



**Abordajes de la salud mental en investigaciones sobre enfermedades cardiovasculares
en Latinoamérica**

Mariana Tabares Palacio

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Tutor

Luz Adriana Muñoz Duque, Doctora (PhD) en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2021

Cita	(Tabares Palacio, 2021)
Referencia	Tabares Palacio, M., (2021). <i>Abordajes de la Salud Mental en investigaciones sobre enfermedades cardiovasculares</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH).



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: John Mario Muñoz Lopera.

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia que, durante este proceso formativo, me acompañó y fortaleció en cada momento. Siempre estuvieron ahí para apoyarme y darme aliento cuando fue necesario.

También quiero agradecer a mi asesora, Luz Adriana Muñoz Duque, quien me brindó sus conocimientos y apoyo durante cada una de las etapas de este proyecto con el fin de alcanzar los resultados buscados. Por último, agradezco a todos los docentes que hicieron parte de mi proceso formativo, quienes han sido fundamentales en mi desarrollo profesional.

Contenido

Resumen	8
Abstract	9
Introducción.....	10
1. Planteamiento del problema	13
2. Objetivos.....	20
2.1. Objetivo general:	20
2.1. Objetivos específicos:.....	20
3. Justificación	21
4. Referente teórico	22
4.1. La salud mental	22
4.1.1 Políticas públicas y atención en salud mental.....	25
4.1.2 Categorías claves para hablar de salud mental.....	27
4.1.3 Modelos o enfoques en salud mental.....	29
4.1.3.1 Modelo biomédico de la salud mental.	30
4.1.3.2 Modelo cognitivo-conductual de la salud mental.....	31
4.1.3.3 Modelo sociocultural de la salud mental.	32
4.1.3.4 Modelo biopsicosocial de la salud mental.	33
4.2. La enfermedad crónica cardiovascular (ECV).....	34
5. Metodología	36
5.1. Enfoque de la investigación	36
5.2. Método del estudio	36
5.3. Estrategia metodológica de la investigación.....	37
5.4. Proceso de la revisión sistemática	38
5.5. Selección de la muestra documental: criterios de inclusión	39
5.6. Formulación del plan de búsqueda de la literatura	39
5.7. Registro de los datos y evaluación de la calidad de los estudios seleccionados	40
5.8. Proceso de análisis	41
6. Consideraciones éticas	43
7. Descripción de hallazgos	44
7.1. Aspectos comunes relevantes en las investigaciones revisadas.....	48

7.1.1. Aspectos sociodemográficos en los estudios	48
7.1.2. Estilos de vida y factores de riesgo: factores causales principales	50
7.1.3. Rasgos de personalidad y aspectos afectivos destacados en los estudios.....	53
7.1.4. Baja adherencia al tratamiento: un problema recurrente	55
7.2. Descripción de abordajes y perspectivas teóricas sobre la salud mental.....	61
7.3. Una mirada principalmente morbicéntrica de la salud mental	64
7.4. Omisión de la dimensión socioeconómica de la salud mental:.....	65
7.5. Omisión de la conceptualización de salud mental	66
8. Discusión	67
8.1. Énfasis en la noción de estilo de vida: una idea por trascender	68
8.2. Normalización y normatividad: el protagonismo de la enfermedad mental.....	70
8.3 Limitada inclusión de los determinantes sociales	74
9. Conclusiones	77
10. Limitaciones.....	79
11. Recomendaciones.....	80
Referencias	81

Lista de tablas

Tabla 1 Palabras clave para la búsqueda de literatura.....	40
Tabla 2 Matriz por búsqueda en bases de datos.....	41
Tabla 3 Matriz de artículos seleccionados.....	41
Tabla 4 Objetivos según artículo	62

Lista de Figuras

Figura 1. Flujograma de búsqueda y selección de documentos para la revisión bibliográfica	44
Figura 2 Distribución de la muestra en los años en los que fueron publicados los artículos	45
Figura 3 Distribución de la muestra en los países en los que fueron publicados los artículos.....	46
Figura 4 Distribución de la muestra por rango de edad	47
Figura 5 Distribución según el tipo de ECV.	48

Resumen

La salud mental es un fenómeno frecuentemente mencionado en múltiples áreas de investigación. No obstante, no suele ser definida con especificidad, sino que se le asocian una serie de supuestos que la apartan de una caracterización formal o que dan cuenta de dificultades para aprehender lo que ella enmarca. El siguiente trabajo tiene como objetivo realizar una descripción de las formulaciones dadas a la salud mental en algunas investigaciones sobre enfermedades cardiovasculares (ECV) en América Latina. Para lograr esto se llevó a cabo un estudio documental en el que se revisaron 45 investigaciones, realizadas entre los años 2000 y 2020, en donde el tema central son las ECV y algunos aspectos de las mismas (factores de riesgos, consecuencias, causas, etc.). En general, se halló que las investigaciones no poseen posturas claras en relación a lo que entienden por salud mental. La mayoría de los casos se limitan a relacionar la salud mental con factores asociados a las ECV, como son los estilos de vida, características de personalidad, enfermedades mentales, entre otros. Este tipo de asociaciones revelan una comprensión reduccionista de la salud mental, limitándola a factores individuales y patológicos, como por ejemplo los trastornos emocionales. De todo lo hallado se puede concluir que existe un desconocimiento amplio de los aspectos teóricos de la salud mental, reduciendo su contenido a aspectos individualistas y morbicéntricos, y desconociendo la complejidad social que posee.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares, salud mental, enfermedad mental, determinantes sociales de la salud, modelo biomédico.

Abstract

Mental health is a phenomenon that has been widely mentioned in many areas of research. However, it is not usually defined with specificity; rather, a series of assumptions are associated with it, which make it far from a formal characterization. The following paper aims to describe the formulations given to mental health in some research on cardiovascular disease (CVD) in Latin America. To achieve this, 45 studies were reviewed, carried out between 2000 and 2020, in which the central theme is CVD and some aspects of CVD (risk factors, consequences, causes, etc.). In general, it was found that the researches do not have clear positions in relation to what they understand by mental health. Most cases are limited to relating mental health to factors associated with CVD, such as lifestyles, personality characteristics, mental illnesses, etc. These types of associations reveal a reductionist understanding of mental health, limiting it to individual and pathological factors such as emotional disorders. From all that has been found, it can be concluded that there is a broad ignorance of the theoretical aspects of mental health, reducing its content to individualistic, moribentric aspects and ignoring the social complexity it possesses.

Keywords: cardiovascular diseases, mental health, mental illness, social determinants, biomedical model.

Introducción

La salud mental es un tema que paulatinamente ha ido tomando relevancia en el escenario investigativo, social, económico e incluso político. Socialmente se ha vuelto más admisible (aunque siga teniendo un grado de estigmatización) la presencia de las enfermedades mentales en la población. Ahora las personas están más dispuestas a admitir sus emociones y a reconocerlas como problemáticas en algunos casos. Por otra parte, si bien la salud mental no es un tema nuclear en la agenda política, sí es cierto que cada vez hay un mayor interés de las clases dirigentes por impulsar estrategias orientadas hacia la intervención de factores que afectan la salud mental de la población, o promover estrategias que la potencien. Prueba de esto es, por ejemplo, la implementación de la Política Nacional de Salud Mental (MinSalud, Resolución 4886 de 2018) como parte de la búsqueda de protección del derecho fundamental de la salud. Todo esto ha implicado que la salud mental adquiera un protagonismo que hasta hace unos años no tenía.

En relación directa con todo lo anterior, la salud mental se ha convertido en un tema recurrente en el ámbito investigativo, no solo de la psicología, sino también de otras áreas sociales y de la salud, dado que la salud mental está en conexión con múltiples aspectos, incluyendo los culturales, comportamentales, fisiológicos, socioeconómicos. Uno de los campos en donde se ha evidenciado la incorporación de la salud mental como tema relevante es el de las enfermedades crónicas, asunto asociado al desgaste psicológico y emocional que éstas suponen en la mayoría de los casos. No obstante, a pesar del creciente interés por este fenómeno, parece haber un desconocimiento general sobre el significado conceptual y práctico de la salud mental.

Por todo lo anterior, este trabajo tiene como propósito dar cuenta de los abordajes y concepciones dadas a la salud mental en investigaciones sobre enfermedades cardiovasculares (ECV) que la incluyan de alguna manera. Con esto se buscó determinar, entre otros aspectos, si en dichas investigaciones existe un abordaje teórico específico sobre la salud mental, o si por el contrario este fenómeno es desarrollado en sentido amplio, sin alguna conceptualización clara.

En el contexto médico, la salud ha sido estudiada desde una perspectiva biológica, es decir, basada en alteraciones fisiológicas. En este sentido, la salud mental se comprende desde un modelo biomédico, el cual define la salud mental como la ausencia de enfermedad mental y la limita a alteraciones biológicas. Esto tiene como consecuencia la reducción de la salud mental, excluyendo

otras variables o dimensiones que la determinan y que no son específicamente biológicas, por ejemplo las sociales. A su vez, el modelo biomédico también se caracteriza por ser morbicéntrico, dando mayor relevancia a procesos patológicos.

Además del abordaje biomédico, la salud mental también se ha relacionado con una postura individualista, conocida como cognitiva conductual, la cual enfatiza en los estilos de vida y patrones de comportamiento de los individuos como determinantes para la salud mental de los mismos. Esta perspectiva también destaca las emociones y creencias de las personas, como componentes que favorecen o desfavorecen su salud mental. Como efecto de esto, este modelo atribuye a la persona una responsabilidad en relación a su bienestar, sin considerar aspectos igualmente relevantes que también influyen en los procesos de salud-enfermedad.

Por otra parte, existe una posición más global que aspira ofrecer una explicación integral de la salud mental, incluyendo los aspectos comportamentales, emocionales, biológicos y sociales. Esta posición, conocida como modelo biopsicosocial, se enfoca en las variables externas e internas que configuran los procesos de salud-enfermedad. Si bien este modelo ofrece una conceptualización más completa de la salud mental, sigue existiendo una tendencia a abordar este fenómeno desde perspectivas biomédicas y/o cognitivo conductuales.

Uno de los ámbitos en donde existe esta tendencia es en el hospitalario. Es por esta razón que es importante realizar trabajos como este: para promover un conocimiento más claro de la salud mental en contextos donde ésta toma relevancia. Efectivamente, la salud mental es significativa en este ámbito dado que es común que existan alteraciones psicológicas como consecuencia de otras patologías, como las ECV. No obstante, estas alteraciones deben abordarse en su complejidad, incluyendo variables sociales, económicas, biológicas, emocionales, etc., siendo fundamental tener una comprensión integral de la salud mental.

La realización de este trabajo surge del interés por comprender el lugar que tiene la salud mental y la forma como es entendida en otras áreas. Este interés tiene un valor académico y profesional. A nivel investigativo, antes de abordar un fenómeno o concepto es fundamental la ubicación teórica del problema y situarlo en un contexto real. Además, es necesario hacer un buen análisis que permita definir con más detalle la manera como dicho problema será intervenido desde la práctica.

Por otro lado, a nivel profesional, es importante tener un conocimiento detallado de los fenómenos, para poder intervenirlos efectivamente, bien sea con la población relacionada a dicho fenómeno, o en los contextos sociales en donde el mismo tenga lugar. El ejercicio profesional debe estar guiado por este conocimiento teórico para que así tenga mayor validez.

Con la intención de dar cuenta de la problemática señalada, en este trabajo se ofrecen descripciones de las perspectivas teóricas de la salud mental, y se indica de qué manera las investigaciones seleccionadas para la revisión se relacionan con dichas perspectivas. Además, se da cuenta de algunos aspectos relevantes hallados, para finalizar concluyendo con algunos de los vacíos conceptuales evidenciados en el proceso de revisión de las investigaciones.

1. Planteamiento del problema

Se consideran enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) aquellas que tienen un curso prolongado de duración, siendo éste de más de tres meses. Son de lenta progresión y ausencia de curación en la mayoría de los casos. Sin embargo, ofrecen la posibilidad de ser prevenidas o controladas (Beratarrechea, 2010). Este tipo de enfermedades son, a gran escala, una de las grandes preocupaciones de la salud pública desde hace mucho tiempo. Son la principal causa de muerte prematura y evitable, especialmente en la región de América. Además, demandan un alto costo social y económico, y plantean retos importantes para su intervención y atención (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017).

Algunos de los factores que contribuyen al aumento y aparición de las ECNT tienen que ver con temas como la urbanización y la globalización. En ciertos países con dificultades en el desarrollo económico y con condiciones de mantenimiento de la pobreza, se evidencian mayores índices de personas con ECNT, asunto este que ha sido asociado a que la vida en la ciudad implica la exposición a estilos de vida menos saludables, por ejemplo, las publicidades comerciales que proponen consumo de cigarrillos y/o alimentos elaborados con grandes cantidades de grasa y sodio (Beratarrechea, 2010). Además, las distancias de los empleos en las grandes ciudades no requieren mucho desplazamiento o requieren del uso de vehículos, por lo que se promueve el sedentarismo. La urbanización también implica que la niebla expelida por los motores de los automóviles y el humo de las fábricas, promuevan diferentes tipos de ECNT, como las respiratorias (asma crónica, bronquitis, entre otras).

Serra, Serra y Viera (2018) señalan que las ECNT son claramente un problema actual y de gran relevancia para la salud pública a nivel mundial, ya que entran en aumento prácticamente cada año, no solamente en la vejez, sino también a edades muy tempranas en el ciclo de vida. Asimismo, refieren que, para el año 2018:

Según las estadísticas de la OMS [Organización Mundial de la Salud], más de 40 millones de personas mueren anualmente por ECNT, y son las principales causas de fallecimiento, las enfermedades cardiovasculares (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). (p. 141).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), como bien se indica en el párrafo anterior, son de las primeras causas de fallecimiento por ECNT. Son definidas como desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. Entre este grupo de enfermedades se encuentran la cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, trombosis venosas, cardiopatías congénitas, entre otras. Las enfermedades cardiovasculares “suelen tener su origen en la presencia de una combinación de factores de riesgo tradicionales, tales como el tabaquismo, las dietas altas en grasas, la obesidad, la inactividad física, alcohol, hipertensión y diabetes” (Sánchez et al., 2016, p.99).

López (2017) señala que hasta el 2017 se habían estimado aproximadamente 55 millones de muertes en el mundo, de las cuales 17.7 millones fueron por causa de alguna enfermedad cardiovascular como infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad vascular periférica. Además, la mayoría de los estudios epidemiológicos que han relacionado la mortalidad por enfermedades cardiovasculares con factores de riesgo, fueron realizados en países de altos ingresos como los de Norteamérica y Europa. Sin embargo, la mayoría de las muertes por enfermedades cardiovasculares ocurren actualmente en países de ingresos medios y bajos.

Colombia al ser un país en vía de desarrollo, tampoco es ajeno a esta realidad, dado que entre el 2005 y 2013 las ECV fueron la principal causa de muerte en la población general (146.16 por cada 100.000 habitantes), lo cual, pone en evidencia el impacto de estas patologías en la carga global de enfermedad en esta población (Méndez & Céspedes, 2017).

Como bien se especificó algunas líneas atrás, las ECV se presentan como un amplio grupo de patologías de gran riesgo y mortandad. Sin embargo, las cardiopatías isquémicas están dentro de la principal causa de muerte en este grupo de enfermedades. Según Jordá (2019) esta patología se produce cuando a las arterias coronarias se les imposibilita suministrar oxígeno al músculo cardíaco, por lo que se dificulta el funcionamiento normal del corazón. Además, las manifestaciones de las cardiopatías isquémicas son el infarto de miocardio, angina de pecho, muerte súbita o paro cardíaco.

Aunque las ECV se han investigado principalmente desde los factores de riesgo tradicionales como los anteriormente mencionados (diabetes mellitus, obesidad, la inactividad física, el alto colesterol y el consumo excesivo de alcohol), se ha considerado importante la atención a pacientes con ECV, también desde el plano psicosocial. En este sentido, se tienen en

consideración los factores psicológicos como los estados afectivos negativos: depresión, ansiedad, factores de personalidad como el patrón de conducta de Tipo A, la hostilidad y la personalidad de Tipo D, además de factores sociales como la posición socioeconómica y el escaso apoyo social (Smith & Blumenthal, 2011).

En este sentido, este tipo de patologías han sido atribuidas a una serie de factores psicológicos que aumentan la probabilidad de su aparición, que agravan la enfermedad o que dificultan el proceso de recuperación o rehabilitación de los pacientes. Así, estos factores se consideran importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad cardiovascular. En tal medida, los tratamientos médicos y la atención de pacientes con ECV, también se orientan desde una perspectiva psicosocial.

En esta vía, se ha planteado que la salud y la enfermedad están determinadas por muchos factores sociales, psicológicos y biológicos. La Organización Mundial de la Salud (2004) refiere que “ni la salud física, ni la salud mental pueden existir solas. El funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes” (p. 14). En las ECNT, específicamente en el caso de las ECV, es importante abordar y tratar la salud mental como una dimensión que participa en la predisposición, curso, tratamiento y mantenimiento de la enfermedad.

Cabe destacar que la OMS (2004) define la salud mental como un componente consustancial de la salud en general, dado que esta es definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (p.14). También plantea que la salud mental de cada persona se ve afectada por experiencias individuales, valores culturales, interacciones sociales, estructuras y recursos de la sociedad, además de estar influenciada por experiencias a nivel familiar, académico, social y laboral. En estos términos, los objetivos de la promoción de la salud se deben aplicar al campo de la salud mental, ni solo a la salud cardíaca, enfermedades infecciosas, etc. Así, se plantea la importancia de la salud mental como campo de atención e intervención en las ECV.

Aunque la OMS presenta una definición general sobre la salud mental, su conceptualización, desde otras perspectivas, ha pasado por diversas prácticas y discursos que han hecho más compleja su comprensión. Esto tiene que ver con la existencia de diferentes enfoques de salud y enfermedad, explicados desde distintas disciplinas. Su definición y conceptualización responde también a las diversas concepciones epistemológicas respecto de lo mental;

consecuentemente, hay diversas formas de entender la salud mental. En este sentido, Restrepo y Jaramillo (2012) agregan que:

La importancia de la salud mental en el campo de la salud pública, contrasta con las divergencias, e incluso contradicciones que se presentan entre las diferentes aproximaciones conceptuales a la salud mental. Aunque la salud mental es un concepto bastante utilizado, su definición y conceptualización resulta compleja y polivalente (p. 203).

Las divergencias que se presentan en la conceptualización de la salud mental tienen que ver con ciertos momentos históricos, características sociales, económicas y políticas de un momento particular o de un territorio específico. Estos autores refieren que a lo largo del siglo XX existieron distintos enfoques de salud mental que se han sintetizado en tres principales: biomédico, comportamental y socioeconómico.

La concepción biomédica define la salud mental a partir de dos características específicamente: el reduccionismo de lo mental a los procesos puramente biológicos y a la salud como ausencia de enfermedad (Restrepo & Jaramillo, 2012). De acuerdo con esta definición, el estudio de la salud mental se tiene en cuenta a partir de una comprensión sobre los procesos biológicos que determinan la mente. Por lo tanto, desde este modelo la atención en salud mental se dirige a la atención de los trastornos mentales y otras enfermedades, desde el acceso a servicios de salud, hospitalización, médicos y psiquiátricos. El tratamiento se basa en la medicalización y no se detiene en los conceptos de prevención y promoción como parte importante de la intervención en salud mental. En este sentido, Restrepo y Jaramillo (2012) añaden que el concepto de salud mental debe ser evaluado desde las personas que no se consideren trastornadas o etiquetadas como tales.

Otros enfoques hablan de la salud mental desde una perspectiva comportamental. Este enfoque se dirige a una salud mental positiva en la que se tenga en cuenta la felicidad, la autorrealización personal, los sentimientos de control sobre sí mismo, sobre el entorno y las conductas o respuestas que cada quien emplea para su propio bienestar. Asimismo, se busca potenciar la capacidad de autonomía que tenga cada persona (Hernández, 2018). Al respecto señalan Restrepo & Jaramillo (2012):

(...) la manera como las personas se comportan constituye un factor determinante para la salud y para la enfermedad; la salud se relaciona con hábitos de vida saludables, mientras que la enfermedad se entiende como el resultado del comportamiento “inadecuado” del individuo. (p. 204)

Este enfoque ha tenido fuertes críticas ya que su postura se establece más desde una mirada individual que social. Así, señala que la mayor responsabilidad sobre la salud mental está situada en la persona en sí misma; de esta depende la manera en que afronta sus problemas, en que lleva un estilo de vida saludable, sus prácticas deportivas, alimentación sana, evitación del consumo de drogas, inversión de tiempo libre y los procesos cognitivos que determinan la manera de pensar y de sentir.

