

Categoría: Congreso Científico de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2023

ORIGINAL

Arterial hypertension and erectile dysfunction: an experience in the study of their comprehensive care

La hipertensión arterial y la disfunción eréctil: una experiencia en el estudio de su atención integral

Yuniel Abreu Hernández¹  , Yoanka Cañizares Gorrín¹  , Lisset Arnaud-López¹ 

¹Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba.

Citar como: Abreu Hernández Y, Cañizares Gorrín Y, Arnaud-López L. La hipertensión arterial y la disfunción eréctil: una experiencia en el estudio de su atención integral. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias 2023; 2:476. <https://doi.org/10.56294/sctconf2023476>

Recibido: 08-06-2023

Revisado: 07-08-2023

Aceptado: 09-10-2023

Publicado: 10-10-2023

ABSTRACT

At present, the issues related to arterial hypertension and erectile dysfunction constitute one of the phenomena that have attracted most attention in the last five years, due to their prevalence. This complex comorbidity, due to its psychological, physiological and medical implications, requires comprehensive in-hospital and out-of-hospital care. The primary purpose of the research was to identify the main categories that should be considered in the design of a comprehensive care process for patients with arterial hypertension and erectile dysfunction. A mixed methodology was used, with qualitative predominance. The process was divided into two stages, the first for the implementation of a grounded theory design and the second for a descriptive exploratory cross-sectional study. The main results show the need to further explore the etiology of both disorders and the physiopsychological nature of comorbidity. In addition, categories were identified that point towards the importance of disease critique and treatment adherence, multi- and interdisciplinary care with designed linkage of multimodal treatments. The study revealed the need for specialized tools and comprehensive medical and psychological care to improve patients' quality of life.

Keywords: Arterial Hypertension; Erectile Dysfunction; Comprehensive Care.

RESUMEN

En la actualidad, las temáticas vinculadas a la hipertensión arterial y la disfunción eréctil constituyen uno de los fenómenos que más han llamado la atención durante el último lustro, debido a su prevalencia. Esta compleja comorbilidad, por sus implicaciones psicológicas, fisiológicas y médicas, requiere de una atención integral intra y extra-hospitalaria. El propósito primordial de la investigación fue identificar las principales categorías que deben ser consideradas en el diseño de un proceso de atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil. Se empleó una metodología mixta, con predominio cualitativo. El proceso se dividió en dos etapas, la primera para la implementación de un diseño de teoría fundamentada y la segunda para un estudio transeccional

exploratorio descriptivo. Los principales resultados evidencian la necesidad de explorar con mayor detenimiento la etiología de ambos trastornos y la naturaleza fisio-psicológica de la comorbilidad. Además, se identificaron categorías que apuntan hacia la importancia de la crítica de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, la atención multi e interdisciplinar con vinculación diseñada de tratamientos multimodales. El estudio reveló la necesidad de contar instrumentos especializados y una atención médica y psicológica integrales para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Hipertensión Arterial; Disfunción Eréctil; Atención Integral.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de muerte en el mundo a edades tempranas y entre el conjunto de factores de riesgos cambiables más prevalentes destaca la hipertensión arterial, como la tercera causa de fallecimiento en el mundo, destacando la siguiente estadística, y es que una de cada ocho muertes a nivel mundial ocurre debido a la hipertensión arterial.^(1,2,3,4,5,6) Esta puede ser identificada de manera sencilla a través de métodos no invasivos. Diversas investigaciones, las cuales incluyen estadísticas poblacionales han evidenciado que la prevalencia de hipertensión arterial en personas con una edad por encima de los 35 años equivale al 41 %, de las cuales solo el 46,5 % tiene conocimiento de ser hipertensos y de ellos el 87,9 % está bajo tratamiento farmacológico, sin embargo, solo el 32,5 % de las personas que reciben tratamiento están bien inspeccionadas, lo que equivale apenas el 18 % del control global.^(7,8,9,10,11)

En este contexto, a nivel mundial se estimaron cerca 422,7 millones los casos relacionados a enfermedades cardiovasculares durante el año 2015, reflejando un aumento significativo de la mortalidad debido a esta enfermedad. De esta manera, mientras la mortalidad fue de 12,59 millones en los años 90 del pasado siglo, en el año 2015 creció a 17,92 millones.⁽¹²⁾ De igual forma, se calculó una incidencia de 5,39 millones vinculado a accidente cerebrovascular isquémico agudo y de 3,58 millones para accidente cerebrovascular hemorrágico y de otro tipo, para un total de 43 millones aproximadamente de casos de accidente cerebrovascular.⁽¹³⁾

Durante los últimos 10 años, se ha evidenciado que los estudios referidos a las enfermedades cardiovasculares, concretamente, las que han sido enfocadas al tema de la hipertensión arterial han acaparado un gran número de miradas debido a la incidencia que poseen actualmente en la mortalidad de la población a nivel mundial.⁽¹⁴⁾ Disímiles han sido los autores que han hecho alusión a este tema. En general, estos autores coinciden en la importancia que posee hoy en día enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y como este padecimiento se ha convertido en una de las principales causas de muerte a nivel global en edades adultas.⁽¹⁵⁾