En oposición a lo anterior, surgen otras posturas que se preocupan por la salud mental desde un enfoque socioeconómico, donde se busca encontrar los determinantes sociales que intervienen en la salud mental. En esta línea, Hernández (2018) explica que la salud mental bajo una perspectiva social se interesa por estudiar:

(...) la vida relacional colectiva y comprender la salud–enfermedad mental bajo cuatro principios en relación: reconocer los campos social, comunitario y político; saberse parte del contexto observado; lograr una comprensión y praxis compleja y dinámica; comprender la salud mental como una producción social, afectada por causas estructurales. (p. 937)

Esta concepción se comprende en términos de derechos y desarrollo humano, centrada en analizar los modos y condiciones de vida que favorecen el bienestar no solo de individuos particulares, sino de la población en general. Lo que se entiende por salud mental bajo esta perspectiva tiene que ver con la generación de entornos saludables que permitan un buen desarrollo social e individual.

En algunos casos, las problemáticas que surgen en materia de la salud mental se convierten en un factor de riesgo para las enfermedades físicas crónicas. Esto porque las enfermedades graves o letales como las cardiopatías, el cáncer, diabetes o el SIDA representan un fuerte impacto para quienes las padecen, logrando que con frecuencia surjan, en este tipo de pacientes, serios trastornos psicológicos como resultado o consecuencia de la grande carga emocional que la enfermedad ocasiona, se destaca por ejemplo, la depresión como uno de ellos (Gómez, 2007).

Se ha relacionado la salud mental con la enfermedad cardiovascular, dado que en ella intervienen factores psicosociales y orgánicos al mismo tiempo. Además, estos interactúan desde el origen hasta el tratamiento de la enfermedad, evidenciando que cuerpo y psique son una unidad inseparable. Gómez (2007) agrega que:

(...) investigaciones auspiciadas por la OMS han puesto de manifiesto la interrelación entre salud física y salud mental, habiéndose comprobado que la existencia de graves enfermedades físicas influye en el estado mental del afectado y su familia; al mismo tiempo, también se ha puesto de manifiesto la importancia que tienen la salud mental y la salud física en el bienestar global del sujeto, la sociedad y las naciones. (p. 54)

Diferentes estudios han mostrado la correlación de factores psicológicos y la aparición de las ECV. Jordá (2019) señala que se han hallado correlaciones positivas con la ECV y la desesperanza, la alexitimia, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, el afecto negativo y la depresión. Asimismo, el autor indica que la ansiedad y el estrés predisponen en muchos casos a la enfermedad cardiovascular o precipitan los episodios isquémicos, ataques cardíacos y otros estados patológicos.

De igual modo, Oblitas (2010) señala que una forma particular de conducta tiene relevancia al momento de entender los problemas cardiovasculares. Así, se ponen de relieve ciertas conductas, rasgos de personalidad y problemáticas en materia de salud mental para comprender la predisposición al padecimiento de trastornos cardiovasculares. Según esto, la salud mental y las ECV están estrechamente interrelacionadas, tanto para la precipitación de la enfermedad, como para la rehabilitación y recuperación de la misma. En este sentido, para promover la buena salud y el bienestar de la población es fundamental ser conscientes de que la salud mental es un componente necesario dentro del abordaje de la salud general.

Las situaciones emocionales y sociales que generan las ECV, tiene que ver en muchos casos con situaciones de tensión psíquica en la que se produce una respuesta fisiológica de estrés, la cual se relaciona con la aparición de numerosas enfermedades cardiovasculares. Gómez (2007) explica que el estrés y la lesión cardiovascular tienen su nexo de unión en la activación del sistema nervioso simpático, la cual es generadora de una secreción masiva de noradrenalina que, a su vez, produce un incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Así, se ha encontrado, en

pacientes con ECV, relación de la enfermedad con factores neuroendocrinos, de personalidad, estrés y factores comportamentales.

No obstante, pocos estudios relacionan los factores ambientales o socioeconómicos con la aparición de la enfermedad cardiovascular. Las estadísticas de la OMS para el año 2013, muestran que la afectación es mucho mayor en países de ingresos bajos y medianos, indicando que más del 80% de las muertes se producen en estas geografías. Por lo anterior, se evidencia que el componente de la salud mental en las ECV también debe comprenderse de manera integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta factores económicos y ambientales para su aparición.

Con base en lo planteado, el presente trabajo pretende realizar una revisión documental cuyo objeto son las investigaciones que abordan la relación entre salud mental y ECV en Latinoamérica, en función de analizar sus perspectivas teóricas, métodos de estudio y el abordaje general sobre la salud mental. En este sentido, la pregunta guía para esta investigación fue formulada en los siguientes términos:

¿Cómo se ha abordado la salud mental cuando ha sido incluida en estudios sobre enfermedades crónicas cardiovasculares en América Latina, entre los años 2000 y 2020?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general:

Describir los abordajes de la salud mental, cuando esta ha sido incluida en los estudios sobre enfermedades crónicas cardiovasculares realizados en América Latina, entre los años 2000 y 2020.

2.1. Objetivos específicos:

- Identificar las bases epistemológicas desde las cuales se orientan las comprensiones de la salud mental en los estudios sobre enfermedades crónicas cardiovasculares, realizados en América Latina en el período señalado.
- Caracterizar los factores o dimensiones asociados a la salud mental, considerados en las investigaciones objeto de revisión.
- Identificar las perspectivas teóricas de salud mental predominantes en tales estudios.

3. Justificación

Debido a que la enfermedad crónica, específicamente la de tipo cardiovascular, se presenta como una problemática de salud pública a nivel mundial, siendo una de las primeras causas de enfermedad y muerte, es necesario el estudio sistemático de los diferentes fenómenos que se tejen a su alrededor. En este sentido, es preciso un abordaje no sólo desde perspectivas biomédicas que se ocupen de los factores de la enfermedad en tanto afección orgánica, sino también del padecimiento subjetivo que la puede acompañar y de aquello que socialmente se construye en torno a ella (Vergara, 2007). Consecuentemente, la psicología, como disciplina, puede contribuir a la promoción de la salud, a la comprensión integral de la enfermedad, al bienestar de quienes la padecen y de su medio próximo; en un contexto en el que, dada la alta prevalencia de las enfermedades crónicas, se precisa identificar las formas en que es abordada la salud mental en el ámbito de los estudios sobre las ECV. Así, el papel de la psicología en el contexto de las enfermedades crónicas, tales como las ECV, estará asociado con el reconocimiento y el abordaje de los aspectos de salud mental involucrados en la afección. Esto permitirá destacar la importancia de comprender los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva más amplia e integradora que la estrictamente física.

Dado que este trabajo consiste en una revisión sobre el estudio de la salud mental dentro del abordaje investigativo de las enfermedades crónicas cardiovasculares en la región latinoamericana, cobra relevancia en la medida en que, como se ha señalado, estas enfermedades están altamente determinadas por factores psicosociales que deben ser considerados, tanto en términos terapéuticos como de investigación y, especialmente, para la promoción de la salud y la prevención de este tipo de padecimientos.

El valor social de este proyecto está asociado a que sus hallazgos podrían constituirse en un insumo para el abordaje clínico y preventivo de estas enfermedades crónicas y, en consecuencia, podría favorecer a la población de pacientes, a sus entornos próximos y a los profesionales que los atienden, ya que una mayor comprensión de los planteamientos en salud mental, permitirá al profesional adquirir una mirada crítica y ampliada frente al tipo de acompañamiento por ofrecer a esta población.

4. Referente teórico

El siguiente apartado se ocupa de precisar los dos principales ejes teóricos que fundamentan este estudio. En un primer momento se conceptualiza la salud mental como fenómeno, campo y concepto; desde allí, se desarrollan brevemente las principales concepciones que han surgido a través del tiempo para definir y trabajar la salud mental. Por último, y no menos importante, se aborda el problema de la ECV y algunas aproximaciones a la manera como se ha planteado su articulación con la salud mental.

4.1. La salud mental

La OMS (2019) refiere que la salud mental se relaciona con el bienestar psicológico que la persona puede experimentar en algún momento de su vida. Señala que mejorar la salud mental implica prevenir los trastornos mentales, proteger los derechos humanos y atender a las personas con estos trastornos. Indica también que esta se puede describir como un estado de bienestar en el que un individuo es capaz de darse cuenta de sus propias aptitudes para afrontar las presiones normales de la vida, lograr trabajar de manera productiva, funcionar adaptativamente en todas las esferas de su vida (laboral, familiar y social) y ser capaz de contribuir positivamente en su comunidad y en su entorno habitual. Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano (MinSalud, 2014) refiere que la salud mental es:

(...) un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (p.1)

Hablar de la salud mental implica considerar un conjunto de dimensiones que hacen parte de la naturaleza humana. En el párrafo anterior son nombrados el comportamiento y la interacción social como unas de las dimensiones en las que se expresa la salud mental. En este sentido, se reconoce la necesidad de precisar el término en mención, desde una posición individual y colectiva. En otras palabras, la salud mental incluye no sólo características individuales tales como pensamientos, emociones y comportamientos, sino también factores sociales como condiciones laborales, nivel socioeconómico, apoyo e interacción social.

La OMS (2004) considera que la salud mental es la base para el bienestar y buen funcionamiento de un individuo y una comunidad. Señala también que es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que implica que las comunidades y los individuos entiendan cómo buscar su mejoramiento, al reconocer que la salud mental pasa por el propio ser, los otros y el medio ambiente; además, “los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente” (p. 7).

Cabe señalar que el comportamiento, las formas de relación con los otros y con el entorno, no sólo son resultado de las percepciones, pensamientos, emociones y creencias, sino también de factores genéticos, biológicos, de la historia personal y de aspectos culturales y sociales. En tal medida, MinSalud (2014) considera que las problemáticas de salud mental que presentan las personas en algún momento de sus vidas, dependen de la manera en que interactúen “sus particularidades genéticas, congénitas, biológicas, psicológicas, familiares, sociales y los acontecimientos de su historia de vida” (p. 2). Por consiguiente, el campo de la salud mental, se orienta desde distintos factores individuales y sociales, para el abordaje de problemáticas o eventos tales como casos de suicidio, discapacidad, comportamientos desadaptativos o derivaciones de hechos vitales como la exposición a la violencia, la pobreza o la enfermedad física.

El estudio y abordaje de la salud mental se encuentran, entonces, determinados por distintos factores que la conforman, tales como aspectos sociales, psicológicos y biológicos. Por consiguiente, las dificultades o problemáticas presentes en la salud mental, se asocian por ejemplo a trastornos mentales, cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia, mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos (OMS, 2018).

Los eventos en salud mental surgen como una necesidad que debe ser atendida por el sector salud a nivel mundial. Esto, dado que la salud mental es una de las dimensiones que construyen e integran el concepto de salud. Para comprender mejor esto, la OMS (2004) refiere que la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.3). Esto parece advertir que la salud mental hace parte de los elementos necesarios e indispensables para hablar de salud individual y colectiva; es por esto que se convierte también en compromiso y responsabilidad política y social. Algunas posturas

académicas refieren que hablar de la salud mental, por lo general, es relacionar y pensar directamente el concepto de enfermedad mental y/o trastorno mental. En esta medida, el padecimiento queda más situado en el escenario individual de la afectación, que en un plano colectivo o social. Asimismo, otras posturas muestran que la salud mental no necesariamente tiene por objeto la enfermedad, distanciándose de la mirada morbicéntrica con la que muchas veces se ha pensado y abordado la salud mental. Al respecto, Macaya, et al. (2018) mencionan:

En este sentido la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida (p. 343).

Estos autores también señalan que el objeto de la salud mental no es exclusivamente el individuo o las colectividades, lo son las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad; abordando y comprendiendo los sufrimientos mentales en un sentido amplio, en relación con los vínculos familiares, grupales y sociales de quienes los padecen. Restrepo y Jaramillo (2012) mencionan que la OMS ha destacado y reconocido la salud mental como un aspecto fundamental para el bienestar y la calidad de vida de los individuos y la sociedad. Así, comentan que:

Esta relevancia ha adquirido relación no solo con la magnitud de los problemas asociados con la salud mental y con los costos que conlleva, sino también, por su impacto individual, familiar, comunitario y social, en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que genera. (p. 203)

Desde este punto de vista, la salud mental no se reduce a eventos sobre enfermedad mental, pues ésta depende de cómo se siente el individuo frente a sí mismo, cómo se siente frente a otras personas y en qué forma responde a las demandas de la vida y de su ambiente cotidiano. Implica pensar en el bienestar y la calidad de vida como un derecho que debe ser atendido en las sociedades, el cual va más allá de la aparición de una enfermedad o trastorno mental.

Desde otras propuestas teóricas, se asume la salud como un constructo independiente y distante de la enfermedad; en esta vía, se destaca la necesidad de superar los conceptos de salud mental focalizados en la prevención o el tratamiento de la patología y se busca avanzar hacia una

visión centrada en potenciar el desarrollo personal y social. En este sentido, la salud mental pasa a ser entendida como una capacidad, un recurso o una competencia, ya que se concibe como un proceso dinámico y variable que obliga a reconocer el papel de los determinantes sociales y la importancia y énfasis de la promoción de la salud mental para mantener y potenciar entornos y condiciones de vida saludables para toda la población (Muñoz, Restrepo & Cardona, 2016).

En esta misma línea de planteamientos, Vázquez et al. (2017) comentan que el enfoque de la salud mental positiva se aborda desde un punto de vista distinto; en este, se deja de asumir de manera negativa cualquier conceptualización de la salud que pretenda definirla a partir la enfermedad, la anormalidad o la disfuncionalidad; así, la salud mental positiva busca aspectos como las capacidades, potenciales humanos y la forma de desarrollarlos en el entorno más cercano de las personas.

4.1.1 Políticas públicas y atención en salud mental

Rojas et al. (2018) refieren que la salud mental de un sujeto y de una comunidad es transformable, por lo tanto, se puede pensar en la posibilidad de proyectar intervenciones para mejorarla. Es así como las políticas públicas de salud mental, constituyen una herramienta fundamental para la consecución de la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano; además, definen las metas a alcanzar, establecen prioridades, señalan las responsabilidades entre sectores y niveles involucrados en un sistema de salud y definen las actividades por desarrollar. En cuanto a las políticas públicas, la OPS (2018) plantea que:

La política de salud mental puede ser definida como una declaración oficial de un gobierno que transmite un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de los trastornos mentales en una población. Un plan de salud mental es un esquema detallado de acción que generalmente incluye la definición de principios para las estrategias y el establecimiento de cronogramas y recursos necesarios.
(p. 4)

Se definen entonces planes y programas de acción frente a la salud mental, dado que este es un asunto prioritario en términos globales, considerando que los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en el mundo, siendo las de mayor prevalencia la depresión, la

ansiedad, la demencia y el uso abusivo de alcohol. Al mismo tiempo, se puede decir que, a nivel mundial, solo el 10% de las personas que necesitan atención o tratamiento para problemas de salud mental, lo reciben (OPS, 2019).

Es una realidad que la salud mental ocupa un importante lugar en el campo de la salud pública. Decir que solo el 10% de las personas que requieren atención en salud mental, la reciben, es un indicador de que hay un vacío a nivel estructural y organizacional para el abordaje en salud mental, el cual debe ser atendido. En la página web de las noticias ONU (2020) Guterres refiere que muy pocas personas tienen acceso a servicios de salud mental de calidad. Afirma que en los países de ingresos bajos y medios, más del 75% de las personas con problemas de salud mental no reciben ningún tratamiento. Además, por lo general, los gobiernos gastan en promedio menos del 2% de sus presupuestos de salud en esto. De igual manera, Torres (2018) señala que, en la mayor parte del mundo, no se le atribuye a la salud mental la misma importancia que a la salud física; por el contrario, la salud mental se convierte en objeto de abandono e indiferencia.

La prevalencia de los trastornos mentales y por uso de sustancias psicoactivas es alta en todo el mundo y ellos contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos destinados por los países para afrontar esta carga son insuficientes, están distribuidos desigualmente y, en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que, en muchos países, es superior al 70% (OMS, 2014).

Se puede decir que la salud mental es una de las áreas más desatendidas dentro de la salud pública, siendo, paradójicamente, una de las más grandes necesidades de salud a nivel mundial. Los datos de la OMS (2020) indican que cerca de 1000 millones de personas viven actualmente con un trastorno mental, tres millones de personas mueren cada año por el consumo nocivo de alcohol y una persona se suicida cada 40 segundos. Asimismo, pocas personas en todo el mundo tienen acceso a servicios de salud mental de calidad y, en los países de ingresos bajos y medios, más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, no reciben ningún tratamiento para su afección.

Dada la prevalencia de los problemas de salud mental en adultos y jóvenes, no sorprende que exista una enorme carga emocional y financiera para los individuos, sus familias y la sociedad en general. Los impactos económicos de los problemas de salud mental y las consecuencias de su

desatención, se expresan entonces, en la disminución del ingreso personal, en afectaciones en el desarrollo y el funcionamiento de la persona que enferma y de sus cuidadores en distintas áreas vitales, en la productividad, en la contribución a la economía del país, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención en salud (OMS, 2004).

En efecto, los problemas de salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma, y, por lo tanto, constituyen un desafío importante para el desarrollo de la población en general. Por todo esto, surge pues, la necesidad de lograr coordinar programas de tratamiento y prevención en el campo de la salud mental, lo cual puede evitar que las personas vivan con problemas de salud mental e, incluso, que se incrementen las cifras de mortandad (cuando hablamos de suicidio), además de aumentar significativamente el bienestar y calidad de vida poblacionales, la situación financiera personal y social, ayudar a reducir la pobreza y promover el desarrollo de las sociedades.

4.1.2 Categorías claves para hablar de salud mental

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano (2014) es importante tener en consideración distintos aspectos que se relacionan directamente con los temas sobre salud mental y que se encuentran involucrados en cualquier ámbito de discusión, estos son: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, trastorno mental y problemas psicosociales. A continuación se da una breve explicación de cada uno, teniendo en cuenta también otras fuentes bibliográficas que amplían la información presentada:

- **Promoción de la salud:** se considera como la adquisición y desarrollo de habilidades personales, que conlleva a cambios en el comportamiento relacionados con la adopción de estilos de vida saludables y de medios para mantener la salud y mejorarla, tanto a nivel individual como colectivo. La promoción de la salud tiene que ver con fomentar entornos de vida saludables, convivencia pacífica y buenos estilos de vida, tales como campañas contra el tabaquismo, hábitos de ejercicio físico, buena alimentación, etc., así como mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para adquirir herramientas que posibiliten afrontar situaciones de la vida diaria (MinSalud, 2014).

Giraldo et al. (2010) resaltan la importancia de contemplar la salud como un concepto positivo, el cual enfatiza en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades. Además, señalan que la promoción de la salud ha sido definida como la manera de capacitar a las personas para que logren aumentar el control sobre su salud y puedan mejorarla, lo que permitirá conseguir un adecuado bienestar físico, mental y social. Esto permitirá crear entornos sanos que favorezcan la salud de las personas y posibiliten la satisfacción de verdaderas necesidades en salud y una mejor adaptación de los individuos en su vida diaria. En palabras de De La Guardia y Ruvalcaba (2020), la promoción toma en cuenta el origen de los determinantes sociales de la salud para analizar la forma en que las personas se encuentran expuestas a los riesgos y averiguar de qué manera pueden éstas ya sea protegerse o volverse más resilientes para impulsar y mantener su bienestar.

- **Prevención de la enfermedad mental:** para MinSalud (2014), ésta se comprende como una forma de trabajar sobre los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de problemas en la salud mental y en el reconocimiento temprano de los factores protectores para su automanejo en la vida diaria. Además, se asocia a medidas para detener el avance de la enfermedad y atenuar sus consecuencias, una vez esta se haya establecido. Ejemplos de prevención de la enfermedad son: la educación sanitaria, el desarrollo comunitario, la información y comunicación, el diagnóstico precoz, el manejo clínico para evitar recaídas, la rehabilitación, etc. Dicho de otra manera, el Ministerio de Educación (Mineducación): (...) prevención implica cualquier medida que reduzca la probabilidad de aparición de una afección, evento o enfermedad, o que una vez establecida, interrumpa o aminore su progresión. Esto quiere decir que, aunque sea indeseable la aparición de eventos que afecten la salud de un individuo, siempre es posible intervenirlos en su desarrollo. (Mineducación, 2019, pp. 30)
- **Trastorno mental:** es una alteración en los procesos cognitivos y afectivos de una persona, lo cual le impide o dificulta su funcionamiento en las distintas áreas de su vida personal. Este es el caso de personas con padecimiento de depresión, ansiedad, trastornos cognitivos, trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, entre otros (MinSalud, 2014). Se considera trastorno mental a los diagnósticos clínicos de larga evolución, de inicio

generalmente en la adolescencia o adultez temprana, que producen discapacidad de gran impacto a nivel familiar, social y laboral en el individuo (Campo & Cassiani, 2008).

- **Problemas psicosociales:** una situación psicosocial puede resultar siendo un acontecimiento vital negativo, como por ejemplo, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o en los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas y vivenciadas por una persona o por un grupo en particular (Minsalud, 2014).

Pacheco y Bautista (2018) comentan que, como problemáticas sociales, también se considera la violencia, el abuso de sustancias, la situación económica (pobreza), los embarazos no deseados a edades tempranas, entre otros que, al mismo tiempo, pueden ocasionar problemas emocionales y físicos para la persona. Además, refieren que los problemas sociales son situaciones que impiden el desarrollo o el progreso de una comunidad o de uno de sus sectores.

4.1.3 Modelos o enfoques en salud mental

La noción de salud mental se ha comprendido como un estado o condición del individuo o de una población en particular, y se ha construido desde un campo conceptual y práctico dentro de la salud pública. Este fenómeno implica comprender al ser humano desde una visión integral (biológico, psicológico, social); es aquí donde emergen las situaciones que cuestionan y dificultan tanto las prácticas orientadas a la salud mental como las definiciones mismas que se tejen a su alrededor. Además, porque su conceptualización y comprensión ha surgido desde diversas disciplinas y diferentes discursos teóricos.

El consenso sobre el reconocimiento de la salud mental como una dimensión fundamental para el desarrollo de los individuos y las sociedades, contrapone en gran medida las divergencias y contradicciones que se han presentado en su aproximación conceptual y teórica. Por esto, es preciso decir que, aunque la salud mental es un concepto bastante utilizado, su definición y conceptualización resulta ser compleja y polivalente (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Como dice Hernández (2018) la salud mental se mueve en un concepto borroso y ambiguo que sólo ofrece una orientación parcializada y objetiva según la perspectiva teórica que se asuma, dado que es imposible contar con una definición global de la misma. Es por esto que la salud mental se ha conceptualizado desde diferentes modelos y campos teóricos. Será necesario entonces, para los fines de este proyecto, ampliar brevemente las cuatro principales perspectivas teóricas que han desarrollado para la comprensión de la salud mental, las cuales son: el modelo biomédico, el modelo cognitivo-conductual, el modelo sociocultural y el modelo biopsicosocial.

4.1.3.1 Modelo biomédico de la salud mental.

El modelo biomédico se centra en la tradición médica biologicista, donde se reduce la enfermedad a factores exclusivamente anatómicos y fisiológicos. Este modelo se reconoce como el más antiguo y reduccionista en el plano de la salud mental, dado que se define a partir de dos características fundamentales: se tiende a definir y reducir lo mental a procesos netamente biológicos y se considera la ausencia de enfermedad como equiparable al criterio de normalidad. Así, la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas; al suponer que la actividad mental es causada por el cerebro, la salud mental queda reducida a uno de los capítulos de la salud física (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Asimismo, el modelo se concentra en explicar la salud mental desde el concepto de enfermedad. Para el modelo biomédico se considera que un sujeto enfermo mental tiene un desorden en los procesos cerebrales y que afecta el funcionamiento de la persona (Restrepo & Jaramillo, 2012). Este modelo centra su atención fundamentalmente en los trastornos mentales y utiliza como tratamiento la farmacología y, en algunos casos, la terapia electroconvulsiva.

Se considera al modelo biomédico como un modelo paradigmático clásico y el más tradicional dentro de la salud mental. Este modelo asume que la enfermedad mental parte de un desequilibrio anatómico (cerebro) que altera el orden y funcionamiento de la psique. A propósito de esto, Varela (2010) plantea que “la concepción clásica tiene una fuerte herencia de la idea precientífica de enfermedad como cambio cualitativo o posesión, que aleja al organismo del orden natural. Asume igualmente la presencia de una naturaleza que tiende a restaurar este orden” (p.2).

4.1.3.2 Modelo cognitivo-conductual de la salud mental.

El modelo cognitivo-conductual comprende la salud mental desde una perspectiva más clínica, centrada en el individuo y en las formas en que éste se relaciona con su medio y logra la autorrealización. Es decir, tiene que ver con los pensamientos, habilidades, recursos de afrontamiento, capacidades, etc., con que la persona cuenta para evitar la enfermedad mental.

Keegan (2012) agrega que una definición de la salud mental puede considerarse, cuando una persona es capaz de llevar a cabo conductas saludables y vive de acuerdo con sus valores, más allá de todas sus experiencias negativas. Además, dice que la psicología cognitivo-conductual hace parte del modelo clínico, dado que comprende la salud mental asociada con la flexibilidad cognitiva, planteando que la cognición patológica es idiosincrática, disfuncional y rígida. En tal medida, se enfoca en estudiar cómo “usa la mente una persona determinada” (p. 53). Es por esta razón que este modelo se caracteriza por estudiar la salud mental en términos de funcionalidad y disfuncionalidad. Pueden considerarse la farmacología y la psicoterapia como parte de algunos de los tratamientos más importantes en la atención de la salud mental desde este enfoque.

El modelo cognitivo-conductual trabaja sobre las nociones de psicopatología. En tal medida, se centra en “relativizar el doble concepto de lo sano y lo psicopatológico (o lo ‘normal’ y ‘anómalo’)” (Fierro, 2000, p. 1-2). Uno de los principales planteamientos de este modelo está en que los trastornos mentales se encuentran determinados por pensamientos distorsionados o irracionales (esquemas desadaptativos, distorsiones cognitivas, etc.) que llevan a la persona a presentar desajustes en su comportamiento o afecciones emocionales (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Para este modelo es importante comprender la salud mental en términos de los hábitos que tienen las personas y las conductas adaptativas que les permiten desempeñarse funcionalmente en un contexto determinado. Lo que es concebido como enfermedad refiere a todo desajuste y alteración del hábito o de la conducta misma. En este sentido, una categoría central dentro de este modelo es la de estilo de vida, entendida como aquellas formas culturalmente determinadas que se expresan en conductas como practicar deportes, la alimentación sana, la evitación del consumo de sustancias psicoactivas, entre otras (Restrepo & Jaramillo, 2012).

4.1.3.3 Modelo sociocultural de la salud mental.

Este modelo estudia los aspectos psicosociales y colectivos que surgen dentro de la salud mental comunitaria. El modelo sociocultural percibe la salud mental de cada persona desde la calidad de vida de la población, y se preocupa por cubrir las necesidades básicas teniendo en cuenta los derechos humanos. Este modelo no desconoce el trastorno mental como una circunstancia que se deba tratar, sino que intenta promover, desde los factores sociales, las condiciones de bienestar comunitario.

Se da mayor atención a los factores sociales, dado que este enfoque explica que el significado de la actividad sociocultural es aprendido, compartido y estandarizado por los grupos sociales. Es decir, las respuestas de la enfermedad mental surgen a partir de la consonancia y los grupos sociales que los produjeron (Jean & Braune, 2010). Este modelo explica la conceptualización de la salud mental desde los determinantes sociales como un medio para alcanzar el bienestar. En palabras de Rodríguez (2016), los “determinantes sociales de la salud se refieren a todos los factores sociales que inciden en ella, incluida la estructura social, prácticas e instituciones, identidad personal y procesos interpersonales, siendo los más determinantes la pobreza, la desigualdad y la exclusión social” (p. 196).

En este sentido se entiende que la salud tiene que ver con procesos de inclusión social, equidad, derechos humanos, igualdad, seguridad y oportunidades. Los determinantes sociales hacen visible las desigualdades en salud dirigiendo su mirada hacia una perspectiva que hable de justicia social, además de plantear la necesidad de que ocurran cambios estructurales en la sociedad como una herramienta para el bienestar y salud de toda la población (Rodríguez, 2016).

La concepción sociocultural integra una dimensión global del concepto de salud, por lo tanto, no sólo considera a quien enferma, sino también a todo el sistema de salud que lo conforma. De este hacen parte las instituciones de salud, los profesionales que en él participan, las reglas y las relaciones de poder que se dan entre estos, etc.; así, el enfoque sociocultural depende indudablemente de todo un sistema social que influye de manera directa en la salud mental de toda la población.

Jean y Braune (2010) refieren que cada grupo se organiza colectivamente a través de distintos medios y elementos culturales que le permiten comprender y desarrollar técnicas como

respuesta a las experiencias de enfermedad e infortunios presentes en los colectivos. Es por esto que los conceptos de salud y enfermedad, dentro de la sociedad, se construyen a partir de la historia, experiencia y realidad de cada comunidad. En este sentido, la concepción de salud mental, bajo una perspectiva sociocultural, está orientada a la promoción de estrategias para el buen desarrollo comunitario y a la prevención de la enfermedad según la concepción que cada comunidad entienda por esta.

4.1.3.4 Modelo biopsicosocial de la salud mental.

El modelo biopsicosocial propone una mirada más integral de la salud mental. En él se busca trabajar desde los ámbitos bio-psico-social. Ramos (2015) propone que “no es posible definir la enfermedad en términos estrictamente somáticos, físicos, sin reparar en las cuestiones psico-sociales que se desprenden de la propia actividad médica” (p. 511). Este modelo dice que el ser humano debe ser comprendido desde todas las esferas que lo conforman. Por lo mismo, su atención se fundamenta en la multidisciplinariedad. García (1998), por su parte, refiere que el modelo biopsicosocial:

(...) sigue claramente un esquema integral bio-psico-social y totalizador de las tres vertientes en que la vida se presenta: lo biológico-orgánico, lo psicológico afectivo y lo conductual- de interacción social. Para el modelo biopsicosocial la salud ya no es simplemente un estado, sino que implica un proceso de desarrollo, dinámico y cambiante, de responsabilidad individual y social de todas las potencialidades y capacidades de los seres vivos. (p. 271)

La salud mental desde una perspectiva de la psicología de la salud toma en cuenta que la enfermedad está dada por procesos internos y externos. Estos tienen que ver con cambios producidos a nivel psicológico y fisiológico, pero también a nivel de las relaciones sociales y de nuestras interacciones con los demás. Asimismo, Mebarak et al. (2009) sugieren que desde esta perspectiva existe una mayor necesidad por comprender y estudiar los comportamientos específicamente relacionados con el desarrollo o mantenimiento de la salud, los cuales tienen que ver con los estilos de vida y su relación con problemáticas como enfermedades físicas, abuso de

sustancias psicoactivas, abuso de alcohol, la capacidad de enfrentarse a circunstancias estresantes (*coping*), hábitos sexuales y alimenticios, entre otros.

Con esto, se intenta mostrar que el fenómeno de la salud mental debe ser estudiado teóricamente bajo una perspectiva integral, en la cual se junten las diferentes esferas del ser humano. Los ámbitos bio-psico-social no se entienden como elementos separados, sino como una manera holística de comprender el mismo fenómeno en cuestión.

En términos generales, los autores (Mebarak et al., 2009) proponen que las investigaciones en el área de la salud mental implican atender los estilos de vida de la población, los procesos dinámicos de los problemas psicosociales y los trastornos mentales. Así, la psicología de la salud trabaja de manera multidisciplinar con el fin de promover el bienestar de cada persona, reconociendo cada componente que la conforma (biológico, psicológico y social). Con base en lo planteado al respecto de los diferentes modelos teóricos y formas de comprender la salud mental, es posible destacar la imposibilidad de pensar el concepto como con una definición unívoca.

4.2. La enfermedad crónica cardiovascular (ECV)

La definición de salud comprende que el bienestar humano integra el estado general del cuerpo y la mente. El bienestar mental no puede separarse del bienestar físico, dado que la salud física y mental representan partes esenciales de la vida y están estrechamente interrelacionadas. En las enfermedades crónicas (EC), por ejemplo, se ha considerado importante y necesario desarrollar el tema de la salud mental en el trabajo con los pacientes y sus familiares. Esto, dado que la enfermedad mental también constituye un desafío para el sector de la salud, dada su prevalencia y altos índices de mortalidad asociados a nivel mundial.

Serra, Serra y Viera (2018) añaden que algunas de las razones por las que las enfermedades crónicas se presentan como uno de los mayores retos para el sector salud a nivel mundial, tienen que ver con que son la causa más común de discapacidad, por el gran número de personas afectadas, su sucesiva contribución a la mortalidad general, el costo elevado de la hospitalización, tratamiento médico y el de la rehabilitación. Las enfermedades crónicas son consideradas como afecciones de larga duración, por lo general de progresión lenta, con una alta prevalencia y no tienen cura (Jordá, 2019). Dentro de este tipo de enfermedades están las enfermedades

cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, siendo estos cuatro grupos de enfermedades los responsables del padecimiento de más del 80% de todas las muertes prematuras por EC. A propósito de esto, Sánchez et al. (2016) refieren que las enfermedades crónicas cardiovasculares (ECV):

(...) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. En el mundo, cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo de miocardio y cada cinco segundos un evento vascular cerebral, y al menos una de cada tres personas pierde la vida por alguna patología relacionada con enfermedades cardiovasculares. (p. 89)

Actualmente, al igual que los problemas en salud mental, las enfermedades cardiovasculares son reconocidas como un problema importante de salud pública a nivel mundial. Teniendo esto en consideración, es preciso pasar ahora a explicar de qué manera se ha comprendido la salud mental como un factor interrelacionado con la salud física.

Diferentes investigaciones de la OMS indican que la existencia de distintas enfermedades físicas graves influye significativamente en el estado mental de la persona y su familia o redes de apoyo más cercanas, lo que alude a la relevancia que tienen la salud mental y la salud física para el bienestar integral de un individuo y de la sociedad. Esto pone en evidencia que la enfermedad física altera y/afecta la salud mental de las personas, dado que no se puede separar el bienestar físico del bienestar mental. Asimismo, “es fundamental ser conscientes de que para promover la buena salud en general, y el bienestar de la población, es preciso tener en cuenta la salud mental” (Gómez, 2007, p.54).

Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, entre los que figuran hábitos sociales, alteraciones emocionales y patrones de comportamiento, “son un ejemplo de patología psicosomática en la que los factores psicosociales y orgánicos interactúan de tal modo que, desde el origen hasta el tratamiento, se evidencia que cuerpo y psique son una unidad inseparable” (Gómez, 2007. p. 55)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es preciso abordar y describir la relación que se presenta entre la ECV, como enfermedad física, y la salud mental; esto con la intención de comprender y exponer de qué manera se ha relacionado estas dos problemáticas en investigaciones realizadas en Latinoamérica.

5. Metodología

5.1. Enfoque de la investigación

La perspectiva teórica desde la cual se abordó el presente estudio retoma de la hermenéutica la capacidad de interpretar y de hacer explícita la postura metodológica desde la cual se reflexionan y analizan los textos y documentos que fueron de utilidad para el desarrollo de esta investigación. Arráez, Calles y Moreno (2006) entienden la hermenéutica “como una actividad de reflexión en el sentido etimológico del término, es decir, una actividad interpretativa que permite la captación plena del sentido de los textos en los diferentes contextos” (p.174). El conocimiento, las críticas y las diferentes posturas planteadas en esta investigación, se desarrollaron bajo una perspectiva interpretativa donde se buscó comprender cómo se ha abordado el fenómeno de la salud mental en estudios sobre ECV en América Latina. Para llegar a esta comprensión, es necesario dilucidar la historia, el contexto y la situación en que se han escrito los textos investigativos que hacen parte del presente estudio, así como el tratamiento del fenómeno en cuestión.

5.2. Método del estudio

En tanto el objetivo fundamental de esta investigación consiste en describir los abordajes de la salud mental, cuando esta ha sido incluida dentro de los estudios sobre ECV, se optó por la investigación documental como un tipo de investigación ampliamente usado para dar cuenta de un análisis detallado, cuidadoso y sistemático de documentos, como informes de investigación, literatura u otros textos en general, con el propósito de contextualizarlos y conocer el estado del arte del tema en cuestión, en el medio académico (Galeano, 2004).

En este orden de ideas, de acuerdo con Galeano (2004), en la investigación de tipo documental se busca que la información se adquiera y recopile a partir de documentos escritos, haciendo de estos su materia prima básica. Dados los objetivos de este estudio, se hace indispensable recurrir a formas rigurosas y sistemáticas de recolección y análisis de información

contenida en textos de interés, de ahí que la investigación documental sea el método considerado como pertinente para su desarrollo.

5.3. Estrategia metodológica de la investigación

La estrategia metodológica elegida para este estudio es la revisión sistemática, dado que el abordaje y análisis de textos -artículos y publicaciones investigativas- para el cumplimiento de los objetivos planteados, implica una compilación sistemática de la información. Moreno et al. (2018) refieren que:

Las revisiones sistemáticas son resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta (...). Se caracterizan por tener y describir el proceso de elaboración transparente y comprensible para recolectar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir toda la evidencia disponible. (p. 184)

En la revisión sistemática se recoge, sintetiza y analiza la información bajo unos criterios de inclusión determinados por el investigador, esto hace que se limite la muestra de los estudios revisados para un mejor y más detallado análisis de la información seleccionada. Según Letelier, Manríquez y Rada (2005), para el uso de esta información, hay dos vías metodológicas a tener en cuenta: las cualitativas, en las que los resultados no se muestran desde un análisis estadístico, sino que se presentan de modo descriptivo, y las cuantitativas, en las que se analizan los resultados con técnicas estadísticas y se combinan de forma cuantitativa los resultados de las investigaciones analizadas en un estimador puntual único.

Para la presente investigación, se consideró adecuado el uso de la revisión sistemática cualitativa. Esto, con el fin de analizar más amplia y detalladamente diferentes investigaciones, las cuales aportaran datos relevantes para responder a la pregunta propuesta en el planteamiento del problema. Con esta metodología se pudo observar y describir los vacíos y dificultades respecto al tema de investigación. Asimismo, para comprender el abordaje de la salud mental en los diferentes estudios sobre ECV, fue necesario revisar las investigaciones halladas que cumplieron con los criterios de inclusión descritos para este estudio. Se pudo evaluar, comparar y discutir críticamente los textos y publicaciones incluidos. De esta manera, la revisión sistemática, como estrategia

metodológica, permitió dar cuenta de una selección de textos, obtención de datos, análisis críticos de dicha información y, finalmente, exposición los resultados frente a la pregunta de investigación.

5.4. Proceso de la revisión sistemática

Para la construcción del proceso de la revisión sistemática, se tuvieron en cuenta los pasos básicos propuestos por Beltrán (2005). A continuación se describen brevemente cada uno:

- A. **Definir una pregunta claramente:** de acuerdo con el autor, una precisa definición de la pregunta guía hacia una más exacta revisión. Para el caso de este estudio tanto la pregunta, como la población y la muestra, se encuentran definidos. Esta pregunta orientadora se encuentra en el planteamiento del problema.
- B. **Especificación de los criterios de inclusión y exclusión de los estudios:** al igual que la definición de la pregunta, este paso permite una mayor claridad de qué es lo que se está buscando y qué va a ser objeto de análisis en la investigación. En el punto 5.5 se dejan claros los criterios de inclusión y de exclusión del material científico elegido como objeto de análisis.
- C. **Formulación del plan de búsqueda de la literatura:** en este paso se debe tener claro en qué fuentes de información se va a realizar la búsqueda de las investigaciones, así como los términos de búsqueda y qué tan exhaustivo va a ser el proceso de recolección de la literatura. Estos asuntos están especificados en el punto 5.6.
- D. **Registro de los datos y evaluación de la calidad de los estudios seleccionados:** para considerar el rigor del manejo de los datos e información, se debe contar con herramientas para la clasificación de los estudios, por ejemplo con una matriz que facilite la evaluación del material bibliográfico, su calidad y pertinencia. Esta matriz tiene el propósito de facilitar la interpretación y el análisis de la información. En el punto 5.7 se encuentra la herramienta utilizada para estos fines en el presente estudio.
- E. **Interpretación y presentación de los resultados:** dado que se trata de una revisión cualitativa, se presentan los resultados de forma descriptiva y sin análisis estadístico. En la interpretación se tienen en cuenta los objetivos planteados para llegar a conclusiones acerca de la información hallada.

5.5. Selección de la muestra documental: criterios de inclusión y exclusión del material

El objeto de análisis fundamental son los estudios sobre ECV que incluyen el concepto de salud mental. Dado que esta investigación se fundamenta como un trabajo de investigación documental, los textos objeto de análisis fueron aquellas producciones bibliográficas que tuvieran por tema central las ECV y la salud mental. A su vez, la muestra de documentos debió ajustarse a los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios publicados entre los años 2000 y 2020
- Investigaciones publicadas en revistas indexadas, en las siguientes bases de datos de investigación: PubMed, LILACS, Redalyc, Dialnet, ScienceDirect, SciElo.
- Artículos de investigación que tuvieran por contenido la enfermedad cardiovascular y aspectos relacionados con la salud mental.
- Investigaciones realizadas en América Latina
- Artículos publicados en español

5.6. Formulación del plan de búsqueda de la literatura

En esta fase se pretende indagar por estudios que den a conocer lo que se haya dicho sobre el tema en cuestión. En esta medida, se conoce lo que “se ha dicho sobre el tema propuesto, desde qué punto de vista y con qué resultados” (Galeano, 2004, p. 117). Esto con el fin de evitar la repetición de trabajos con temas similares.