A medida que el organismo se desarrolla y alcanza su estado adulto, comienza a existir un aumento en la rigidez de la pared arterial, lo que trae como resultado un incremento de la presión arterial sistólica (PAS) mientras que la presión arterial diastólica (PAD) se conserva constante. Mientras más edad logra alcanzar la persona, la prevalencia de la HTA también aumenta.^(16,17,18,19,20,21,22) Las estadísticas en los últimos años hacen alusión a que el 65 % de las personas mayores de 60 años y más del 70 % de los mayores de 85 años poseen un riesgo alto de ser afectados por esta condición.⁽²³⁾ A su vez, un método de vida sedentario equivale al cuarto factor de riesgo de mortalidad en el mundo y cada vez es más irrisoria todo lo referente a la actividad física (AF). Se conoce que al menos un 60 % de la población mundial no practica las actividades físicas necesarias que pueden complementar su estado de vida y, por tanto, ayudar a prevenir esta enfermedad.⁽²⁴⁾

Según Ramírez et al.⁽²⁵⁾ la práctica del ejercicio físico brinda beneficios múltiples en el bienestar de las personas, y sus efectos positivos también ayudan a personas que manifiestan diversas enfermedades

y, a su vez, ejerce la función de mecanismo preventivo de diferentes enfermedades, procesos vinculados al envejecimiento, así como parte del tratamiento de varias enfermedades. En este sentido, la práctica de actividades físicas mejora considerablemente el estado de salud de las personas que poseen afectaciones cardiovasculares.⁽²⁶⁾

Por otra parte, Cruz-Aranda⁽²⁷⁾ ha manifestado que el aumento significativo de las cifras de tensión arterial a lo largo de los años equivale a uno de los factores relacionados específicamente con el envejecimiento. En ese sentido, este autor declara que estos factores en muchas ocasiones tienen que ver con las interrelaciones que establecen las personas con el medio que los rodea, así como las relaciones sociales entre las mismas personas.

Según Baglietto-Hernández et al.⁽²⁸⁾ en los datos esclarecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha podido evidenciar que, la hipertensión arterial constituye en nuestros días, una de las problemáticas de salud que más incidencia tiene en países desarrollados y subdesarrollados. De esta manera, es fundamental que la población general la conozca, esté orientada y exista una educación respecto a este tema, logrando la detección a tiempo y, por ende, tener un mejor control de su estado de salud. De acuerdo con estos datos, más de uno de cada cinco adultos padece de hipertensión arterial, este trastorno es el principal responsable de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatías. Todos los efectos negativos derivados del padecimiento de la hipertensión arterial son la causa de 9,4 millones de muertes cada año en el mundo.⁽²⁹⁾

El conocimiento de estos aspectos no es exclusivo sólo de los doctores, los pacientes deben conocer desde aspectos epidemiológicos hasta terapéuticos, así como nutricionales.⁽³⁰⁾ En los tiempos convulsos que se suceden, el crecimiento acelerado en la prevalencia de padecimientos crónicos en adultos como lo es la hipertensión arterial desplaza y supera la prevalencia de otras enfermedades transmisibles.⁽³¹⁾ Es por ello que debe realizarse una labor sistemática que esté dirigida no solo al estudio de diversas afecciones perjudiciales para el ser humano, sino que desde las enseñanzas básicas debe existir una labor educativa y orientadora que prepare al hombre joven para la vida futura, una vida sana que le permita desempeñar actividades físicas y una alimentación adecuada que contribuya a un mejoramiento de su calidad de vida, fundamentalmente en edades avanzadas.⁽³²⁾ No obstante, es importante resaltar que, junto a las afecciones de hipertensión arterial se suma otro padecimiento como resultados de las enfermedades cardiovasculares, el cual al igual que la hipertensión arterial, ocupa gran importancia en la población.⁽³³⁾

En este contexto, se puede apreciar otra de las afectaciones derivadas como consecuencia de padecimientos cardiovasculares. Tal es el caso de la disfunción eréctil, la cual afecta a un porcentaje significativo de la población masculina a nivel mundial.⁽³⁴⁾ Son bien conocidas las complicaciones originadas a través de enfermedades como la diabetes mellitus como cardiopatía y neuropatía, no obstante, existen algunas que, aunque no afectan de forma drástica la vida de la persona pueden ser incluso más habituales, como es el caso de la disfunción eréctil, la cual ronda sobre el 50 % de prevalencia en aquellos pacientes diabéticos masculinos.^(35,36,37) En la actualidad, la disfunción eréctil es considerada un marcador de enfermedad cardiovascular, es decir, un paciente joven que presente disfunción eréctil tiene mayores probabilidades de padecer alguna de estos padecimientos cardio metabólicos. Por tanto, se evidencia la relación entre estas dos afecciones, pues un paciente que padezca de hipertensión arterial tiene grandes probabilidades de padecer, a su vez, de disfunción eréctil.⁽³⁸⁾

A su vez, variados han sido los estudios que han abordado esta problemática, estos autores han manifestado que las afectaciones provocadas por las enfermedades cardiovasculares pueden derivar en problemas de disfunción eréctil.^(39,40) De esta manera, debe propiciarse una orientación educativa en la comunidad masculina para el bienestar de su salud, y así prevenir estas afecciones.⁽⁴¹⁾