La búsqueda de literatura debe dar cuenta de los criterios de selección ya mencionados, en este paso se debe tener claro en qué fuentes de información se va a realizar la búsqueda de las investigaciones, así como los términos de búsqueda y qué tan exhaustivo va a ser el proceso de recolección de la literatura.

Para la recolección de artículos, en el marco de este estudio, se tuvieron en cuenta las bases de datos PubMed, LILACS, Redalyc, Dialnet, ScienceDirect, SciElo. Además, se usaron como filtro dos categorías generales, divididas en siete subcategorías. La tabla 1 muestra la organización esquemática de dichos términos de búsqueda.

Tabla 1.*Palabras clave para la búsqueda de literatura*

Salud Mental AND	Factores Psicosociales AND
Enfermedad Coronaria	Enfermedad Coronaria
Hipertensión Arterial	Hipertensión Arterial
Insuficiencia Cardíaca	Insuficiencia Cardíaca
Arritmia	Arritmia
Paro Cardiorrespiratorio	Paro Cardiorrespiratorio
Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Isquémica
Enfermedad Cardiovascular	Enfermedad Cardiovascular

Fuente (elaboración propia)

5.7. Registro de los datos y evaluación de la calidad de los estudios seleccionados

Urria y Barría (2010) indican que, en esta etapa de la investigación, se establecen los criterios para definir los estudios por evaluar, de acuerdo con su relevancia respecto de la pregunta de investigación previamente planteada. Asimismo, se sugiere que cada artículo sea revisado detalladamente y que exista un registro riguroso del motivo de rechazo de los artículos, lo cual debe ser especificado en la investigación completa. Estos mismos autores destacan que la evaluación de los estudios persigue básicamente tres objetivos: “valorar la validez de los estudios, descubrir las razones de las diferencias entre los resultados de los estudios y proporcionar a los lectores información suficiente para juzgar la aplicabilidad de la revisión sistemática” (p. 5).

Teniendo en cuenta lo anterior, la técnica de recolección de información para este estudio, consistió en el rastreo, selección y ubicación del material por utilizar; lo cual implicó que la revisión cuidadosa y sistemática de todo tipo de documentos escritos tuviera que ver con el tema de estudio (Galeano, 2016). Después de recolectar todas las investigaciones encontradas se procedió a aplicar los criterios de inclusión para establecer los artículos que harían parte de la muestra. Con estos artículos seleccionados se estableció una matriz bibliográfica por categorías de búsqueda en las respectivas bases de datos a utilizar, como la presentada en la tabla 2.

Tabla 2*Matriz por búsqueda en bases de datos*

Base de Datos	Categoría General			
	Subcategoría Y (X)	subcategoría Y (X)	subcategoría Y (X)	subcategoría Y (X)

*Categoría general: salud mental y factores psicosociales. Subcategoría: enfermedad coronaria, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, arritmia, cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular. X: número de artículos que cumplen criterios de inclusión. Y: total de artículos que arrojaron los términos de búsqueda en la bases de datos.

Fuente (elaboración propia).

Después de recolectar todas las investigaciones encontradas y teniendo en cuenta los artículos seleccionados en la tabla anterior, se procedió a identificar los artículos que hicieron parte de la muestra. Con estos artículos seleccionados se estableció una matriz bibliográfica como la presentada en la tabla 3.

Tabla 3*Matriz de artículos seleccionados*

Código Artículo	Base de datos	Título	Palabras clave	País	Patología	Año
1						
2						

Fuente (elaboración propia)

5.8. Proceso de análisis

Una vez se elegida la bibliografía para la revisión, el material seleccionado debe ser cuidadosamente leído y los resultados de los estudios ser condensados para un nuevo análisis, el cual considera organizar, categorizar y combinar los datos de las investigaciones seleccionadas para responder a los problemas o preguntas planteadas. Dado que se trata de una revisión cualitativa, se presentan los resultados de forma descriptiva y sin análisis

estadístico. En la interpretación se tienen en cuenta los objetivos planteados que permiten llegar a conclusiones acerca de la información hallada (Urrea & Barría, 2010).

Esta fase pretende mostrar la realidad del tema en cuestión. Dicha realidad se presenta como las contradicciones, los vacíos, las tendencias, las preguntas y las convergencias alrededor de la temática de estudio, lo que permite revisar la información de una forma más clara y precisa para analizar el contenido del material por revisar.

Para el proceso de lectura y análisis, se utilizó una ficha en la que se planteaban preguntas relevantes para la investigación y que permitieron una mejor visualización de la información susceptible de ser analizada. Dicho análisis se presenta con los siguientes ejes temáticos:

- Comprensión y abordaje de la salud mental
- Perspectiva teórica de la salud mental
- Tipos de enfermedad cardiovascular
- Edades de los participantes en las investigaciones
- Principales objetivos en las investigaciones
- Principales conclusiones de los estudios

6. Consideraciones éticas

Esta investigación se categoriza metodológicamente como una investigación documental. Esto implica que el trabajo aborda exclusivamente producciones documentales. Por lo tanto, las consideraciones éticas que debieron tenerse en cuenta durante el desarrollo del proyecto se centran en los datos utilizados. Por ejemplo, en las citas donde se pretende usar ideas de otro autor, pero en las palabras del escritor, se deben incluir, antes o después de la cita, el apellido del autor y el año de la publicación.

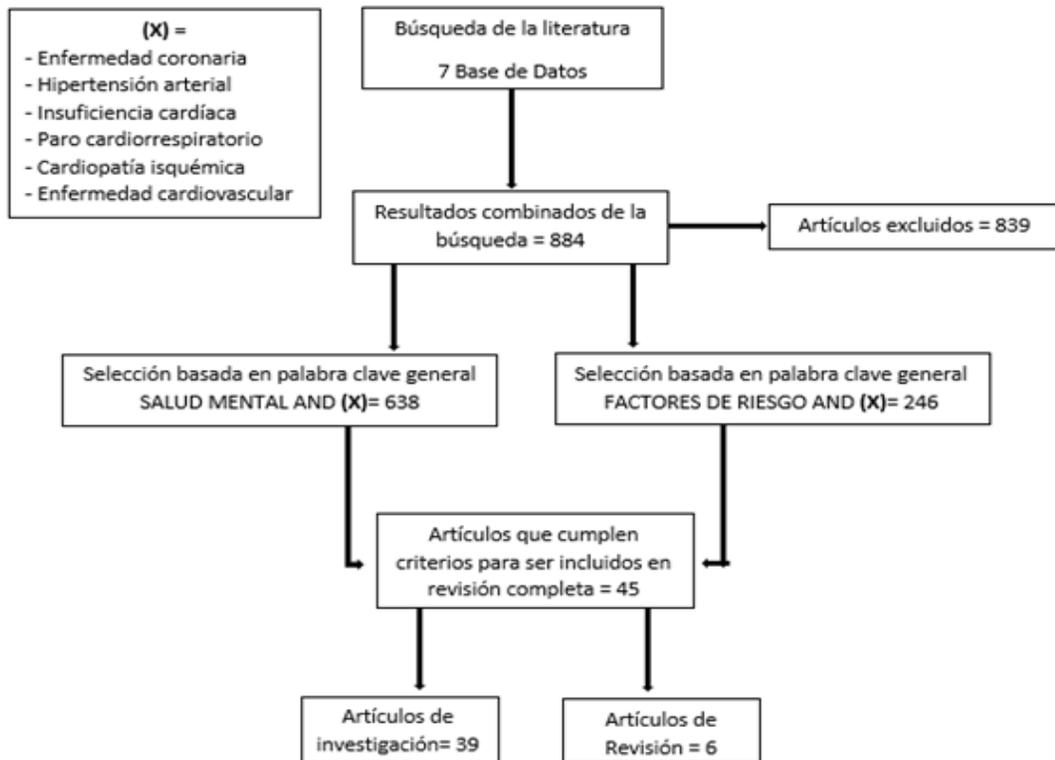
También, se tiene en consideración lo señalado por la Ley 1090 de 2006, particularmente lo indicado en el capítulo VII, artículo 56, el cual indica respecto a los derechos de autor, que los profesionales en psicología tienen derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elaboren en forma individual o colectiva. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

7. Descripción de hallazgos

Durante la fase de recolección de información se encontraron un total de 884 artículos en las distintas bases de datos utilizadas. Después de aplicar los criterios de inclusión, se contó con una muestra total de 45 artículos que fueron objeto de análisis en el estudio. A continuación se indica la cantidad de artículos tomados por base de datos: Dialnet, con una muestra de 8; PubMed, con muestra de 2; LILACS, muestra de 14; EBSCO, muestra de 3; Science Direct, con muestra de 10; Redalyc, muestra de 3, y SciELO, con muestra de 5. El proceso de selección de documentos se presenta en la Figura 1.

Figura 1.

Flujograma de búsqueda y selección de documentos para la revisión bibliográfica

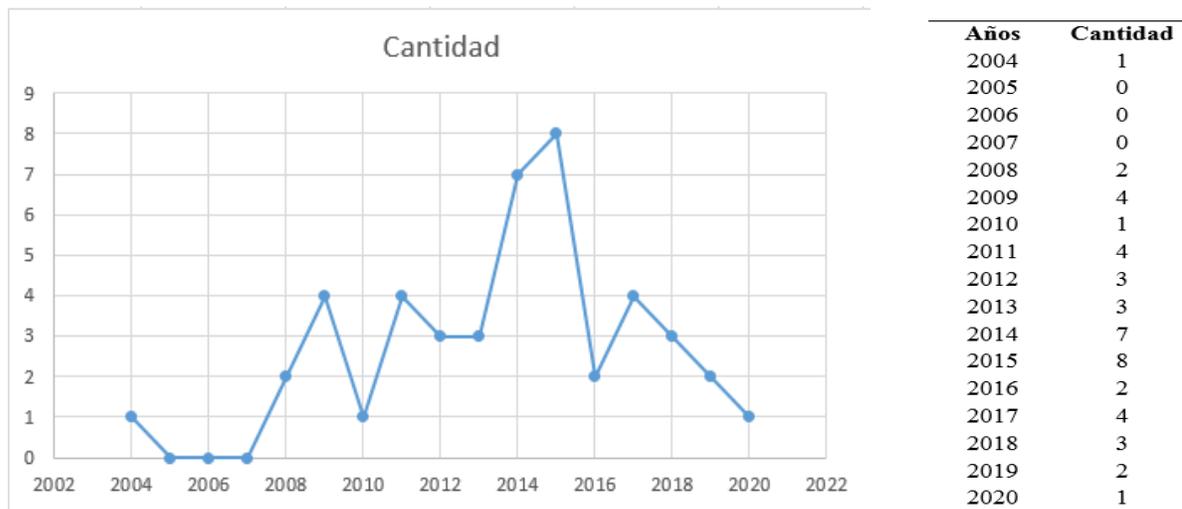


Fuente (elaboración propia).

Como se mencionó en la pregunta de investigación, la revisión va desde el año 2000 al año 2020, encontrando la mayor producción en el año 2015 con un porcentaje del 15,5 % de los artículos que conforman la muestra, seguidos de los años 2014, 2009 y 2011 con un porcentaje de 11,1 % para cada año. Sumados estos porcentajes, se obtiene un total del 48,88% de los artículos considerados para este análisis, publicados en los años mencionados. La distribución de los años se puede observar en la gráfica 1.

Figura 2

Distribución de la muestra en los años en los que fueron publicados los artículos

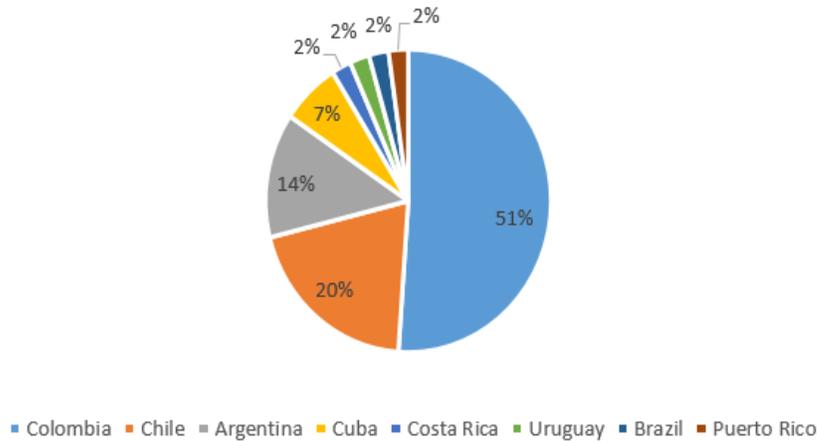


Fuente (elaboración propia).

La búsqueda de los artículos se llevó a cabo en investigaciones con población Latinoamericana. Estos 45 artículos fueron escritos en ocho países latinoamericanos donde el mayor productor de investigaciones de los artículos seleccionados es Colombia con un total de 24 artículos, seguido de Chile, con ocho, y Argentina, con seis. La distribución por países puede observarse en la gráfica 2.

Figura 3

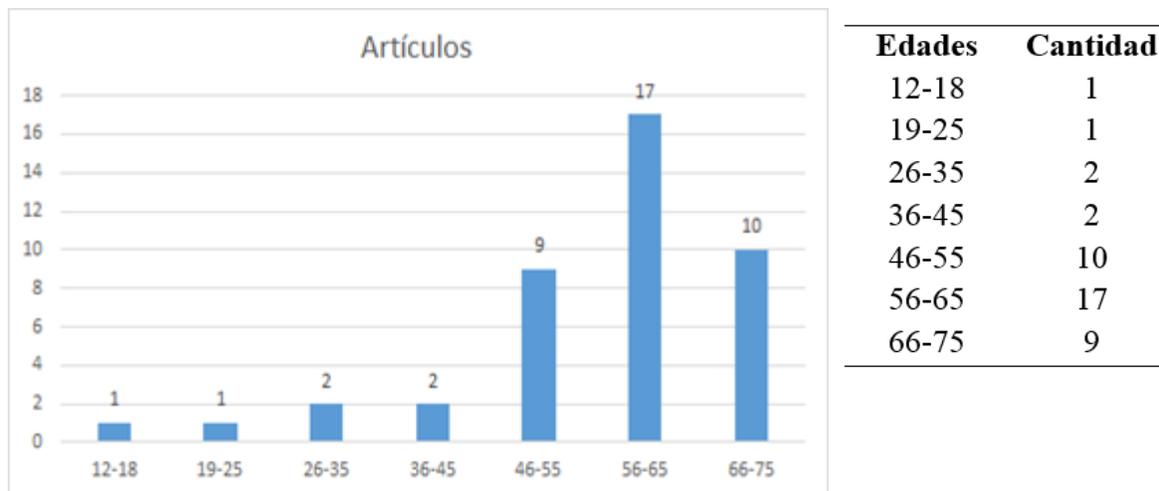
Distribución de la muestra en los países en los que fueron publicados los artículos.



Fuente (elaboración propia).

Países	Cantidad
Colombia	23
Chile	9
Argentina	6
Cuba	3
Costa Rica	1
Uruguay	1
Brasil	1
Puerto Rico	1

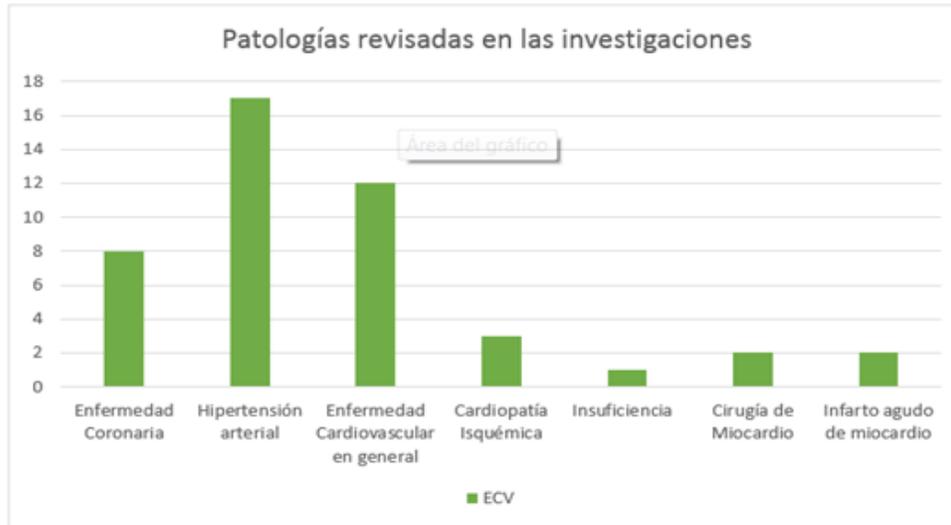
La población participante en los artículos de investigación que hizo parte de la muestra se distribuye por rangos de edades en la gráfica 3. La población entre los 56 y 65 años ha sido la de participación más alta (37,7%) en estos estudios, seguida del rango etario de entre los 66 y 75 años, correspondiente al 19,56%. Más de la mitad de los estudios revisados, específicamente el 57,26%, cuenta con población entre los rangos de edad señalados. No se halló algún estudio con niños o niñas menores de 12 años; esto, sumado a los pocos trabajos hallados, realizados con menores de 46 años, da cuenta de la prevalencia de las enfermedades crónicas cardiovascular en la población adulta mayor.

Figura 4*Distribución de la muestra por rango de edad*

Fuente (elaboración propia).

Dentro de las investigaciones revisadas la enfermedad cardiovascular más frecuente fue la hipertensión arterial, en un total de 16 de los estudios hallados, seguida de las investigaciones que mencionaban distintas ECV, independientemente del tipo de patología (enfermedades cardiovasculares en general). La gráfica 4 describe lo anterior.

Figura 5
Distribución según el tipo de ECV.



Fuente (elaboración propia).

7.1. Aspectos comunes relevantes en las investigaciones revisadas

A continuación se presentan algunos de los hallazgos comunes en las investigaciones revisadas. Se trata de aspectos generales, que son importantes en la medida que permiten hacer una presentación general del contenido de los diferentes estudios usados para este trabajo, como por ejemplo, las características sociodemográficas o la tendencia a hacer énfasis en los factores emocionales, estilos de vida, entre otros aspectos, para abordar la salud mental.

7.1.1. Aspectos sociodemográficos en los estudios

Como se ha mencionado, en la mayoría de las investigaciones sobresalió la participación del sexo masculino y predominó como grupo etario promedio las personas entre 60 y 75 años, indicando prevalencia de ECV en población adulta mayor. En el caso de Vargas et al. (2007), se evidencia lo anterior al mostrar que la edad promedio de la población de su estudio fue de 60 a 64

años y el sexo predominante fue el masculino, con una participación del 70%. Otra investigación, realizada por García et al. (2018), refiere que de los 111 participantes, 59 (53,2%) eran del sexo masculino, 52 (46,8%) del sexo femenino y la variación de las edades oscilaba entre 34 y 85 años, destacando una media de edad de 61,5 años.

Asimismo, en el caso de la investigación de Tobo y Canaval (2010), se seleccionó como muestra un total de 65 personas entre los 44 y 74 años, en la cual la edad promedio fue de 62,7 años; además, los participantes de sexo masculino también tuvieron una prevalencia del 66,7% de la población total participante. En el estudio de Rogers et al. (2018) la muestra estuvo constituida por 99 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, de ellos, el 72,7% fueron hombres y la edad media fue de 63,98 años.

La mayoría de los estudios revisados coinciden en que los adultos mayores tienen más probabilidad que las personas jóvenes de padecer algún tipo de ECV, dado que el envejecimiento en las personas puede aumentar los factores de riesgo para desarrollar este tipo de enfermedades. Los estudios hablan sobre cómo la actividad física, la dieta y otros factores del estilo de vida influyen en la forma como se desarrolla el ciclo vital de las personas y, por lo tanto, en la aparición de ECV.

Otro de los aspectos sociodemográficos planteados en las investigaciones, hace referencia a las condiciones socioeconómicas. En este se observa que, mayoritariamente, los participantes de los estudios revisados fueron personas que alcanzaron un nivel de escolaridad de estudios básicos, con un bajo y medio nivel de ingresos económicos y, en algunos casos, desempleo o algún tipo de incapacidad para realizar actividades laborales que demandaban algún tipo de actividad física.

En la investigación realizada por Sandoval et al. (2014) se confirma lo anterior, al considerar que el 57.14% de la población chilena participante de la investigación, alcanzó un nivel de estudios bajo en básica primaria completa (en esta publicación, la baja educación fue definida como educación menor a ocho años de estudios aprobados). Estos autores señalaban que el nivel de ingresos que recibían estas personas correspondía, en la mayoría de los casos, a sumas menores a 45 mil pesos mensuales. En otros casos, por ejemplo en la investigación de Rogers et al. (2018), se indica que el grupo de pacientes con cardiopatía isquémica de mayor edad y compuesto mayoritariamente por hombres, registró menos años de escolaridad y un estrato socioeconómico más bajo que el grupo control en la investigación.

Al respecto, otro estudio indicó también que el 34% de la población participante se encontraba desempleada, lo cual reflejaba la existencia de algún tipo de limitación para realizar actividades después de padecer una enfermedad cardiovascular (Tolosa et al., 2007); igualmente, el 50% de la población manifestó haber disminuido su intensidad laboral, lo cual interfería con sus ingresos económicos. Otro ejemplo es el estudio de García et al. (2018) el cual señalaba que la mayoría de los registros realizados a los participantes, mostraron un nivel de escolaridad en básica primaria y secundaria incompleta, arrojando así una cifra del 66,3%. Igualmente, el nivel educacional que predominó en el estudio de Mendoza et al. (2009) fue el de básica primaria con un 65,9% de la población participante.

Aunque toda la información previamente señalada es de carácter descriptivo, dado que solo destaca características comunes de los estudios abordados, es posible plantear algunas presunciones a partir del análisis realizado; específicamente, es importante destacar la posible asociación que parece existir entre la baja escolaridad, los bajos recursos y la presencia de ECV, asuntos que aparecen como un patrón relevante en las investigaciones revisadas, aunque no necesariamente se haga explícito en estas; así, puede pensarse una tendencia que muestra que un bajo nivel educativo, se acompaña de bajos recursos económicos y padecimiento de algún tipo de ECV en los participantes. Sin embargo, cabe resaltar que estas variables (nivel educativo o nivel de ingresos), en las investigaciones abordadas, aportan en la caracterización de los participantes y en la explicación (en algunos casos) de la adherencia de los individuos al tratamiento prescrito, mas no se constituyen en un insumo (para los autores) para hacer análisis desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud.

7.1.2. Estilos de vida y factores de riesgo: factores causales principales

Varios de los estudios revisados plantean que el concepto de factor de riesgo, como característica de un individuo o de una población, adquiere gran importancia para hablar de ECV; de hecho refieren que su presencia temprana se asocia con un riesgo aumentado de padecer un evento cardiovascular posterior.

Estas investigaciones dan prioridad a destacar los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de las ECV. Refieren que dentro de estos factores tradicionales se

encuentran la avanzada edad, la obesidad, los altos niveles de estrés y la adquisición de estilos de vida poco saludables, como por ejemplo, malos hábitos alimenticios en elevada ingesta de grasas saturadas, alto consumo de hidratos de carbono y azúcares, progresivo sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo.

En la investigación realizada por Alvarado et al. (2012) se plantea que del análisis comportamental de factores de riesgo relacionados con estilos de vida como tabaquismo, alcoholismo, nivel de actividad física y estrés laboral, se encontró que de un total de 753 participantes, el 11,8% consumía cigarrillo, el 5% consumía alcohol en forma moderada (socialmente) y el 75% de la población era sedentaria. El estudio muestra que de los pacientes que indicaron alto sedentarismo, el 14% referían tabaquismo actual, el 4.6% admitían ser bebedores sociales y el 87.6% manifestaban estrés en sus actividades cotidianas. Con los datos anteriores, se estableció que el tabaquismo, el sedentarismo y el estrés fueron los factores de riesgo más comunes relacionados como estilos de vida en el grupo de pacientes con algún antecedente cardiovascular. Además, este estudio permitió establecer que el tabaquismo aumenta de dos a tres veces el riesgo de padecer una ECV con respecto a los no fumadores, y que el panorama en relación a la falta de actividad física en la población fue aún más preocupante, dado que el sedentarismo alcanzó una prevalencia del 47% en los pacientes participantes (Alvarado et al., 2012).

En la investigación realizada por Vargas et al. (2007) se identifica también de qué manera el estrés es un factor de riesgo alto para el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. En este estudio se encuentra que, a través del cuestionario FS-36 realizado a los 60 participantes, el 74% manifestó sentirse cansado siempre o casi todo el tiempo, situación que dificulta el desempeño de sus actividades diarias y su bienestar tanto laboral como emocional, además, aumenta el estrés y sentimientos “negativos”.

En la investigación de Rojas et al. (2015) se midieron los factores de riesgo a través de la Escala de Conductas en Salud de Miller. En este estudio se encontró que, de 157 participantes, solamente el 22,2% fumaban y el 15,6% manifestaron practicar ejercicio físico al menos tres veces a la semana en un promedio de 30 a 45 minutos. A pesar de que se definió como bajo el porcentaje de fumadores en la muestra, muchos de los participantes fumaban esporádicamente, solamente cinco personas indicaron nunca consumir tabaco. Respecto a la realización de actividad y/o ejercicio físico, fue baja, ya que la mayoría (84,4%) refirió que nunca, casi nunca o a veces tenían

esta conducta dentro de sus hábitos rutinarios. Además, la alta frecuencia (67.3%) de participantes que no siguen la dieta estipulada, da cuenta de su mala nutrición y de los factores de riesgo más frecuente dentro de este tipo de pacientes (Rojas et al., 2015).

En otro estudio se evaluaron factores de riesgo tales como tabaquismo, obesidad, colesterol alto y sedentarismo. En este, se evidenció que de los 310 participantes, el 92,3% presentaba colesterol alto y el 87,6% de los participantes no realizaba ninguna actividad física rutinaria, puntuando como alto sedentarismo y alto colesterol. La obesidad, como factor de riesgo, también arrojó un porcentaje alto (76,7%) alertando sobre signos de malos hábitos alimenticios en la población participante. Cada uno de estos factores fue evaluado con pruebas (test, escalas o cuestionarios) estandarizadas o construidas por los autores, que permitieran dar cuenta de los objetivos del estudio (Varleta et al., 2015).

La anterior caracterización descrita en algunas de las investigaciones señala que los factores de riesgo como obesidad y los relacionados con estilos de vida poco saludables como el sedentarismo, el alcoholismo, el tabaquismo, el estrés, etc., constituyen un verdadero problema de salud pública, no sólo por su impacto en la carga patológica y el futuro padecimiento de ECV en las personas, sino también por las consecuencias sociales para la comunidad y económicas para el sistema de salud. En general, los estudios hacen un llamado a la prevención primaria de ECV; también destacan el abordaje con medicamentos antihipertensivos, como herramienta fundamental en la reducción de la morbimortalidad asociada (Alvarado et al., 2012).

De todo lo anterior es posible identificar una postura centrada primordialmente en los factores individuales. Si bien es cierto que dichos factores intervienen activamente en el padecimiento de ECV, no son los únicos aspectos desde los cuales este debe ser abordado. Es posible evidenciar esto en la responsabilización que se da al individuo por su propia enfermedad, poniendo a los estilos de vida propios como factor principal. De esta manera, la prevención y la intervención de las ECV parecen verse reducidas a los cambios conductuales de los individuos, como por ejemplo cambios alimenticios o incremento de la actividad física.

No obstante, tal como ya fue indicado en el apartado de aspectos sociodemográficos, la mayoría de los participantes de los estudios revisados presentan baja escolaridad y bajos ingresos económicos. Estos factores están altamente relacionados con los estilos de vida, ya que los ingresos económicos determinan, por ejemplo, las condiciones de alimentación. Esto permite evidenciar

que los estilos de vida no son responsabilidad exclusiva de los individuos, sino que también están directamente relacionados con factores sociales y económicos.

7.1.3. Rasgos de personalidad y aspectos afectivos destacados en los estudios

En varios de los estudios revisados se plantea que factores como los estados afectivos y psicológicos como la ansiedad y la depresión, también están asociados a la presencia de ECV. Como lo refieren Damares et al. (2018), la American Heart Association reunió diversas evidencias sobre el efecto de síntomas ansiosos, depresivos y otros estados emocionales “negativos” que actúan, de manera independiente, en el padecimiento de enfermedades cardiovasculares.

En un estudio realizado por Rodríguez et al. (2015) que pretendía conocer los factores de riesgo en un grupo de adolescentes con hipertensión arterial, se encontró que aproximadamente la mitad de la población participante obtuvo alta ansiedad en la aplicación del inventario Idare (Inventario de ansiedad – rasgo – estado), dado que el 83% de los pacientes estudiados manifestaron sentirse mal emocionalmente en áreas como la familiar (discusiones, ausencia de figura paterna, alcoholismo en alguno de los padres, agresividad en su medio familiar), la social (poco sociables, deseaban tener éxito social, reconocieron aislarse), la escolar (rechazo a la escuela, desmotivación escolar) y la personal (ser muy autoexigentes o poseer sentimientos de inferioridad y emociones “negativas”). También se encontró que el 88% de los adolescentes participantes reconocieron tener poca tolerancia a la frustración, y descargar la ira mediante conductas verbales de manera impulsiva.

Igualmente, algunas investigaciones dan relevancia a cómo ciertos tipos de personalidad (particularmente la tipo A) y las experiencias intensas de ciertas emociones “negativas” y estados afectivos (ira, ansiedad, estrés, depresión) predisponen a la aparición de algunas ECV. Gaviria et al. (2009) desarrollaron un estudio con el fin de evaluar las relaciones de la ira y la ansiedad-depresión con el diagnóstico de hipertensión arterial en una muestra de 103 pacientes. En este estudio usaron como instrumento de medición el STAXI (Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo). Como resultados, no se encontraron niveles clínicos de ira, de ansiedad o depresión en los

pacientes con diagnóstico de hipertensión; lo que se evidenció en estas personas, fueron mecanismos de supresión de la ira, a la vez que altos niveles de control de esta emoción.

Contrario a esto, en la revisión documental realizada por Pereyra et al. (2009), los autores comentan que el patrón de conducta tipo A (tendencia a la competencia, al reconocimiento, a la hostilidad y la agresión, y una sensación extrema de impaciencia) es considerado como uno de los aspectos más nocivos de la personalidad, junto con la ira, la hostilidad, el cinismo y la desconfianza; todos estos afectos “negativos” perjudican la salud y propician la aparición de ECV. Este estudio concluyó también que el estrés inducido en el laboratorio, en pacientes con ECV, puntuaba elevaciones significativas de la presión sanguínea y cambios fisiológicos como incremento de adrenalina, noradrenalina, lipólisis, colesterol y frecuencia cardíaca, que al repetirse incrementa el riesgo de padecer ECV.

Otro estudio que aborda estos asuntos es el de Tobo y Canaval (2010), en el cual se diseñó un cuestionario sobre 38 estados afectivos y emocionales que identificaron las emociones características según frecuencia (siempre, algunas veces, nunca) y fuerza de aparición (se clasificó en categoría débil, fuerte y muy fuerte). Se aplicó este cuestionario a las 65 personas de la muestra seleccionada para el estudio y más del 90% de ellos, se destacaron por haber puntuado una frecuencia de “siempre” en los factores de autorrepresión de emociones y afectos, actitud dominante, expresión de temor y pesimismo en la vida, inhibición-sumisión, impaciencia e irritabilidad.

Los resultados de este estudio muestran que las personas con enfermedad coronaria mantienen conductas de inhibición para expresar sus sentimientos de dolor y sufrimiento interno. Además de indicar también que las condiciones psicológicas estresantes activan la corteza del lóbulo frontal generando respuestas fisiológicas graves como el infarto de miocardio (Tobo & Canaval, 2010).

De todo lo anterior se puede concluir que existen asociaciones entre las características propias de los individuos, tales como la manera en que sobrellevan estados emocionales o hacen frente a las situaciones estresantes, y las ECV. En otras palabras, desde la perspectiva de las investigaciones halladas, las características de personalidad y la gestión emocional de cada individuo, en conjunto con otras variables, parecen ser un buen predictor de la posibilidad de padecer una ECV.

Tal como se concluyó en el apartado anterior, la postura individualista también se ve reflejada en los factores emocionales y de personalidad. Lo anterior, debido a que dichos factores representan una postura biologicista y reduccionista para hablar de la salud mental, dando explicaciones estrictamente fisiológicas a las alteraciones en salud mental que están asociadas a la aparición o no de ECV. En última instancia, esto deriva en una responsabilización de los individuos en relación a su regulación emocional, características individuales y posibilidad de padecer una ECV.

Otro punto por destacar es la clasificación negativa de las emociones. Estos estudios etiquetan emociones como rabia, ira, agresividad y estados afectivos como el estrés, como emociones desadaptativas que deben ser eliminadas del comportamiento humano. Esta posición desconoce el valor adaptativo de estas emociones, su utilidad y grado de funcionalidad en determinados contextos, descalificándolas y afirmando implícitamente que deben ser evitadas en orden de conservar la salud y evitar la enfermedad, en este caso las ECV.

7.1.4. Baja adherencia al tratamiento: un problema recurrente

Varleta et al. (2015) definen la adherencia al tratamiento como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones dadas por un profesional del área de la salud, tales como tomar el medicamento, seguir una dieta alimenticia adecuada, hacer cambios en el estilo de vida, asistir a terapias, etc. Todo esto enmarcado por el concepto de cumplimiento, obediencia y expectativa que tiene el enfermo de curar su malestar.

En varias de las investigaciones revisadas, se planteó que la adherencia al tratamiento constituye una meta importante en el tratamiento y control de pacientes con patologías crónicas como las ECV, además de relacionarse con los efectos sobre el incremento de gasto en el sistema de salud, como por ejemplo, las consultas de salud planificadas que no se realizan por la inasistencia de los usuarios, aumento de las intervenciones, gastos en hospitalizaciones y tratamientos de alta complejidad a consecuencia de complicaciones generadas por esta conducta (Veliz et al., 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, varias de las investigaciones revisadas indagan por el grado de conciencia que las personas desarrollan sobre la enfermedad, estudian los estilos de afrontamiento desarrolladas en momentos de crisis, las conductas de auto-cuidado de los pacientes con ECV y los cambios en los estilos de vida que deben implementar; esto, con el fin de mejorar su pronóstico, prolongar su vida o disminuir las manifestaciones clínicas que alteran la calidad de vida (Torres et al., 2011).

Diferentes investigaciones demuestran que los pacientes mantienen conductas de baja adherencia a los tratamientos prescritos y recomendados por el personal médico y de la salud. Estudios como el de Veliz et al. (2015) exponen que los resultados de la aplicación de la Escala de Conductas en Salud de Miller (ECS), reflejan la no adherencia de los participantes; solo el 1,5% de las personas siempre seguían las instrucciones referidas por el personal de salud y más de la mitad de la muestra (73,5%) indicó que nunca o casi nunca se ceñían a las indicaciones, lo que se considera una adherencia baja al no darle continuidad o permanencia al tratamiento de la enfermedad.

En el estudio de Sandoval et al. (2014), con una participación de 513 pacientes hipertensos, fueron aplicados los cuestionarios de adherencia farmacológica (Morisky-Green-Levine) y de relación médico paciente (RMP), los cuales arrojaron como resultado que la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo farmacológico fue del 63,7% (327 participantes). En este estudio, se encontró que los factores que también contribuyeron a la baja adherencia fueron la inadecuada relación médico-paciente, el alto estrés emocional, depresión, el bajo ingreso familiar y el bajo nivel educativo de los participantes. Frente a la adherencia al tratamiento en los estudios revisados es posible destacar:

- **Una mayor adherencia en población femenina.** Según el estudio de Veliz et al. (2015) las mujeres fueron más adherentes en la toma de medicamentos de acuerdo a los resultados arrojados en la Escala de Conductas en Salud de Miller. Refieren que esto se podría explicar por factores culturales, en los cuales el rol de la mujer se teje principalmente como cuidadora en el contexto familiar, situación que se vuelve significativa al momento de tomar decisiones en el seguimiento del tratamiento farmacológico.

Otro de los estudios (Sandoval et al., 2014) da cuenta de esta mayor adherencia al tratamiento en mujeres, dado que el 38,4% de ellas obtuvo una mejor puntuación en el test de

Morisky-Green-Levinne, mientras que los participantes de sexo masculino obtuvieron una puntuación de 28,9%. En uno de los estudios se concluía que la condición de desempleado fue otra de las variables asociada significativamente a mejor adherencia al tratamiento en población femenina, pues gran parte de ellas tenían como ocupación el ser amas de casas, lo cual les permitía estar más disponibles para asistir a controles médicos, tomar medicamentos, asistir a terapia, etc. (Varleta et al., 2015).

Asimismo, la investigación de Ortega y Vargas (2014) encontró que el 67% de los participantes se encontraba en situación de ventaja para mejor adherencia al tratamiento. De este porcentaje el 53% era población femenina. De acuerdo con esto, los autores explicaban que esta tendencia podría obedecer a que las mujeres suelen acudir con más frecuencia a la consulta médica y, en consecuencia, también ser más responsables en el cumplimiento de las indicaciones recibidas por el personal de salud.

- **Algunos factores que se relacionan con la baja adherencia a los tratamientos.** La baja adherencia al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares es atribuida a diferentes factores sociales. Algunos de ellos son el estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de red de apoyo familiar, condiciones de vida inestables, costos elevados de los medicamentos, tipo de cultura y creencias acerca de la enfermedad y del tratamiento (Zambrano et al., 2012). A continuación, se presentan los factores sociales más recurrentes que se destacaron en las investigaciones revisadas:

- 1) *Bajo nivel educativo:* En el estudio de Veliz (2015) se asociaron los años de estudio al seguimiento de la toma de medicamentos, pues a medida que aumentaba la escolaridad, aumentaba el puntaje de adherencia en la medicación. Los autores comentaban que el nivel de escolaridad podía interferir en la comprensión y aceptación de la enfermedad y, por tanto, en llevar a cabo adecuadamente el tratamiento prescrito. Las personas de la muestra, en este estudio, presentaron un bajo nivel de escolaridad, asunto que, consecuentemente, podría constituirse una barrera en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Otro de los estudios planteó que los participantes con un nivel de escolaridad de primaria o menos eran quienes tenían menos posibilidades de cumplir con las citas de control en comparación con quienes tenían estudios superiores y mejores ingresos económicos (Quiroz et al., 2019). Así también, en el estudio de Buendía (2012), los resultados evidenciaron que los pacientes

presentaban baja adherencia al tratamiento, manifestada en el desconocimiento sobre su propia enfermedad. Por ejemplo, alrededor del 40% de los participantes no sabía qué órganos podrían lesionarse como consecuencia de la tensión arterial elevada. Según el autor, esto se asociaba con un bajo nivel educativo, dado que la mayoría de ellos tenía secundaria incompleta.

Es interesante identificar cómo los factores económicos y educativos intervienen incluso en la adherencia al tratamiento. Este tipo de relación demuestra que los fenómenos asociados a la salud y la enfermedad son diversos y tienen relaciones complejas entre sí. Así, el bajo nivel educativo puede generar dificultades en la comprensión propia de la enfermedad y por lo tanto impedir la adopción de las pautas de tratamiento.

- 2) *La inadecuada relación médico-paciente.* Varios de los estudios revisados coinciden en que una buena relación médico-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. De allí, que mencionen que el sistema de salud debe tener buena capacidad para educar a los pacientes, brindarles apoyo y fomentar la capacidad de autocuidado. En el estudio de Buendía (2012) se encontró que alrededor del 48% de los pacientes referían olvidar tomar algún medicamento antihipertensivo, además de que el 70% los pacientes consideraban que si los médicos tuvieran más tiempo para ellos y les dedicaran más tiempo, recetarían menos medicamentos, ya que alrededor de la tercera parte de los pacientes creía que la mayoría de los medicamentos recetados generaban adicción y les producían efectos adversos (factor que disminuye la toma juiciosa del medicamento).

En la investigación realizada por Sandoval et al. (2014) se utilizaron pruebas como la adaptación de la encuesta de Bozzo-Martínez, la cual constaba de 21 ítems para evaluar la satisfacción de los pacientes con la consulta médica en centros de atención primaria, el test de adherencia farmacológica (Morisky-Green-Levine) y el cuestionario de relación médico paciente. Los ítems de la encuesta de Bozzo-Martínez tenían tres dimensiones que evaluaban la relación médico paciente (percepción de la acogida; percepción de la capacidad profesional y percepción de aspectos negativos de la comunicación). En este estudio se halló que de un total de 513 participantes, 327 (63,8%) obtuvieron asociaciones significativas con el riesgo de no adherencia en todos los modelos de ajuste utilizados. Indicaron una inadecuada relación médico-paciente y un puntaje alto de estrés emocional y depresión.

Otro estudio que da cuenta de esto es el de Ortega y Vargas (2014). En este se utilizó el instrumento diseñado por Bonilla y Gutiérrez en su cuarta versión, el cual constaba de 24 ítems y cuatro dimensiones. En una de ellas se encontraban los factores relacionados con el sistema y equipo de salud. El 58.7% de los pacientes respondían que algunas veces los médicos atendían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento, lo cual interfería en la adecuada adherencia al tratamiento y toma de medicamentos.