Sandoval-Salinas et al.⁽⁴²⁾ han expresado que la disfunción eréctil puede definirse como la incapacidad constante de lograr y mantener una erección que pueda ser suficiente para permitir una relación sexual grata. Por tanto, Es una condición vinculada específicamente con aspectos orgánicos o de índole

psicológico que tiene una repercusión importante en la calidad de vida de las personas que sufren esta afección y de su pareja.⁽⁴³⁾

De esta manera, es evidente la correspondencia que existe entre los factores que acrecientan los riesgos cardiovasculares y la estancia de disfunción.⁽⁴⁴⁾ Estudios recientes han evidenciado cómo la disfunción eréctil puede llegar a ser una manifestación anticipada de enfermedades vasculares, de ahí que esta condición debiera ser tomada en cuenta como un signo de peligro potencial de las enfermedades cardiovasculares.^(45,46)

Entre algunos de los factores cardiovasculares alterables se ha contrastado que en los hombres con hábitos de fumar la prevalencia de disfunción puede llegar a alcanzar hasta un 40 % ante un 28 % en la población mundial. Asimismo, se ha evidenciado una correlación directa entre la exposición de forma pasiva al cigarro y la incidencia de disfunción y entre el consumo de cigarro y la disminución de las erecciones en las primeras horas de la mañana.⁽⁴⁷⁾ Además, en hombres con problemas de sobre peso el riesgo de disfunción aumenta considerablemente llegando hasta un 60 % más, contrastado con hombres de peso normal

Por otra parte, Romero et al.⁽⁴⁸⁾ han declarado que puede hablarse de disfunción eréctil cuando en un periodo de tres meses el hombre no ha conseguido mantener una erección lo suficientemente capaz para afrontar la actividad sexual.⁽⁴⁹⁾ Según estos autores esta problemática puede estar originada a través de factores orgánicos entre los que destacan: la disfunción endocrinológica, neurogénica, los traumas iatrogénicos, la alteración del músculo liso cavernoso, así como la disfunción provocada por la ingesta excesiva de fármacos. Asimismo, Bestepe et al.⁽⁵⁰⁾ han expresado que estimaciones actuales evidencian que esta afección se muestra con una prevalencia aproximada del 3 % al 76,5 % en la población masculina en todo el mundo, aumentando en sentido directo con relación a la edad.

Durante muchos años, la disfunción sexual ha sido un motivo de intranquilidad para aquellas personas que sufren de esta afección.⁽⁵¹⁾ En los hombres, la variación de la respuesta sexual que más cuidados médicos demanda es, sin duda alguna, la disfunción eréctil, todo ello debido a que compromete de forma significativa el desempeño en la actividad sexual, el gusto personal, así como factores de orden psicológico como la autoestima.⁽⁵²⁾ Como se ha mencionado anteriormente, para que el hombre consiga y mantenga una erección firme es necesario que se cumplan varios factores como el hormonal, neurológico, psicológico y vascular, por ende, puede considerarse como un síntoma que presenta un variado espectro de patologías.⁽⁵³⁾

Jáuregui-Vélez et al.⁽⁵⁴⁾ han explicado que, durante las últimas décadas, ha ocurrido una incidencia de casos sobre esta afección. A pesar de ser un motivo habitual de consulta médica urológica, esta es considerada una entidad con poca atención por parte de los hombres jóvenes, lo cual se manifiesta diagnósticos y tratamientos escasos.⁽⁵⁵⁾ Aunque la disfunción eréctil mayormente se evidencia como un padecimiento que afecta a pacientes mayores de cuarenta años, es bien conocido que también puede llegar a afectar a hombres más jóvenes. Datos aportados desde variadas regiones del mundo revelan que un porcentaje importante de hombres menores de cuarenta años padecen igualmente de dicha afección.⁽⁵⁶⁾ De esta manera, este padecimiento está conformado por un amplio rango de edades, por lo que se hace imprescindible que desde edades tempranas exista una educación orientada a la educación sexual de niños y jóvenes para contribuir a una vida sexual plena y sana.⁽⁵⁷⁾

Por tanto, se puede evidenciar como este padecimiento en la actualidad es una de las limitantes de salud que reducen drásticamente la calidad de vida de los hombres. Datos aportados por la OMS estiman que para el año 2025, aproximadamente 322 millones de hombres en todo el planeta pudieran estar siendo afectados por esta enfermedad. Debido a ello debe existir una mayor conciencia al estilo de vida sexual, pues un diagnóstico a tiempo podría mejorar favorablemente la calidad de vida en las personas que lo padecen. De esta manera, la presente investigación pretende el estudio de las principales categorías a tener en cuenta en un proceso de atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil. Su intención última es contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar

sociopsicológico de los pacientes que sufren esta comorbilidad en el Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos Gorriarán.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó al amparo de un enfoque mixto de investigación. El principal propósito de esta decisión fue maximizar las fortalezas de ambos enfoques y minimizar sus debilidades. Ello implicó la recolección, análisis e integración de datos cualitativos y cuantitativos bajo un mismo diseño mixto, los cuales dan cuenta de aspectos relacionados con la cultura biomédica, los procesos de atención a pacientes que sufre de hipertensión arterial y disfunción eréctil, el diseño de los tratamientos, el afrontamiento y adherencia, entre otros factores que influyen en el éxito de los esfuerzos realizados para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico general de los pacientes.⁽⁵⁸⁾

El diseño mixto se basó en las directrices para estudios mixtos propuestas por la APA y por Harrison et al.⁽⁵⁹⁾ Esta decisión permitió abordar conceptos como rigor, calidad, confiabilidad, así como la estructuración del diseño mixto.

De esta manera, se diseñó una investigación mixta con diseño exploratorio secuencial de tipo derivativo, con mezcla de análisis de datos, pero recolección en etapas. Se escogió este diseño mixto específico porque permite la exploración de un plantamiento inicial, lo cual es propicio para estudios que persiguen contrastar elementos de una teoría emergente. En esta investigación el plantamiento inicial partió de la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué categorías que deben ser consideradas en el diseño de un proceso de atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil?

Esta pregunta de investigación permitió diseñar el siguiente sistema de objetivos científicos.

Objetivo general: Explorar las categorías que deben ser consideradas en el diseño de un proceso de atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil.

Objetivos específicos: Caracterizar la atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil en Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos Gorriarán; identificar los principales temas de análisis en la atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil; describir las principales categorías y códigos identificados para el diseño de la atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil.

Se diseñó un estudio sustentado en la teoría fundamentada, de acuerdo con Hernández Sampieri et al.⁽⁶⁰⁾ este tipo específico de investigación cualitativa constituye a la vez un diseño y un producto. En la investigación no se persiguió cerrar el producto, sino aprovechar las bondades del diseño para la codificación y categorización de datos cualitativos de manera que emergiesen los aspectos esenciales, entonces sí, de una teoría fundamentada. Este diseño permitió identificar códigos, alinear unidades de análisis, construir categorías e identificar los principales temas a incorporar a un proceso de atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil. Ello constituye la base para la identificación de variables potenciales para futuros estudios, una de las principales ventajas de este diseño.⁽⁶¹⁾

El diseño cuantitativo fue de tipo transeccional (una sola recolección), con el propósito de estudiar la correspondencia de las categorías identificadas con la representación de los participantes. Esta decisión permitió una mejor comprensión de los resultados cualitativos y el enriquecimiento de la comprensión de los investigadores. Su principal aporte estuvo pensado para constituir la base de un estudio más profundo.

El contexto de investigación fue el Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos Gorriarán y la duración del estudio fue de 9 meses (agosto de 2022 a abril de 2023). El trabajo de campo se realizó en dos etapas, la primera para la recolección y análisis de datos cualitativos (agosto de 2022- febrero de 2023) mientras que la segunda se dirigió a la implementación de una entrevista cerrada para explorar si las categorías, códigos y temas se corresponden con las representaciones y posibilidades de una muestra de especialistas (febrero-marzo de 2023).

La muestra se diseñó en función de las recomendaciones y características de los estudios específicos. En el estudio cualitativo, la muestra quedó conformada por 30 participantes, divididos en dos grupos, uno de personal asistencial (n=15) y otro de pacientes que padecen de la comorbilidad (n=15). Esta decisión se tomó con base en la triangulación realizada por Hernández Sampieri & Mendoza Torres (2018) para el tamaño muestral intencional en estudios cualitativos, específicamente en la teoría fundamentada, diseño cualitativo empleado.

En el estudio cuantitativo se diseñó una muestra intencional, decisión tomada para explorar la valoración de los resultados de la primera etapa desde la perspectiva del personal asistencial. Esta muestra quedó conformada por 13 participantes debido a la salida por motivos personales de dos sujetos.

En la primera etapa se condujo un estudio de teoría fundamentada, apoyado fundamentalmente en la entrevista semiestructurada, la observación participante, el análisis de contenido (de documentos y verbalizaciones) y el diario de campo. La segunda etapa se condujo en un solo momento, mediante la implementación de una entrevista cerrada para el estudio de la correspondencia entre los resultados cualitativos y la representación de la realidad del personal asistencial con respecto a las categorías que deben ser consideradas en el diseño de un proceso de atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil.

Los principales procedimientos empleados para el análisis fueron la codificación, la delimitación de categorías, el empleo de matrices de datos y la triangulación (de técnicas, de fuentes y de perspectivas). Los resultados fueron sometidos al análisis conjunto de los autores del artículo, lo cual favoreció la precisión de aspectos puntuales y la depuración de los resultados.