En síntesis, se ha encontrado gran influencia de la inadecuada relación médico-paciente en la no adherencia a los tratamientos, pues los estudios destacaron que la adherencia se favorece cuando tanto el personal de salud como el paciente, asumen un rol activo en el diseño de un plan y régimen terapéuticos adecuados, además de lograr desarrollar instrucciones claras, asegurando la comprensión del paciente y dedicando en esta actividad el tiempo necesario. Otro factor relacionado a la poca adherencia es la relación médico paciente. Algunas condiciones propias de los pacientes, como la baja escolaridad, deben ser tomadas en consideración por parte de los profesionales en salud al momento de interactuar con los pacientes. Por ejemplo, estos profesionales deben ajustar sus explicaciones del diagnóstico, recomendaciones, prescripciones, etc., al grado de escolaridad y nivel de comprensión de los pacientes.

3) *La dinámica familiar.* La mayoría de los estudios revisados para este trabajo evaluaron también el funcionamiento y red de apoyo que el paciente percibía de su familia. En el estudio de Torres et al. (2011) se implementó el test APGAR para indagar sobre la percepción del paciente acerca del apoyo familiar percibido, su proceso de adaptación ante el diagnóstico, la enfermedad y los cambios que a su vez están experimentando como grupo familiar. Los resultados mostraron que uno de los factores más alterados era la función familiar (en el 52,6% de los casos), seguida de un bajo nivel de autocuidado con un porcentaje del 40%. Estas dos variables se relacionan, ya que el paciente con poco autocuidado depende en gran medida de un cuidador competente. Esta situación complejiza la independencia y autonomía del mismo, llevándolo a un círculo de aislamiento que lo único que hace es aumentar su estrés y sentimientos de ser una carga para su familia.

En estudios como el de Rodríguez et al. (2015) se evidenció que adolescentes entre los 12 y 18 años, presentaron baja adherencia a los tratamientos por dificultades en el ámbito familiar. El 83% de los participantes estudiados mantenían conflictos familiares que los hacían sentirse mal

emocionalmente; dichos conflictos se presentaban como discusiones entre miembros de la familia, ausencia de figura paterna, alcoholismo en padres, agresividad y violencia en su medio familiar. Todo esto hacía que en los adolescentes surgieran sentimientos de desprotección y soledad, aislamiento y despreocupación en su autocuidado. El estudio también comprobó que “el comportamiento negativo no verbal de los padres en situaciones de conflicto, correlacionaba positivamente con la alta presión arterial del adolescente después de una discusión familiar” (p. 180).

Otro estudio (Tolosa et al., 2007) planteaba que el 50% de los pacientes estudiados, manifestaban que los problemas físicos y emocionales desencadenados por su ECV, dificultaban la realización de actividades normales y cotidianas con su familia; situación que influía directamente en problemas emocionales como la depresión y la ansiedad en los pacientes. Esto hacía que dejaran de asistir a citas de control, olvidaran tomar los medicamentos en los horarios establecidos y se disminuyera su motivación por hacer actividad física.

Las investigaciones demuestran la influencia del grupo familiar sobre las conductas de adherencia al tratamiento y autocuidado que presentan los pacientes con ECV. Es así como la dinámica familiar experimenta cambios que tienen que ver con, por ejemplo, la adopción de nuevos hábitos en los cuidados básicos que deben ser proporcionados al enfermo, lo cual hace que este experimente sentimientos de ser una carga para su familia, sienta culpa y adquiera conductas de aislamiento. De esta manera, también se infiere que el grupo familiar puede afectarse emocionalmente dadas las actitudes y situaciones del paciente enfermo.

Otro factor importante que se halló en los estudios tiene que ver con que la disfunción familiar es un factor importante sobre la influencia en la motivación y adherencia del paciente enfermo. Por lo tanto, se puede decir que la familia como ambiente social más próximo al paciente, tiene ciertamente un grado de compromiso y responsabilidad en los procesos de salud y enfermedad de las personas con ECV.

7.2. Descripción de abordajes y perspectivas teóricas sobre la salud mental

La mayoría de las investigaciones revisadas sobre salud mental y ECV son realizadas, principalmente, desde un enfoque de salud que se preocupa por promover los niveles de bienestar del individuo a partir del abordaje de los factores de riesgo y las conductas que el sujeto debe llevar a cabo con el fin de evitar la enfermedad. Es así como otro de los hallazgos revela que los estudios se desarrollan principalmente desde una perspectiva cognitivo-conductual con un enfoque individualista de la salud y la enfermedad. En otras palabras, las investigaciones evalúan, analizan y discuten, ante todo, los comportamientos desadaptativos o problemáticos que predisponen a las personas a padecer una ECV. El individuo es, entonces, considerado como el principal responsable en su proceso de salud y enfermedad, dejando limitado el grado de participación y acción que tienen los determinantes sociales en este proceso.

Se observó que en los estudios hay una tendencia fundamentalmente educativa-formativa para evitar la aparición de las ECV, es decir, se instruye sobre lo que deberían hacer las personas para cambiar estilos de vida poco saludables, creencias irracionales, distorsiones cognitivas, pensamientos y emociones “negativas”, etc. Esto, con el fin de aprender a pensar, sentir y comportarse de una manera adaptativa y, así, evitar la enfermedad.

Para ampliar un poco lo anterior y develar que en la mayoría de los estudios existe implícitamente una postura individualista de la salud mental, es importante destacar por ejemplo, algunas palabras que se hallaron como las temáticas más frecuentes dentro de los estudios abordados: calidad de vida, percepción de bienestar, depresión, ansiedad, estrés, adherencia al tratamiento, trastorno mental, factores psicológicos de riesgo, actitudes, creencias del paciente enfermo cardiovascular y emociones “negativas”. Estos conceptos, en general, están asociados al individuo como tal, no a los determinantes externos (económicos, ambientales, sociales, políticos, etc.) que participan activamente en el desarrollo de las ECV.

Este enfoque cognitivo-conductual deja al individuo la responsabilidad completa por su proceso de salud y enfermedad, entendiendo esto, como ya se ha ido mencionando, como una postura individualista de la salud mental. Tanto los instrumentos a utilizar como los objetivos de la mayoría de los estudios, demuestran una perspectiva apoyada por una teoría que comprende que

una persona es saludable cuando puede llevar a cabo las conductas necesarias para alcanzar su salud, vive de acuerdo con sus valores y no se queda en la experiencia de emociones “negativas” (Keegan, 2012). A continuación, se plantean algunos ejemplos (selección aleatoria) de los objetivos mencionados anteriormente para una mayor comprensión sobre la prevalencia de esta perspectiva en las investigaciones revisadas:

Tabla 4.
Objetivos según artículo

Objetivo	Referencia del artículo
“Determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes antes y luego de un año de la cirugía de revascularización miocárdica”.	Esmite, N; Pouso, J; Reinoso, J; Gutiérrez, F; Ruso, N; Bigalli, D. (2015). Percepción de calidad de vida antes y después de la cirugía de revascularización miocárdica. <i>Rev Urug Cardiol</i> , 268-279.
“Valorar las actitudes del paciente respecto al tratamiento antihipertensivo y sus creencias”	Buendía, J. (2012). Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. <i>Revista Biomédica</i> , 578-584.
“Evaluar el incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos a partir de su dependencia funcional, trastornos de memoria, percepción de bienestar, maltrato y depresión en una región del sur de Chile.”.	Mendoza-Parra S, Merino JM, Barriga OA. (2009). Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. <i>Rev Panam Salud Publica</i> , 105–112
“Analizar la relación entre la práctica de actividad física y la calidad de vida, el bienestar psicológico y la depresión en una muestra de pacientes con enfermedad coronaria”.	A. C. Stein, O. Molinero, A. Salguero, M. C. R. Correa, S. Márquez. (2013). Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria. <i>Rev Cuadernos de Psicología del Deporte</i> , 109-116.

Fuente (elaboración propia).

Los anteriores objetivos están relacionados con la comprensión de una salud mental que promueve en los individuos la identificación de sí mismos, la adquisición de nuevas conductas saludables, el fortalecimiento de la autonomía, la autopercepción y el autocontrol emocional. Todo esto refuerza la concepción de una salud mental abordada principalmente desde una postura que busca conferir al individuo el control sobre la ECV que padece. Para apoyar teóricamente lo dicho hasta este momento, sobre la tendencia de una perspectiva individualista cognitivo-conductual, es preciso citar a Keegan (2012) quien plantea que:

La salud mental consiste en que la persona adulta haya alcanzado un grado adecuado de regulación emocional. Esto significa que pueda comprender y nombrar adecuadamente sus estados emocionales, que experimente la emoción que corresponde a la situación en forma plena y en la intensidad adecuada, sin intentar bloquearla, suprimirla o prolongarla de modo disfuncional. Las personas con trastornos mentales usualmente desean suprimir sus emociones negativas o prolongar de modo problemático sus emociones positivas (...) Así mismo, la salud mental también se manifiesta en amplios y flexibles repertorios de comportamiento y de respuesta que emiten las personas en determinadas situaciones y/o contextos. (p. 54)

De acuerdo con lo anterior, se destaca una postura que se centra en la emoción y la conducta, al decir que son unos de los principales factores que contribuyen con la salud mental. Las emociones se consideran desde una postura individualista de la salud mental, ya que se explican desde determinantes biológicos, psicológicos y comportamentales. Por lo tanto, estas explicaciones obedecen a una tendencia que otorga primacía al individuo respecto a la colectividad o a factores ambientales.

Los estudios también muestran asociación entre algunos factores de riesgos clásicos, tales como obesidad, inactividad física, síndrome metabólico, diabetes mellitus, malos hábitos alimenticios, estrés, rasgos de ansiedad y experimentación de emociones negativas con la aparición de las enfermedades cardiovasculares, factores muy importantes en el desarrollo de las enfermedades crónicas cardiovasculares; no obstante, se omiten reflexiones sobre otros determinantes que exceden las decisiones de los sujetos, lo cual tiene que ver con una visión

reducida a factores individuales y comportamentales, tomando también lo biológico como lo fundamental.

7.3. Una mirada principalmente morbicéntrica de la salud mental

Los estudios examinados se presentan desde una postura relacionada con el modelo médico tradicional, el cual concibe la salud mental desde un lenguaje fundamentalmente morbicéntrico. El vocabulario utilizado está principalmente compuesto con palabras como enfermedad, paciente, pronóstico, remisión, tratamiento, trastorno mental, medicación, diagnóstico, etc. Vale la pena destacar que los contextos donde la mayoría de las investigaciones revisadas tienen lugar (hospitales y clínicas) y el tipo de profesionales allí presentes (médicos - enfermeras) son aspectos que pueden estar asociados a la conceptualización dada a la salud mental, significativamente permeada por este discurso biomédico.

Es en este punto donde se evidencia como resultado que el modelo médico tradicional, se concentra primordialmente en la producción farmacológica y en la medicalización de padecimientos y comportamientos. Más de la mitad de las investigaciones revisadas mencionan la importancia de la correcta toma de la medicación para evitar la enfermedad, lo cual es fundamental en los casos en los que esta es requerida; sin embargo, hay una visión hegemónica y tradicional que prioriza la enfermedad y deja a un lado la promoción de la salud.

Es así como se distingue que los estudios se plantean desde una salud mental negativa, dado que se toma como referencia la enfermedad física, en este caso, la enfermedad cardiovascular y el trastorno mental como aspectos inherentes al concepto de salud mental. Esto se explica porque dentro del abordaje metodológico de los estudios, sólo por poner un ejemplo, se encontraron instrumentos de medición como el cuestionario SF-36, el test de Pfeiffer, el cuestionario GHQ-12, la escala HADS, el inventario STAXI, entre otras, los cuales miden el grado de deterioro cognitivo, la salud mental desde indicadores de depresión y ansiedad, la posibilidad de que la persona esté sufriendo un trastorno mental, el control de la ira, etc. Cada uno de estos indicadores se puede asumir como negativo frente a la conceptualización de la salud mental, dado que pretenden definirla a partir de la inexistencia de la enfermedad y anormalidad, además de evaluar y medir su

presencia por medio de pruebas estandarizadas que definen lo “normal” o “normativo” mediante un resultado exacto arrojado.

Ciertamente no se trata de desconocer que los factores fisiológicos participan en el desarrollo, intervención, prevención, de los procesos de salud y enfermedad. No obstante, existen otros factores intervinientes importantes. Estos factores, como las condiciones ambientales, por ejemplo, son abordados en conjunto por otras perspectivas de la salud mental. Es a razón de lo anterior que puede evidenciarse un aparente reduccionismo por parte de las investigaciones citadas. Este reduccionismo deberá ser superado para garantizar explicaciones más ajustadas a la realidad compleja de este fenómeno.

7.4. Omisión de la dimensión socioeconómica de la salud mental:

Se puede destacar que ninguna de las investigaciones aborda las inequidades en la salud mental, que apuntan hacia los factores socioculturales y socioeconómicos, necesarios para comprenderla integralmente. Como ejemplo de lo anterior, las investigaciones revisadas solamente mencionan el estatus socioeconómico como un factor sociodemográfico, no como una variable relevante e influyente y, menos aún, como un telón de fondo en relación con la enfermedad física.

Debido a que los estudios revisados en su mayoría son producidos en Colombia y teniendo en cuenta que las condiciones económicas tienen influencia sobre las enfermedades cardiovasculares específicamente, también se deberían considerar en los estudios cuestiones como la pobreza y el ambiente social (condiciones educativas y sanitarias), considerando que un acceso inadecuado al cuidado de la salud es probable que afecte negativamente el estado de salud mental. Esta relación es justificable dada la evidencia de un alto grado de comorbilidad entre trastornos físicos y mentales.

Los estudios que se revisaron para este trabajo indicaron que variables como la educación y la economía se reducían a características sociodemográficas o factores de riesgo para una baja adherencia a los tratamientos de los pacientes con ECV. Lo anterior indicó un patrón de factores socioeconómicos que se asociaban con las personas que padecían algún tipo de ECV. A pesar de esto, los estudios no mostraron interés en evaluar y analizar de qué manera estos factores se

deberían tomar en cuenta también como factores determinantes en la aparición de ECV y en las afectaciones en materia de salud mental.

7.5. Omisión de la conceptualización de salud mental

El concepto de salud mental no ha sido definido con precisión y de manera unívoca, sino que ha sido abordado desde diversas disciplinas, atribuyéndole distintas definiciones. Así, no es posible hablar de salud mental con una única definición, su significado pertenece a diversas concepciones filosóficas y epistemológicas (Restrepo y Jaramillo, 2012); por lo tanto, cuando se habla de este fenómeno, es posible que existan múltiples comprensiones, abordajes y planteamientos que emergen desde diferentes disciplinas, lo cual demuestra su carácter multidisciplinario.

Es así como en la presente revisión sistemática, se evidencia que el abordaje y conceptualización teórica que los autores le conceden a la salud mental, emerge a partir del uso de conceptos diversos tales como percepción de bienestar, calidad de vida, factores de riesgo, capacidad o funcionalidad que cada persona tiene cuando enferma, etc., lo cual demuestra la diferente terminología que se asocia a la salud mental como fenómeno, sin que ello implique ciertamente una conceptualización de la misma.

La salud mental no se conceptualiza en ninguna de las investigaciones, pues no se desarrollan ni ordenan las ideas o planteamientos de manera tal que permitan una mejor comprensión y definición del concepto de salud mental. En otras palabras, aunque la salud mental admita definiciones diversas debido a su multidisciplinariedad, esto no implica que no requiera ser definida al momento de su abordaje. Por todo lo anterior, se observa que el concepto de salud mental es de carácter inferencial, es decir, que los autores no lo desarrollan directamente, sino que es posible extraerlo de las características propias de la investigación.

8. Discusión

Los estudios revisados plantean que, dentro de los principales factores asociados a la salud mental y que tienen relación con el desarrollo de las ECV, se encuentran los factores de riesgo tradicionales y, consecuentemente, los estudios enfatizan en los cambios en los estilos de vida que los pacientes deben adoptar para mejorar su condición. Lo anterior implica que los tratamientos e intervenciones realizadas a estas personas, se enfocan fundamentalmente en factores individuales. Dicho de otra manera, el abordaje que se le da a la salud mental en investigaciones con pacientes con ECV, está centrado en una concepción de los hábitos de vida como asociados a problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental.

En este sentido, el concepto de salud mental, fundamentado en una lógica individualista y morbicéntrica (énfasis en la enfermedad mental, las emociones y las conductas negativas de los pacientes con ECV), tiende a ocultar los problemas sociales que pueden estar en la base o asociarse con la producción de unos ciertos patrones de salud-enfermedad mental, pues se plantea que el padecimiento de ECV se precipita también a partir del sufrimiento psicológico y la anormalidad del comportamiento.

Es importante recalcar que dentro de los diferentes criterios utilizados para diagnosticar a aquellas personas que tienen problemas de salud mental se establece, en ocasiones, una tendencia a enfocar los problemas psicológicos, cognitivos y/o afectivos. Esto se evidenció en los test o pruebas utilizadas en las investigaciones revisadas, dado que evaluaban estados del ánimo, características de la personalidad, creencias y actitudes en los participantes. Por lo tanto, es posible deducir una postura centrada en el modelo cognitivo-conductual para comprender la salud mental.

Siguiendo a Ressia et al. (2015), este tipo de enfoque relaciona la salud mental con estilos de vida saludables y la enfermedad como el resultado de comportamientos “inadecuados”. De esta manera, se habla de hábitos, conductas adaptativas, estructuras y procesos cognitivos que determinan la forma como las personas sienten, piensan y se comportan. Consecuentemente, las intervenciones y tratamientos apuntan a educar e instruir al sujeto para que cambie o reemplace sus comportamientos desadaptativos o problemáticos.

De igual manera, el modelo médico más hegemónico y tradicional se ha ocupado de fomentar este enfoque individualista de la salud, pues su abordaje ha sido reducido a criterios estrictamente médicos y a equiparar el concepto de enfermedad con el de salud. Además, la promoción y prevención se dirigen a evitar problemas de enfermedades antes que a incentivar el mejoramiento de la calidad de vida de las personas (Carranza, 2003).

De este modelo se deriva un enfoque biomédico de la salud mental, el cual se concibe a partir de dos características principales: la reducción de lo mental a un proceso biológico, cognitivo y comportamental, y la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad (Restrepo y Jaramillo, 2012). Así, se le otorga a la enfermedad o trastorno mental un lugar esencial para la concepción de la salud mental, medida de acuerdo al grado de funcionalidad o disfuncionalidad vital que adquiere la persona diagnosticada.

En este sentido, es posible problematizar las miradas hegemónicas de la salud mental encontradas como aspecto común en las investigaciones revisadas. A continuación, se analizan algunas particularidades de la postura individualista perteneciente al modelo cognitivo-conductual de la salud mental.

8.1. Énfasis en la noción de estilo de vida: una idea por trascender

Como bien se ha ido desarrollando a lo largo de este trabajo, las investigaciones que hicieron parte de la muestra han planteado principalmente resultados estadísticos en torno a identificar, estudiar y analizar factores de riesgo y cambios en los estilos de vida de las personas con ECV. Esto, con el fin de reducir o evitar su padecimiento. También, han destacado la responsabilización del individuo frente a su proceso de salud-enfermedad, y claramente sobre su salud mental. Al respecto Restrepo y Jaramillo (2012) plantean que la centralidad del concepto de estilo de vida como aspecto principal en las intervenciones e investigaciones sobre salud mental debe ser replanteado, pues la capacidad de las personas para tomar decisiones que les permitan proteger la salud mental y enfrentar la enfermedad, se encuentra condicionada por la disponibilidad

de recursos sociales y económicos con los que cuentan, y no solamente por sus creencias o su voluntad de cambiar los hábitos y/o estilos de vida.

De acuerdo con esto, es preciso decir que la mirada e intervención sobre la salud mental requieren de un marco integral que incluya también, como aspectos centrales, la economía y las estructuras sociales. Es decir, que se consideren también factores sociales de la vida de las personas. Al respecto, Ocampo (2018) señala que, aunque los estilos de vida tienen relación con aspectos conductuales, no se consideran estáticos o que dependan del “libre albedrío” de las personas; son, en cambio, la expresión del modo de vida de los grupos en los que los individuos están inmersos socialmente.

En las investigaciones revisadas, el conocimiento de los estilos de vida permite comprender el comportamiento de las personas en relación con los distintos riesgos para su salud, logrando así evidenciar una serie de prácticas que las personas realizan cotidianamente y que influyen en su estado de salud física. Desde esta perspectiva, la responsabilidad individual sigue teniendo un peso predominante en la toma de decisiones en salud para cada persona, no obstante, las circunstancias sociales y económicas son en gran medida influyentes en dicho proceso y están más allá del control individual.

No se trata de desconocer la implicación de los estilos de vida en el proceso de salud-enfermedad de las personas. Tampoco se puede desestimar que las investigaciones revisadas dieron a conocer resultados científicos en los que se demostró la relación que tienen ciertos estilos de vida poco saludables (malos hábitos alimenticios, alto sedentarismo, consumo de tabaco, etc.) con la aparición o predisposición a padecer algún tipo de ECV. Lo que aquí se pretende discutir es el notable énfasis que se le da a los estilos de vida como sinónimo de conductas de riesgo o factores causales de daño a la salud, y a la noción de enfermedad (más que a la de la salud), centrándose en los comportamientos individuales y en modificar o controlar el riesgo, desconociendo miradas fundamentales sobre los determinantes sociales de la salud.

Consecuentemente, el cambio que se pretende es del orden individual, orientado a los aspectos comportamentales y actitudinales que el individuo o paciente, en este caso, asume respecto a su propia salud; además de dirigir acciones a la modificación de aquellos estilos de vida

que son considerados como perjudiciales. El problema de este punto radica en que la mayoría de las investigaciones revisadas no cuestionan, desde ningún punto de vista, las relaciones sociales que conforman los modos de vida de los individuos y producen salud-enfermedad. A propósito, Ocampo (2018) refiere que es importante el:

Análisis de los procesos de estructuración al interior de las prácticas sociales que configuran los modos y estilos de vida de los grupos sociales y los sujetos que los integran, para entender que no es posible prescribir comportamientos ni hábitos “saludables”, pues sólo a partir de la comprensión de las diversas dinámicas sociales en cada una de las dimensiones en que se configuran, se entenderán las formas en que se generan y reproducen los comportamientos en salud y se toman decisiones al respecto. (p. 48)

Es fundamental darle prioridad a otras miradas menos individualistas que ayuden a comprender la complejidad del abordaje de la salud, en la medida en que esta es un fenómeno diverso, que involucra múltiples factores, los cuales deben ser tratados con igual protagonismo para buscar un conocimiento amplio y tan preciso como sea posible. Este conocimiento solo podrá lograrse si se considera la multidimensionalidad que encierra la salud.

8.2. Normalización y normatividad: el protagonismo de la enfermedad mental

A pesar de que en las investigaciones analizadas no existe una conceptualización de la salud mental, se logra observar que los autores abordan la enfermedad o trastorno mental como algo inherente a la comprensión de la salud mental. Hernández (2018) propone que esta última, leída desde un modelo biomédico e individualista de la salud, se centra en una diferenciación entre lo normal y lo patológico, lo funcional y lo disfuncional, toda vez que esta perspectiva explica la salud mental desde la ausencia de enfermedad, los criterios tradicionales de la medicina, el diagnóstico y la enfermedad mental.

Desde este punto de vista, Mebarak (2009) propone que un individuo es normal en la medida que muestre “la suficiente capacidad para relacionarse con su entorno de una manera flexible, productiva y adaptativa, y si sus percepciones de sí mismo y del entorno son constructivas

y promotoras de equilibrio propio” (p.89). Esta descripción destaca la manera en que se desarrolló implícitamente el concepto de salud mental en las investigaciones revisadas.

Los estudios seleccionados abordaron la relación existente entre los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y ciertos patrones “disfuncionales” de personalidad, con la predisposición y los factores de riesgo de padecer una ECV. Es así como dieron protagonismo a la enfermedad mental al hablar de salud mental, respecto del tratamiento e intervención para los pacientes con ECV.

En oposición a esto y en la actualidad, la salud mental se ha venido estudiando desde un paradigma más integral e incluyente, basado no sólo en el desarrollo de estilos de vida y de características personales, sino también de dimensiones sociales y laborales que apuntan a una idea más amplia del bienestar. Por esto, Carrasco y Yuing (2014) refieren que este paradigma pretende “intervenir las realidades psicosociales de los sujetos, a través de una vinculación con ellos y con sus entornos” (p.104). Esta postura propone un modelo de salud mental que trascienda lo psicopatológico e incluya una mirada más psicosocial.

No obstante, parte de los hallazgos en esta revisión sugieren que, en un contexto hospitalario y clínico, la salud mental sigue siendo reducida a factores tanto médicos como cognitivo-conductuales y al referente de enfermedad mental. Por esto, el abordaje que se le da a la salud mental en los estudios, es principalmente negativo, lo que alude a su énfasis en la psicopatología, en los trastornos mentales, en las emociones “negativas”; en el sufrimiento, las “anormalidades” y debilidades del ser humano. En consecuencia, sus intervenciones se orientan casi exclusivamente a cambiar las conductas, pensamientos o disfuncionalidades que perjudiquen la salud (Vásquez et al., 2017).

Teniendo en cuenta esto, no se debería entrar a estudiar e intervenir la salud mental de los pacientes con enfermedades físicas, a través de variables netamente biologiscistas, comportamentales o psicológicas, pues se deben considerar también los ambientes y entornos sociales, los cuales permitirán leer más ampliamente el contexto donde se desenvuelve el individuo. Es esta la opinión de Carrasco y Yuing (2014) al indicar que el modelo biomédico se reduce a prácticas tales como atender dentro del recinto hospitalario y no en los lugares donde viven o trabajan las personas, “pues centra su atención en los individuos sin prestar mayor atención

a sus entornos y enfocar la intervención en acciones propias de psiquiatras y psicólogos, es decir, en la administración de psicofármacos y psicoterapia” (p.102).

En este orden de ideas, es preciso analizar si es probable crear estrategias y programas que establezcan como base primordial el vínculo social y la interacción de las personas con sus ambientes más cercanos y consigo mismos. Además, es necesario promover un sistema de atención en salud mental que garantice que las personas y las comunidades encuentren maneras de sobrellevar su sufrimiento, recibir atención y tratar su padecimiento más allá de la formulación de medicamentos y el control conductual (Barrero, 2016).

Un aspecto hallado como consecuencia del énfasis de las investigaciones en la enfermedad mental es la psicomedicalización, un precepto heredado de la medicina tradicional que, por lo que parece, sigue demarcando un amplio terreno en los abordajes de la salud. El punto problemático es que, aparte de ser las ECV padecimientos físicos que requieren de la toma de medicamentos constantes para su tratamiento, se le adicionan otros diagnósticos como los trastornos mentales, que también suelen ser intervenidos a través de psicofármacos. Por ejemplo, la depresión y la ansiedad son factores de riesgo en la aparición de ECV, como la hipertensión arterial. Lo paradójico es que las ECV, predisponen a las personas a sufrir una enfermedad mental por las consecuencias emocionales que generan, como la pérdida de autonomía y el impedimento para la realización de actividades en diferentes ámbitos. Esto es visto como un círculo de enfermedad que se mantiene en las personas y que debe ser intervenido y/o tratado (Tolozá et al, 2007).

La prescripción de psicofármacos es entonces, el recurso más utilizado por la mayoría de los profesionales de la salud para el tratamiento de las enfermedades mentales en los pacientes con algún tipo de ECV. Eso genera una dificultad de acudir a otros modos para lidiar con este tipo de sufrimiento (depresión y/o ansiedad) que no necesariamente conlleven a los pacientes a la excesiva toma de medicamentos. Se observa así, el predominio de atención en salud desde una perspectiva clínica médica tradicional, en la que las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud resultan escasas y deficientes, al no conseguir ser realizadas interdisciplinariamente y centrándose en la formulación exclusiva de psicofármacos (Medeiros y Álvarez, 2016).

Es claro que las ECV requieren diferentes tipos de medicamentos para su tratamiento y manejo clínico. Sin embargo, lo que aquí se pretende problematizar es el exceso de medicación a estos pacientes, ya que al ser diagnosticados también con depresión, por ejemplo, pueden generar

dependencias, tanto de los profesionales como de los medicamentos, para restaurar su salud; también ir perdiendo poco a poco la capacidad de conducir su vida y tener autonomía para recuperarse (Medeiros y Álvarez, 2016).

Aguilar (2015) explica que el concepto de la medicalización de la vida define la irrupción de la medicina sobre aspectos de la sociedad que no corresponden necesariamente con patologías. Es decir, que la vida cotidiana de las personas y de la sociedad en general, se rige por principios y saberes de la medicina del momento. Este autor refiere que la medicalización de la vida apunta a los sobrediagnósticos, sobretratamientos, excesiva atención a factores de riesgo, etc., dando como resultado una sociedad hipermedicalizada. Al respecto, Stolkiner y Ardila (2012) comentan que:

(...) la construcción social de los problemas de salud está siendo reemplazada por la construcción corporativa de la enfermedad, lo que algunos autores denominan creación de enfermedades o “disease mongering” un proceso complejo que incluye desde generación de lenguajes hasta estrategias de mercado. A su vez, la salud se transforma en un imperativo, una nueva “moral de lo cotidiano” que pasa por el control del cuerpo y de los hábitos, proponiéndose como la “utopía de la época” (p. 64).

En este sentido, se recurre a los medicamentos no solamente ante una enfermedad sino también para “prevenir” riesgos y reducir cualquier tipo de malestar. Hoy la medicación no es necesariamente propuesta por un médico o personal de salud, sino que se publicita abiertamente para persuadir sobre su consumo, se vende sin prescripciones médicas y como elecciones de las personas para sentirse mejor en los diferentes ámbitos de sus vidas.

Stolkiner (2013) introduce el concepto de sufrimiento subjetivo como un referente para hablar de salud mental. Revela que el “sufrimiento psíquico” no se relaciona necesariamente a la enfermedad, es decir, no es un indicador de patología. Existen múltiples fuentes de malestar, muchas de ellas son propias de situaciones demandantes por las que los individuos pasan, y no implican una alteración o disfunción en la persona. Por lo tanto, estas situaciones que generan algún padecimiento no deben ser encasilladas como enfermedades o trastornos mentales, ni intervenidas como tal. La hipermedicalización se convierte en una etiqueta que diagnostica como patológicos sentimientos, emociones y comportamientos que no necesariamente representan anormalidades. De esta manera se llegan a confundir síntomas leves y ciertas emociones o sentimientos que traen las ECV con, por ejemplo, trastornos mentales. Esto hace que los médicos

o personal de salud, se vean en la necesidad de tratar también este tipo de diagnósticos, dejando pasar los aspectos de los determinantes sociales que también tienen gran peso.

No se trata de una negación de la enfermedad mental, sí de una alerta sobre la importancia de diferenciarla de formas de sufrimiento propias de las circunstancias vitales de los sujetos, que pueden ser resueltas por vías distintas a la psicomedicalización.

8.3 Limitada inclusión de los determinantes sociales

Dado que parte del contenido del presente trabajo tiene que ver con aspectos propiamente estudiados por la medicina tradicional (como las enfermedades crónicas cardiovasculares), es evidente cómo dentro de los estudios revisados se plantearon posturas teóricas dominadas por el modelo médico más hegemónico y tradicional. La Organización Panamericana de la Salud (1994) plantea que “la medicina dominante admite en su esquema causal explicativo que determinadas condiciones de vida, generalmente conceptualizadas como ‘estilos de vida’, tienen peso para la presentación de la enfermedad” (p. 2). Así, este modelo privilegia la intervención orientada a modificar las condiciones, capacidades y conductas individuales, por ejemplo, la modificación de estilos de vida, destacando y reforzando la práctica individualista de la salud-enfermedad. La OPS (1994) también señala que:

Como consecuencia de lo anterior se desprenden dos limitaciones teórico-metodológicas: en primer lugar, la condición de enfermar del sujeto aparece como directamente determinada por el perfil patológico dominante en el grupo social (...) Por otra parte, el punto de partida para la construcción de los perfiles sigue siendo el diagnóstico del médico clínico, como si este nivel fuera indiscutible desde el punto de vista teórico. De esta forma, la clínica aparece como un conocimiento consolidado e incuestionable y la discusión sólo se plantea desde este punto de vista. (p. 20)

Se observa en las investigaciones revisadas, un paradigma tradicional, biomédico y reduccionista en el que destaca cierta limitación del proceso salud-enfermedad y se mira con una posición teórica rígida, basada exclusivamente en enfermedad mental y factores de riesgo determinados por los estilos de vida. En efecto, se pueden hallar dos desarrollos implícitos de lo que los estudios revisados entienden por salud mental. Uno que aborda la salud mental y la enfermedad mental como fenómenos paralelos a las ECV, es decir, que se pueden presentar en

conjunto. La otra, se refiere a las acciones que deberían tomar los individuos para generar estilos de vida que prevengan la aparición o mantenimiento de las ECV.

Hoy en día, el paradigma de la medicina tradicional continúa dominando sobre otros modelos más psicosociales, pues esta revisión sistemática demuestra que el abordaje de salud mental concedido en la mayoría de los estudios se guía por este paradigma, el cual se encuentra fuertemente influenciado por el morbicentrismo.

Para contextualizar un poco, es pertinente conocer la lógica que caracteriza a este paradigma. En relación a esto, la OPS (1994) señala que este es, por un lado, individualista, ya que la salud y la enfermedad están determinadas por los recursos o deficiencias con las que cuente el individuo, y sus tratamientos constituyen intervenciones dirigidas exclusivamente también al individuo. Por otro lado, es ahistórico, dado que pretende ocultar la interacción del individuo con su medio, evitando distinguir las relaciones que hay entre las situaciones personales y el entorno global. Por último, se caracteriza por ser un modelo mercantilista, puesto que la salud es un bien o mercancía que tiene valor y puede comprarse (por ejemplo, consumiendo medicamentos).

Como bien se planteó en parte de los hallazgos, los factores socioeconómicos sólo se tuvieron en cuenta para realizar la caracterización de los participantes de la investigación, considerándolos únicamente como factores sociodemográficos y descriptivos. Sin embargo, es cuestionable observar que los resultados arrojados en los estudios indicaron que, la mayoría de personas con ECV que hicieron parte de las investigaciones, eran pacientes con bajo nivel de escolaridad (estudios básicos), con bajo nivel de ingresos económicos y, en algunos casos, desempleados. Así también, se encontró que la inadecuada relación médico-paciente y la disfunción familiar se relacionaban con la baja adherencia a los tratamientos.

Estos datos comunes en la mayoría de las investigaciones, no se presentaron como factores sociales que pudieran estar asociados a la promoción o deterioro de la salud de los individuos y los grupos sociales. Por esto se evidencia, en los estudios sobre salud mental y pacientes con ECV, un abandono de la notable influencia que mantienen los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud es un paradigma que aborda las inequidades en salud, las cuales surgen a partir de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Específicamente, se analizan las diferencias de salud por grupo étnico o por

factores socioeconómicos como ingresos y educación, pues estos son a menudo las fuentes de los problemas o diferencias que se presentan en salud. Esta perspectiva lo que busca es explicar las enfermedades desde causas más allá de una postura biomédica. “Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que está determinada en gran parte por los factores sociales en los cuales se vive y trabaja” (Carmona y Parra, 2015, p.609).

Los componentes sociales y fisiológicos tienen la misma importancia en el proceso salud-enfermedad, por eso el enfoque de los determinantes sociales se preocupa por la identificación e inclusión de los factores económicos, educativos, sociales, etc., cuando se estudia también la enfermedad. Este enfoque trata de integrar un modo de pensar acerca de las condiciones colectivas en las que se permita reconocer que los factores sociales se expresan también en las enfermedades físicas y en la psique humana (Álvarez, 2009). El hecho de que exista como denominador común los aspectos sociodemográficos y sociales ya señalados (desempleo, escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, dificultades familiares, etc.), hace necesario una profundización en el estudio del papel que juegan estos aspectos en el padecimiento de ECV para futuras investigaciones.

9. Conclusiones

Como características generales en los estudios, se encontró que en Latinoamérica el mayor productor de investigaciones sobre los abordajes de la salud mental en personas con ECV es Colombia, seguido de Chile y Argentina. Se evidencia que la población de sexo masculino y adulta mayor entre los 56 y 75 años tiene la mayor prevalencia de algún tipo de ECV. Además, la ECV más frecuente en los estudios fue la hipertensión arterial. Asimismo, la condición socioeconómica fue un aspecto común relevante en los estudios revisados, dado que, en su mayoría, los participantes consiguieron un nivel de escolaridad de estudios básicos, bajo nivel de ingresos económicos y desempleo, en algunos casos.

Aunque la salud mental no fue conceptualizada en ninguna de las investigaciones revisadas, se pudo inferir, desde las características propias de cada estudio (objetivos, instrumentos de medición, palabras claves, conclusiones, ideas principales, etc.), la perspectiva teórica predominante. De ahí que la perspectiva cognitiva-conductual sea el modelo desde donde la mayoría de las investigaciones comprenden y explican la salud mental.

En definitiva, las investigaciones dirigen especial atención a los factores de riesgo, como los estilos de vida poco saludables asociados a problemas de salud, atribuyéndoles la aparición y mantenimiento de las ECV. Los malos hábitos de vida (fumar cigarrillo, consumir alcohol o comer en exceso, etc.) se entienden como el resultado del comportamiento "inadecuado" del individuo, lo cual, por supuesto, no solo representa una perspectiva bastante limitada para explicar la patogénesis, sino también, trae como consecuencia una hiperresponsabilización de los sujetos, con todas las consecuencias que ello conlleva.

Según lo evidenciado en los hallazgos, en los contextos hospitalarios y clínicos, la salud mental es abordada preferencialmente desde factores cognitivo-conductuales y en referencia a la enfermedad mental, destacando el abordaje de la salud mental desde un modelo principalmente negativo, el cual hace énfasis en la psicopatología, los trastornos mentales, las emociones "negativas", el sufrimiento y las "anormalidades" del ser humano. En consecuencia, las intervenciones en salud mental se orientaron con exclusividad a la modificación de conductas, pensamientos y emociones (resaltando un enfoque individualista de la salud).

En la actualidad, el modelo médico tradicional domina considerablemente en la interpretación, comprensión e intervención de los fenómenos de la salud, toda vez que este modelo explica la salud desde la ausencia de enfermedad, criterios médicos, diagnósticos y enfermedades mentales, además de omitir los factores sociales y ambientales como participantes en los procesos de salud-enfermedad. La salud mental se entiende implícitamente (dado que no es conceptualizada ni definida completamente) como lo antagónico a la enfermedad mental; así, los estudios enfatizan en los trastornos mentales y anormalidades del comportamiento que limitan la salud mental.

Debido a lo anterior, las investigaciones revisadas excluyen la importancia de los determinantes sociales en la práctica clínica, planteándolos exclusivamente como características descriptivas de la población objeto de estudio. Si bien en los contextos hospitalarios son fundamentales los conocimientos médicos, no se puede hacer a un lado la necesidad de analizar, estudiar y ampliar la influencia de los determinantes sociales en la salud mental.

10. Limitaciones

En general, puede afirmarse que la principal limitación encontrada fue la escasa literatura. Durante la búsqueda bibliográfica se evidenció una limitada disponibilidad de investigaciones que abordan la salud mental en personas con ECV. A pesar de que se realizó dicha búsqueda en múltiples bases de datos y con diversas combinaciones de palabras clave, los resultados fueron pocos, limitando aún más la cantidad de artículos. Un factor agravante para lo anterior fue la exclusión de los artículos en inglés. Si se hubiera incluido este criterio, posiblemente la cantidad de artículos hallados hubiese sido mayor.

Finalmente, otra limitación significativa fue la dificultad para alcanzar el objetivo principal definido. Con este trabajo se pretendía describir los abordajes de la salud mental cuando ésta había sido incluida en los estudios sobre ECV. Sin embargo, como ya se especificó en los hallazgos, la mayoría de las investigaciones no conceptualizaban ni definían la salud mental. Esto implicó que el objetivo solo pudiese alcanzarse estableciendo relaciones entre las características y atribuciones que los estudios suponían a la salud mental, y las diferentes posturas teóricas directa o indirectamente asociadas a dichas atribuciones.

11. Recomendaciones

Se sugiere que la salud mental en ámbitos en los ámbitos de los estudios sobre patologías físicas, sea pensada desde modelos más integrales, donde se propongan los aspectos sociales como un tema importante, necesario y no excluyente de los procesos de salud-enfermedad. De esta manera, probablemente se podrían mejorar también los tratamientos en intervenciones para los pacientes con otras patologías como, por ejemplo, las ECV. Las explicaciones de la enfermedad no deberían atribuir la responsabilidad solamente del individuo y tampoco deberían reducirse a un modelo morbicentrista, que se ha sobrepuesto tradicionalmente a otros modelos más sociales. Es conveniente comenzar a atribuir a los determinantes sociales la relevancia que poseen en relación con la salud mental.