El estudio presentó como principal limitación la aplicación de una cerrada a una muestra no probabilística. Estas limitaciones fueron resultado de un proceso de toma de decisiones informado y contrastado con las posibilidades reales del contexto, el enfoque y alcance de la investigación y la inserción de esta en un estudio más amplio complejo en el cual serán atendidas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio de la atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil resultó ser un proceso complejo, pluridimensional y en ninguna medida carente de contradicciones. En primer lugar, este resultado se debió a que la atención integral en sí misma resulta un proceso que resemblance esas características, entre otras razones porque cuenta de un diseño institucional basado en normativas, resoluciones y políticas hospitalarias. En segundo lugar, porque su puesta en práctica se produce a partir de unos marcos metodológicos y, en menor medida, teóricos, que pueden entrar en contradicción entre ellos, debido a la cantidad de disciplinas de las ciencias de la salud que intervienen en esa definición de integralidad.⁽⁶²⁾

Esta contradicción, desde las perspectivas de los participantes se expresa de manera diferente y está condicionada en gran medida por las expectativas de los pacientes, pero también por la importancia que el personal asistencial otorga su labor en un marco de relaciones multidisciplinares. Ello significó que algunos médicos especialistas observaran como más relevantes los aspectos clínicos y médicos que psicológicos. Sin embargo, esta relevancia no se categoriza desde el valor para la salud del paciente, sino desde la percepción de control que el mismo tiene sobre el curso de acción. En palabras del especialista médico 1:

EpM1: *“El asunto es el siguiente, si usted me pregunta por el condicionamiento de la respuesta del organismo ante ambas patologías, claramente estoy obligado a hablarle de los aspectos fisiológicos y fisiopatológicos, pero también de los aspectos psicológicos y familiares, de la vida pasada y presente del paciente, pero eso no significa que esté de acuerdo o que sepa cómo incluir todas estas cuestiones bajo un marco de atención integral que sea mi responsabilidad, porque mucho de lo que debe cambiar queda fuera de mi experticia”.*

Esto implicó reconocer que, dentro de la jerarquía hospitalaria formal e informal, el médico especialista está habitualmente encargado de la toma de decisiones, siendo fundamentalmente médica, por lo que estos aprecian inadecuado que se les encargue de todo el proceso de atención integral. Esto se debe a que la construcción de integralidad como concepto va más allá de lo propiamente médico e implica cuestiones logísticas y administrativas, pero también el concurso de otras disciplinas como la enfermería, los cuidados o servicios técnicos.⁽⁶³⁾

En cambio, desde la perspectiva del paciente la integralidad es un concepto amplio en cuanto a sus ideas generales, que se reduce en las verbalizaciones para hacer referencia a cuestiones puntuales aparentemente no relacionadas en su representación (“el médico me atiende bien”, “las enfermeras son muy buenas”, “las condiciones pudieran ser mucho mejores, pero entiendo que eso no se puede cambiar”). Un aspecto importante es que los pacientes separan la atención integral de las patologías, o sea, que al dar su versión o interpretar sus experiencias expresan de manera separada criterios sobre los aspectos referidos a ambas cuestiones. Ello generó que se apreciará un grado de generalidad relacionado con los servicios y relaciones establecidos con el personal de salud y el entorno hospitalario, por un lado, mientras que al referirse a la hipertensión y, especialmente a la disfunción eréctil, se identificaron anécdotas específicas, usualmente en segunda persona o impersonal.⁽⁶⁴⁾

Esta divergencia pudo apreciarse en el caso del paciente 3, quien no pudo precisar cómo sería el proceso ideal de atención integral a sus patologías. En sus palabras:

PCm3: “Yo no me puedo quejar, en la sala, cuando he estado ingresado, y en la consulta, me han atendido muy bien, los médicos y las enfermeras son muy cuidadosos y se nota que dominan bien su ciencia, mi familia y yo estamos muy contentos y nos sentimos muy seguros. Si tuviera que señalar algo diría que las condiciones (del hospital) no son las más apropiadas y que las carencias materiales afectan un poco el día a día, pero sobre cómo me atienden no tengo quejas.”

PCm3: *“Ingresar por una enfermedad cardiovascular es muy feo, te puedes morir, tienes que hacer dieta etc., pero que te atiendan por que no puedes ... desempeñarte, eso es otro asunto muy complicado, a muchos hombres no le gusta que los estén tocando o que se discutan sus problemas delante de tantas personas, eso molesta y hiere, pero no hay alternativa, es así”.*

Como se puede apreciar, se produce una especie de distanciamiento entre el paciente y lo que ocurre a su alrededor con respecto al curso de acción dado para el diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad. Especialmente a lo referido a la disfunción eréctil se apreció un rechazo casi generalizado y constatado en la etapa 2, sobre el número de personas asociados a la atención, especialmente con procedimientos que impliquen dar a conocer los aspectos puntuales del caso.

De este resultado se deprendieron dos análisis primordiales. El primero tiene que ver con el dominio de la historia clínica, los antecedentes patológicos personales y la evolución de la enfermedad, pues estos son aspectos clave para garantizar el diseño de un tratamiento médico, sí, pero también psicológico. La restricción de la información o la discusión de la misma en espacios donde el paciente no puede interactuar constituye un sesgo importante a cualquier esfuerzo integrado de elaborar un curso de acción, ya no integral, sino disciplinar inclusive.⁽⁶⁵⁾

El segundo análisis sigue el mismo derrotero, pues, si bien las vivencias asociadas a los tratamientos, servicios y cuidados fueron especialmente negativas en lo referido a la disfunción, brindar una atención integral implica la participación de diferentes actores del proceso, incluido el paciente. Con respecto a esto último se puede identificar elementos claves en los criterios de dos especialistas, un médico y una enfermera de consulta:

EpM14: *Mi experiencia me ha enseñado algo que es contradictorio, ellos (pacientes) quieren curarse y afirman estar dispuestos a hacer lo necesario, pero la cura en muchos casos, para no ser absoluto, no es posible, entonces tienen que ser adherentes y cuidadosos con muchos aspectos de su vida. Esto muchos lo logran siempre y cuando no implique a otros, incluso con sus esposas o novias o parejas, tienen*

dificultades para aceptar cuidados, preguntas o seguimientos. ¿Se imagina lo que eso significa para la práctica de la medicina?