Referencias

- Alvarado, C; Jaramillo, M; Matijasevic, E; Rendón, I., Quitian, J. (2012). Estudio poblacional de factores de riesgo cardiovascular relacionados con el estilo de vida, hallazgos electrocardiográficos y medicación actual de pacientes valorados por el servicio de Cardiología. *Rev. Cardiología del Adulto*, 61-71. <https://acortar.link/afLNnT>.
- Andrade, B., & Céspedes, V. (2017). Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enfermería Universitaria*, 266-276. <https://acortar.link/gAu7S8>.
- Arráez, M., Calles, J., & Moreno, L. (2006). La Hermenéutica: una actividad interpretativa. *Revista Universitaria de Investigación*, 171-181. <https://acortar.link/QxddcH>.
- Barrero, A. (2016). Perspectiva de la salud mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. *Revista Poiésis*, 72-77. <https://acortar.link/SYAuo2>.
- Beltrán, G. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 20 (1), 60-69. <https://acortar.link/S9uvC>.
- Beratarrechea, A. (2010). Las enfermedades crónicas (primera parte). *Evid Act Pract Ambul*, 6873. <https://acortar.link/mQBbOd>.
- Buendía, J. (2012). Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. *Revista Biomédica*, 578-584. <https://acortar.link/nwYDYk>.
- Campo, A., & Cassiani, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Colombiana. Psiquiatría*, 598-613. <https://acortar.link/td2kMS>.
- Carissa F. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Rev Panam Salud Pública*. <https://acortar.link/s0WQqK>.
- Carmona, Z., Parra, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte. Barranquilla*. 608-620. <https://acortar.link/SuaOoV>.
- Carranza, V. (2003). El Concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Revista Ajayu*. 2-19. <https://acortar.link/UkuVa9>.
- Carrasco, J. y Yuing, T- (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 98- 108. <https://acortar.link/AcxkcG>.
- De La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *journal of negative and no positive results*, 81-90. <https://acortar.link/X9KwHO>.

- Esmite, N., Pouso, J., Reinoso, J., Gutiérrez, F., Ruso, N., Bigalli, D. (2015). Percepción de calidad de vida antes y después de la cirugía de revascularización miocárdica. *Rev. Urug Cardiol*, 268-279. <https://acortar.link/xq1ZpP>.
- Funk, Michelle, Drew, Natalie, Freeman, Melvyn, Faydi, Edwige & Organización Mundial de la Salud. (2010). Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable/ Michelle Funk Organización Mundial de la Salud. <https://acortar.link/QUyoLw>.
- Galeano, M. (2004). Diseños de proyectos en investigación cualitativa. *Medellín: Fondo editorial Universidad EAFIT*. <https://acortar.link/tgICbb>.
- Galeano, M. (2004). Estrategias de investigación social cualitativa. Medellín: La Carreta Editores E.U. <https://acortar.link/0kxWKB>.
- García, A., Coromoto, N., Ramos, M., Villalobos, M., Soltero, I., & Aguilar, R. (2014). Crecimiento y nutrición en la infancia y riesgo para enfermedad cardiovascular en la adultez. *Consenso de nutrición*, 190-201. <https://acortar.link/F6vSUf>.
- García, F. (1998). La propuesta biopsico-social del ciudadano sano. *Revista de psicología general y aplicada*. 269-278. <https://acortar.link/8n1YK2>.
- García, G., Alcalá, D., Palota, L., Bernardi, C., Pinto, M., Paiva, L. (2018). Relación entre sintomatología ansiosa, depresiva y compulsión alimenticia en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2-9. <https://acortar.link/3zxgeY>.
- García, V., Rojas, L., Silva, J. (2018). Depresión y trastornos del sueño relacionados con hipertensión arterial: un estudio transversal en Medellín, Colombia. *Rev Colombiana de Psiquiatría*. 2-7. <https://acortar.link/1CHc3k>.
- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C., & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud mental como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 128 - 143. <https://acortar.link/YH5TjN>.
- Gómez, A. (2007). Salud física y salud mental. Un binomio indisoluble. *Farmacia Profesional*, 53-56. <https://acortar.link/UJH9gv>.
- Hernández, D. (2018). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia*, 929-942. <https://acortar.link/sFX8wg>.
- Jean, E., Braune, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 178-185. <https://acortar.link/kXpIks>.
- Jordá, A. (2019). Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo psicosociales papel de la psicología clínica en la salud cardiovascular. Alicante: Área de innovación y desarrollo social, SL. <https://acortar.link/KrFxOk>.
- Keegan, E. (2012). La salud mental en la perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 52-56. <https://acortar.link/Cf3VCw>.

- Letelier, L., Manríquez, J., y Rada, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Rev. méd. Chile*, 37-39. <https://acortar.link/IuFc60>.
- López, P. (2017). De la medicina tropical a la medicina de la vida moderna: riesgo cardiovascular. *Biomédica, Revista Nacional de Salud. Bogotá*. 1-148. <https://acortar.link/7ynIJn>.
- Macaya, X., Vyhmeister, R., Benjamin, P. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Revistas Humanidades Médicas*, 215-232. <https://acortar.link/egcwaX>.
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M., Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 83-112. <https://acortar.link/dalpeJ>.
- Medeiros, L., Álvarez, P. (2016). Los trastornos mentales comunes y la medicalización: Una perspectiva a partir de la etnografía institucional. *Revista San Gregorio*. 7-15. <https://acortar.link/zMp7Lv>.
- Mendoza-Parra S, Merino JM, Barriga OA. (2009). Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. *Rev Panam Salud Publica*, 105–12. <https://acortar.link/xWIN6l>.
- Ministerio de Educación. (2019). Módulo de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Bogotá: Saber Pro y TyT. Dirección de Evaluación. <https://acortar.link/HA3gD9>.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2014). ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Bogotá: Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. <https://acortar.link/VIKZe>.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2017). Guía metodológica para el observatorio nacional de salud mental. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. <https://acortar.link/MdWshs>.
- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopías y Praxis Latinoamericana*, 1-6. <https://acortar.link/vj0n20>.
- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellas, J., Domanancic, S., Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Rev. Clin. Periodoncia Implantoll. Rehabil. Oral*, 184-186. <https://acortar.link/aFzIQi>.
- Muñoz, C., Diego, R., & Doris, C. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Panamericana Salud Pública*, 166-173. <https://acortar.link/qAHw45>.
- Oblitas, L. (2010). Psicología de la salud y calidad de vida. *Estimados amigos*, 37. *Learning*. <https://acortar.link/AP247E>.
- Ocampo, D. (2018). Una mirada crítica al discurso educativo sanitario de los estilos de vida saludables. *Revista de la facultad de ciencias médicas*. 42-51. <https://acortar.link/7Pk3sz>.
- Organización de Naciones Unidas. (10 de octubre de 2020). *2020: Un año desafiante para la salud mental*. <https://acortar.link/mqgeBe>.

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Francia: OMS. <https://acortar.link/DqJCts>.
- Organización Mundial de la Salud. (27 de agosto de 2020). *Comunicados de Prensa*. Obtenido de <https://acortar.link/jJZfU1>.
- Organización Mundial de la Salud. (3 de octubre de 2019). *Centro de Prensa*. Obtenido de <https://acortar.link/FEVvvn>.
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de <https://acortar.link/SBYQ0>.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C: OPS.
- Pacheco, G., Bautista, S., & Ferrer, R. (2018). Los problemas sociales y el impacto en el desempeño académico: estudio de caso de estudiantes en lengua inglesa. *Boletín Redipe*, 171-185. <https://acortar.link/uEG9Pk>.
- Quiroz, S., Agudelo, D., Lucumi, D., Mentz, G. (2019). Asociación entre marcadores de posición social y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Colombia. *Rev Chil Salud Pública*, 11-22. <https://acortar.link/kQMGg6>.
- Ramos, S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicada a la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 511-526. <https://acortar.link/3I4o1E>.
- Ressia, A., Valle, I., Sánchez, M. (2015). Una aproximación a las concepciones de salud mental en profesionales de la salud en la ciudad de San Luis. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología*. 86-89. <https://acortar.link/V3j6WI>.
- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 202-211. <https://acortar.link/E2TrF0>.
- Rodríguez, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *pers.bioét*, 192-204. DOI: 10.5294/PEBI.2016.20.2.6.
- Rogers, H., Lemos, M., Cuartas, V., Arango, J. (2018). Síntomas de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 53-61. <https://acortar.link/NSsNuu>.
- Sánchez, A., & Bobadilla, M. (2016). Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Cardiología*, 98-102. <https://acortar.link/QlmkK0>.
- Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, O., Romero, T. (2014). Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Rev. med. Chile*. 1245-1252. <https://acortar.link/VC5Ouo>.

- Serra, M., Serra, M., & Viera, M. (2018). Las enfermedades crónicas o transmisibles: magnitud actual y tendencias. *Revista Finlay*, 140-148. <https://acortar.link/wiOcL>.
- Smith, p., & Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Rev Esp Cardiol*, 924-933. <https://acortar.link/xK1mAi>.
- Stein, A., Molinero, O, Salguero, A., Correa, M., Márquez, S. (2013). Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria. *Rev. Cuadernos de Psicología del Deporte*, 109-116. <https://acortar.link/neDrPw>.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP. <https://acortar.link/E7smLX>.
- Stolkiner, A., Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Revista Argentina de psiquiatría*, 57-67. <https://acortar.link/jGqvXm>.
- Tobo, N., Canaval, G. (2010). Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. *AQUICHAN*. 19-33. <https://acortar.link/TVQ6AE>.
- Torres, Y. (2018). Costos asociados con la Salud Mental. *Ciencia. Salud*, 182-187. <https://acortar.link/02c0EK>.
- Urra, E., Barría, R. (2010). La revisión sistemática y su relación con la práctica basada en la evidencia en salud. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 2-8. <https://acortar.link/Eo6k86>.
- Varela, M. (2010). El concepto de salud y enfermedad: una nueva perspectiva. *Encuentros Multidisciplinarios*, 1-7. <http://hdl.handle.net/10486/679231>.
- Vargas, R; Ordoñez, P; Montalvo, O; Diaz, V. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto. *Revista ciencia y cuidado*. 40-50. <https://acortar.link/wNzh15>.
- Varleta, P., Akel, C., Acevedo, M., Salina, C., Pino, J., Opazo, V., García, A., Echevoyen, C., Rodríguez, D., Gramusse, L., Leon, S., Cofré, P., Hernández, H., Neira, P., Retamal, R., Petit, G., Moya, N. (2015). Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*, 569-576. <https://acortar.link/JFAhy7>.
- Vásquez, J., Pando, M., Rodriguez, C., Preciado, M., Orozco, M., Gonzales, M, Vásquez, C. (2017). Salud Mental Positiva Ocupacional: propuesta de un modelo teórico para el abordaje positivo de la salud mental en el trabajo. *Saude soc*, 584-595. <https://acortar.link/aSedfx>.
- Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. (2015). Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 51-7. <https://acortar.link/8Bw0XO>.

- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 41-50. <https://acortar.link/vBnwL7>.
- World Health Organization. (2004). Invertir en salud mental. Organización Mundial de la Salud. <https://acortar.link/xrsd0q>.
- Zambrano R, Duitama J, Posada J, Flórez J. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 163-174. <https://acortar.link/EG4IZv>.

Anexo. Matriz de artículos seleccionados

Código Artículo	Base de datos	Título	Palabras clave	País	Patología	Año
1	LILACS	Sobrevida y calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica egresados de una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel	Sobrevida, Cuidados intensivos, Calidad de vida, Cardiopatía isquémica	Costa Rica	Cardiopatía isquémica	2016
2	LILACS	Agregación familiar en pacientes con hipertensión arterial	Hipertensión arterial; Agregación familiar; Factores de riesgo; Enfermedad multifactorial; Enfermedad completa; Herencia poligénica	Cuba	Hipertensión arterial	2017
3	LILACS	Calidad de vida en adultos pos infartados de la unidad cardiovascular del hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco	Calidad de vida; Enfermedad coronaria; Infarto agudo de miocardio; Enfermería cardiovascular	Chile	Infarto agudo de miocardio	2017
4	LILACS	Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes Postinfarto de miocardio	percepción, calidad, rol, salud mental, salud física	Colombia	Postinfarto de miocardio	2008
5	LILACS	Percepción de calidad de vida antes y después de la cirugía de revascularización miocárdica	Calidad de vida, revascularización miocárdica, cardiopatía isquémica	Uruguay	Cirugía de miocardio	2015
6	PubMed	Asociación entre depresión mayor e hipertensión arterial en una población colombiana	Hipertensión, Depresión, Adherencia, Tratamiento	Colombia	Hipertensión arterial	2020

7	ScienceDirect	Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena	Apoyo social, Hipertensión, Diabetes mellitus, Enfermedades cardiovasculares, Atención primaria, Determinantes sociales de la salud	Chile	Hipertensión arterial	2014
8	PubMed	Depresión y trastornos del sueño relacionados con hipertensión arterial: un estudio transversal en Medellín, Colombia	Hipertensión, Trastornos del sueño, Psiquiatría, Depresión Epidemiología	Colombia	Hipertensión arterial	2008
9	SciELO	Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile	Cooperación del paciente; Enfermedades cardiovasculares; Atención primaria de salud	Chile	Enfermedad cardiovascular	2015
10	LILACS	Asociación entre marcadores de posición social y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Colombia	Estatus económico, Etnia, Adherencia al tratamiento, Hipertensión arteria	Colombia	Hipertensión arterial	2019
11	LILACS	Factores psicológicos de riesgo en adolescentes hipertensos esenciales	Hipertensión arterial, adolescencia, factores de riesgo psicológicos.	Cuba	Hipertensión arterial	2015
12	LILACS	Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana	Antihypertensive Agents; Hypertension; Medication Adherence; Patient Compliance.	Chile	Hipertensión arterial	2015
13	LILACS	Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva	Hipertensión; conocimientos, actitudes y práctica en salud; cumplimiento con la medicación, salud pública, Colombia.	Colombia	Hipertensión arterial	2012
14	LILACS	Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile	Negativa del paciente al tratamiento, hipertensión, factores de riesgo, salud del anciano, Chile.	Chile	Hipertensión arterial	2009

15	LILACS	Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile	Antihypertensive agents, Patient compliance, hypertension, primary health care.	Chile	Hipertensión arterial	2014
16	SciELO	Relación entre sintomatología ansiosa, depresiva y compulsión alimenticia en pacientes con enfermedades cardiovasculares	Trastorno por Atracón; Ansiedad; Depresión; Enfermedades Cardiovasculares; Obesidad; Evaluación en Salud.	Brasil	Enfermedades cardiovasculares	2018
17	SciELO	Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial	Hipertensión arterial, ira, ansiedad, depresión	Colombia	Hipertensión arterial	2009
18	Ebsco	Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria	Enfermedad coronaria, emociones, sentimientos, estrés, riesgo, promoción de la salud, prevención	Colombia	Enfermedad coronaria	2010
19	ScienceDirect	Efectos de la rehabilitación cardiaca en el paciente cardiovascular con ansiedad y depresión	Rehabilitación; Ejercicio; Enfermedad cardiovascular; Desórdenes de ansiedad; Desórdenes depresivos	Colombia	Hipertensión arterial	2019
20	Dialnet	Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares	Estrés; Estudiantes de medicina; Ansiedad; Depresión; Afrontamiento	Colombia	Enfermedad cardiovascular general	2018
21	Ebsco	Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia.	Profesores de educación básica, salud mental, estrés psicológico, presión sanguínea	Colombia	Hipertensión arterial	2009

22	SciELO	Morbilidad cardiovascular por autoreporte y su asociación con factores biopsicosociales en el Tolima	Enfermedad cardiovascular, prevalencia, auto-reporte, factores de riesgo, enfermedades no transmisibles.	Colombia	Hipertensión arterial	2014
23	Dialnet	Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular	Malestar psicológico, Angustia, Ansiedad, Depresión, Hostilidad	Argentina	Enfermedad cardiovascular general	2015
24	Dialnet	Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca	Factores psicosociales, enfermedad coronaria, cardiología conductual, emociones negativas.	Argentina	Enfermedad coronaria	2011
25	Dialnet	Factores Psicosociales Relacionados con la Hipertensión Arterial Esencial desde una Perspectiva de Género	Hipertensión arterial esencial - factores psicosociales - género.	Argentina	Hipertensión arterial	2013
26	ScienceDirect	Impacto de 6 semanas de rehabilitación cardiaca en la capacidad funcional y en la calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiovasculares	Capacidad funcional, Rehabilitación cardiaca, Enfermedades cardiovasculares, Test de caminata de 6 minutos, Calidad de vida	Colombia	Enfermedad cardiovascular general	2014
27	Redalyc	Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria	Actividad física, Enfermedad coronaria, Depresión, Bienestar psicológico	Chile	Enfermedad coronaria	2013
28	Dialnet	Síntomas de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con cardiopatía isquémica	Depresión, Cardiopatía isquémica, Psicología de la Salud, Factores psicosociales	Colombia	Cardiopatía isquémica	2018
29	LILACS	Asociación entre evento coronario y factores de riesgo psicosociales: agotamiento vital, ansiedad e ira en una población de Argentina	Agotamiento vital, Ansiedad, Ira, Eventos coronarios.	Argentina	Enfermedad Coronaria	2013
30	Ebsco	Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular	Malestar psicológico, Angustia, Ansiedad Depresión, Hostilidad	Argentina	Enfermedad cardiovascular general	2015

31	LILACS	Factores emocionales e hipertensión esencial	Ansiedad, Cólera, Defensividad, Hipertensión esencial	Chile	Hipertensión arterial	2004
32	LILACS	Influencia de los factores psicosociales sobre el estado clínico de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica manejados en una unidad multidisciplinaria	Falla cardíaca, Programa de gestión de patología crónica, Deterioro cognitivo, Depresión	Colombia	Insuficiencia cardíaca	2011
33	ScienceDirect	Barreras para la participación en programas de rehabilitación cardíaca en pacientes sometidos a revascularización percutánea por enfermedad coronaria	Enfermedad coronaria, Rehabilitación, Angioplastia, Prevención	Colombia	Enfermedad Coronaria	2014
34	ScienceDirect	Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento	Enfermedades cardiovasculares; Adherencia al tratamiento; Confiabilidad; Colombia	Colombia	Enfermedad cardiovascular general	2017
35	ScienceDirect	La educación a pacientes y su corresponsabilidad como herramientas terapéuticas	Factores de riesgo cardiovascular; Enfermedad cardiovascular; Tratamiento	Colombia	Enfermedad cardiovascular general	2016
36	Redalyc	Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca	Factores psicosociales, Enfermedad coronaria, Cardiología conductual, Emociones negativas.	Argentina	Enfermedad coronaria	2011
37	ScienceDirect	Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca basado en ejercicio sobre la capacidad física, la función cardíaca y la calidad de vida, en pacientes con falla cardíaca	Falla cardíaca, Rehabilitación cardíaca, Ejercicio, Capacidad física, Función cardíaca, Calidad de vida	Colombia	Enfermedad coronaria	2011

38	ScienceDirect	Estudio poblacional de factores de riesgo cardiovascular relacionados con el estilo de vida, hallazgos electrocardiográficos y medicación actual de pacientes valorados por el servicio de Cardiología	Hipertensión arterial, factores de riesgo, Electrocardiografía, Servicio de cardiología, Tabaquismo, Enfermedad cardiovascular	Colombia	Hipertensión arterial	2012
39	ScienceDirect	Depresión en la mujer	Mujer, Enfermedad cardiovascular, Depresión, Estrés	Colombia	Enfermedad cardiovascular general	2017
40	Dialnet	Calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular: análisis de trayectorias por sexo y síntomas depresivos	Enfermedad cardiovascular, calidad de vida, depresión	Colombia	Cardiopatía isquémica	2012
41	Redalyc	La salud cardiovascular y su relación con los factores de riesgo psicosociales en una muestra de personas empleadas en Puerto Rico	Salud cardiovascular, Factores de riesgo psicosociales, Bienestar psicológico	Puerto Rico	Enfermedad cardiovascular general	2014
42	Dialnet	Tensión psíquica e intervención de enfermería en el paciente crítico después de una cirugía cardiovascular	Enfermería de cuidados críticos, Enfermería Cardiovascular, Estrés Psicológico, Factor predisponente, Atención dirigida al paciente	Cuba	Cirugía cardiovascular	2015
43	ScienceDirect	Estudio EPRAS: estudio poblacional del riesgo cardiovascular de una población colombiana	Hipertensión arterial, Tabaquismo, Enfermedad cardiovascular, Hipercolesterolemia, Sedentarismo	Colombia	Hipertensión arterial	2014
44	Dialnet	Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular	Rehabilitación cardiovascular, Estrategias de afrontamiento, Creencias sobre la enfermedad, Calidad de vida relacionada con la salud	Colombia	Enfermedad cardiovascular general	2015

45	SciELO	Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad	Ansiedad; Sobrepeso; Obesidad.	Chile	Enfermedad cardiovascular general	2009
----	--------	--	--------------------------------	-------	-----------------------------------	------