EpE6: Llevo muchísimos años atendiendo ambas patologías ¿por qué? Es sencillo, mientras menos personas, no solo especialistas, se involucren, es mejor. A lo hombres no les gusta verse expuestos de esa manera y en todos estos años he visto muy pocos que puedan sobrellevar la enfermedad (la disfunción eréctil) con buen ánimo... quiero decir, en otras consultas usted puede ver chistes o incluso al propio paciente burlándose de su enfermedad o de una fractura, pero acá eso no pasa. Antes éramos dos enfermeras y un enfermero, hace un tiempo se decidió que fuera solo yo.

En sentido general, de estos análisis se desprendió la necesidad de implementar programas de psicoeducación u otras alternativas similares que permitan mitigar estas características, pero la propia práctica demostró que, si bien los servicios de psicología son una fortaleza, estos seguían centrados en actores concretos del proceso o en partes del proceso.⁽⁶⁶⁾ Por ejemplo, se identificaron en las narrativas de especialista y pacientes la mención a la capacitación o la ayuda psicológica respectivamente. Sin embargo, estos procesos estuvieron centrados en variables específicas: capacitación o entrenamiento para la entrega de noticias médicas desfavorables o la importancia de la sensibilización y la atención a aspectos psicosociales en el tratamiento médico; la atención psicológica especializada para garantizar la adherencia, la orientación psicológica o la psicoterapia familiar.⁽⁶⁷⁾

Como puede apreciarse, todas estas ayudas son fundamentales y de vital importancia para especialistas y pacientes, así como para la familia, pero reproducen los mismos problemas de insuficiente integración de las prácticas o desempeños que deberían dar forma al concepto de integralidad, reafirmando la imposibilidad actual de lograr un modelo de dicha atención que verdaderamente atienda a todas las dimensiones mencionadas. Ello implica reconocer que la cultura organizacional y la propia gestión de los procesos, tal y como se producían en el hospital durante el periodo estudiado, distaban de ser las condiciones idóneas para tal meta.⁽⁶⁸⁾

En cuanto a los aspectos propios de la atención, destacó la necesidad de comprender de manera global la historia de vida y la evolución de ambas patologías. No solo se trata de lograr un diagnóstico gnoseológico, sino una descripción personalizada que, de cuenta de las etiologías, evoluciones y pronósticos de ambas afecciones, no solo en el sentido clínico y médico, sino en todas las aristas de vida cotidiana de los pacientes. En el momento del estudio se identificó el uso de cuestionarios validados y con autoadministración por forma de dosificación, lo cual constituye una fortaleza para clasificar la disfunción, pero todavía se interpretó como insuficiente el traslado de estos datos a la atención general recibida.

Un ejemplo en cuanto a la necesidad de ahondar en dicha relación entre dimensiones del tratamiento y lo que posteriormente será percibido como atención integral, tiene que ver con los indicadores considerados en la disfunción. Si se analizan estos indicadores se puede apreciar una distribución que favorece la participación de diferentes actores, en tanto aspectos como la satisfacción con la vida sexual, el deseo sexual, los cuidados médicos, entre otros, son medidos y evaluados.⁽⁶⁹⁾

Un aspecto específico tiene que ver con la modificación del estilo de vida, algo que forma parte de los cursos de acción habituales para ambas patologías y su comorbilidad. Al momento del estudio se identificó que estas modificaciones aparecían mencionadas y en cierta medida contrastados sus resultados (psicólogo pregunta a paciente y cuidador, médico pregunta a paciente y cuidador), sin que el diálogo multidisciplinar típico de las discusiones de casos o los referidos se convierta en un plan de acciones. De alguna manera esta responsabilidad, la de crear un plan de acciones, recae en el propio paciente.⁽⁷⁰⁾

Para finalizar, es preciso declarar que los resultados, a pesar de su importancia, deben ser profundizados, especialmente en estudios encaminados hacia la elaboración de una definición de atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil que favorezca su operacionalización en dimensiones, indicadores y acciones concretas. Un aspecto esencial sería no solo

la medición de dicho constructo, sino el perfeccionamiento de las prácticas de los especialistas de manera individual y conjunta, así como la modificación de los protocolos de cursos de acción cuando estos sean posibles, de ahí la necesidad de enfatizar en futuros estudios mixtos.⁽⁷¹⁾

De manera similar, se requiere que los elementos incorporados a la atención hospitalaria respondan de forma sensible al contexto. Esto se debe al diagnóstico de insuficiencias propias de la organización que provocan que determinados tratamientos no sean viables en comparación con el estado del arte a nivel internacional o no se correspondan con las condiciones de vida y existencia de los pacientes

CONCLUSIONES

Las patologías cardiovasculares constituyen unas de las más prevalentes a nivel mundial. No solo constituyen un riesgo para la vida, sino que afectan la calidad de vida ostensiblemente en algunos casos. Especialmente en comorbilidad con la disfunción eréctil masculina, pues ello no solo suele significar concomitancias complejas (neuropatías y diabetes), sino que implica profundos cambios en la vida del paciente.

Estos cambios no se reducen a los aspectos relacionados con el control de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, sino que implican procesos psicológicos como el bienestar psicológico y la conformación de la identidad. Estos cambios afectan todas las esferas de la vida del paciente, sus relaciones y la manera en qué se ve así mismo y a su realidad.

Por tanto, se requiere de una definición de la atención integral al paciente que padece de hipertensión arterial y disfunción eréctil que establezca las pautas para tratar estas afectaciones. Para ello es preciso no tanto abordar aspectos teóricos, que son importantes, sino procedimentales.

Se recomienda, a partir de los resultados obtenidos, profundizar en la definición que especialista y paciente dan a la atención integral, definir los aspectos que son centrales para satisfacer las necesidades (formativas del personal asistencial) y de acompañamiento (del paciente). Asimismo, es inaplazable el diseño de la articulación de ambas perspectivas y la adaptación al contexto específico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldana MRM. The violence of love: psychoanalytic perspective. *Community and Interculturality in Dialogue* 2023;3:98-98. <https://doi.org/10.56294/cid202398>.
2. Al-Mahdi ER, Ros AL, Moya RM, Gómez JZ. Protocolo diagnóstico de la hipertensión arterial. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2021;13(36):2099-2102. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.06.014>
3. Amada LI, Burgos VS, Ferreyra M, Ibañez DBL, Lopez VE, Medina DZR, et al. Social construction of illness and disease. *Community and Interculturality in Dialogue* 2023;3:65-65. <https://doi.org/10.56294/cid202365>.
4. Arzola-Castillo Y. A look at speech therapy for learners with behavioral disorders. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria* 2023;3:58-58. <https://doi.org/10.56294/ri202358>.
5. Aslam MZ, Firdos S, Zhou L, Wang X, Liu Y, Qin X, et al. Managing hypertension by exploiting microelements and fermented dairy products. *CyTA-Journal of Food*. 2022;20(1):327-342. <https://doi.org/10.1080/19476337.2022.2129792>
6. Aubin MJ, Becerra LNC, Chirinos CNS, Condori LSC, Florentin M, Leiva CN, et al. Alternative and complementary medicine: A look at the general culture. *Community and Interculturality in Dialogue* 2023;3:119-119. <https://doi.org/10.56294/cid2023119>.

7. Auza-Santiváñez JC, Díaz JAC, Cruz OAV, Robles-Nina SM, Escalante CS, Huanca BA. Bibliometric Analysis of the Worldwide Scholarly Output on Artificial Intelligence in Scopus. *Gamification and Augmented Reality* 2023;1:11-11. <https://doi.org/10.56294/gr202311>.

8. Baglietto-Hernández JM, Mateos-Bear A, Nava-Sánchez JP, Rodríguez-García P, Rodríguez-Weber F. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. *Medicina Interna de México*. 2020;36(1):1-14. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i1.2844>

9. Bailes S, Creti L, Fichten CS, Libman E, Brender W, Amsel R. Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F). En: Milhausem R, Sakauluk J, Davis CM, Yarber WL, Fisher T, editores. *Handbook of Sexuality-Related Measures*. 4th ed. Routledge; 2019. p. 582-584.

10. Barrios CJC, Hereñú MP, Francisco SM. Augmented reality for surgical skills training, update on the topic. *Gamification and Augmented Reality* 2023;1:8-8. <https://doi.org/10.56294/gr20238>.

11. Berty Gutiérrez H, Carrera González E. Usefulness of optic nerve sheath diameter measurement in hypertensive patients during pregnancy and the puerperium. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2023;36(1):2187253. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2187253>

12. Bestepe EE, Tunali N, Saridoğan GE. Sexual adverse effects and erectile dysfunction during buprenorphine/naloxone combination treatment for opioid use disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2020:2695-2705. <https://doi.org/10.2147/NDT.S276708>

13. Bory E de JP, Naranjo OV, Herrero LB, Flores LGA, Fuentes MGB. Pertinence of the teaching use of virtual classroom by Basic Biomedical Science Department. *Seminars in Medical Writing and Education* 2023;2:31-31. <https://doi.org/10.56294/mw202331>.

14. Brau NP, Torremadé J. Infrapubic surgical approach for penile prosthesis surgery: Indications and technique. *Actas Urológicas Españolas*. 2020;44(5):301-308. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2019.10.010>

15. Calcagno MRF. Independent care performed by nursing professionals in the prevention of delirium. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria* 2023;3:55-55. <https://doi.org/10.56294/ri202355>.

16. Carballo-Torres D, Caballero-Aguirrechu I, Ortiz-Roque J, Sánchez-Rojas I, González-Argote J. Extraadrenal metastatic malignant pheochromocytoma with atypical metastasis. Case report. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2021;20:579-84. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.20000175>.

17. Castillo-Gonzalez W, Lepez CO, Bonardi MC. Augmented reality and environmental education: strategy for greater awareness. *Gamification and Augmented Reality* 2023;1:10-10. <https://doi.org/10.56294/gr202310>.

18. Contreras DEÁ, Pérez CMD, Morales RH. Factores académicos asociados al proceso de investigación formativa en las instituciones educativas del sector oficial de Sincelejo, Sucre. *Región Científica* 2023;2:202319-202319. <https://doi.org/10.58763/rc202319>.

19. Creswell J. Research design: Qualitative, Quantitative and mixed approaches. 3rd ed. Sage; 2009.
20. Cruz-Aranda JE. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina interna de México*. 2019;35(4):515-524. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>
21. Egydio PH. Enlargement of length and girth associated with implantation of penile prostheses. *Actas Urológicas Españolas*. 2020;44(5):333-339. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2019.10.015>
22. Escamilla-Ocañas CE, Albores-Ibarra N. Estado actual y perspectivas futuras en el manejo de la hipertensión intracraneal posterior a traumatismo craneoencefálico: craniectomía descompresiva, hipotermia terapéutica y barbitúricos. *Neurología*. 2020:1-7. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.08.007>
23. Espinoza KAR, Rivera JAA, Plasencia FGI, Tejedor WNF. Revisión Bibliográfica: Disfunción Eréctil Y Enfermedad Periodontal. *Revista Médica HJCA*. 2020;12(1):46-57. <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.rb.07>
24. Estrada D, Sierra C, Soriano RM, Jordán AI, Plaza N, Fernández C. Grado de conocimiento de la hipertensión en pacientes hipertensos. *Enfermería Clínica*. 2020;30(2):99-107. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.033>
25. Garcia-Rivero AA, Gonzalez-Argote J, Martínez Larrarte JP, Iglesias González IM, Dorta-Contreras AJ. Neuroimmunological response in neuro-Behçet's. *Reumatologia Clinica* 2019;15:117-20. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.02.005>.
26. García-Rivero AA, González-Argote J. Investigación científica estudiantil en sintonía con las tendencias actuales. *Medwave* 2017;17:e6936. <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.03.6936>.
27. Giraldo ML, Carvajal KJR, López JTS. Impacto de la pandemia en el comportamiento del comercio B2C en Colombia. *Región Científica* 2023;2:202320-202320. <https://doi.org/10.58763/rc202320>.
28. Giralt-Herrera A, Rojas-Velázquez JM, Leiva-Enríquez J. Relación entre COVID-19 e hipertensión arterial. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2020;19(2):1-11. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3246>
29. Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2019;26(2):99-106. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.06.008>
30. Gómez JLJ, Suarez EJC. Construcción del pensamiento computacional mediante la incorporación de la educación STEM en el currículo de secundaria del departamento del Quindío (Colombia). *Región Científica* 2023;2:202326-202326. <https://doi.org/10.58763/rc202326>.
31. Gonzalez-Argote J, Garcia-Rivero AA. Evaluation of the function of Cuban student journals. *Educacion Medica* 2021;22:161-7. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.04.017>.
32. Gonzalez-Argote J, Gonzalez-Argote D. 10 Best practices in Immersive Learning Design and 10 points of connection with the Metaverse: a point of view. *Metaverse Basic and Applied Research* 2023;2:7-7. <https://doi.org/10.56294/mr20237>.

33. Gonzalez-Argote J. A Bibliometric Analysis of the Studies in Modeling and Simulation: Insights from Scopus. *Gamification and Augmented Reality* 2023;1:5-5. <https://doi.org/10.56294/gr20235>.

34. Harrison R, Reilly T, Creswell J. Methodological Rigor in Mixed Methods: An Application in Management Studies. *Journal of Mixed Methods Research*. 2020;14(4):1-23. <http://DOI:10.1177/1558689819900585>

35. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. 1ra ed. Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana; 2018.

36. Jáuregui-Vélez DI, Bermúdez-Villalpando VI, Vidal-Solorzano LC, Castillo-Montes MA, Ochoa MC, Ramírez-Leyva DH. Análisis del grado de disfunción eréctil en adultos jóvenes de Tijuana, México. *Atención Familiar*. 2022;30(1):33-38. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2023.1.83864>

37. Larroza MMM, Zotelo MES. Estrategias didácticas en plataformas educativas: experiencia de docentes de Licenciatura en Administración en universidad pública de Paraguay. *Región Científica* 2023;2:202330-202330. <https://doi.org/10.58763/rc202330>.

38. Lepez CO, Aguilar AE, Saavedra MO. Cuidados Paliativos: Disfagia, perspectivas clínicas y psicosociales. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria* 2023;3:68-68. <https://doi.org/10.56294/ri202368>.

39. Levitt H, Bamberg M, Creswell J, Frost D, Josselson R, Suárez-Orozco C. Journal Article Reporting Standards for Qualitative Primary, Qualitative Meta-Analytic, and Mixed Methods Research in Psychology: The APA Publications and Communications Board Task Force Report. *American Psychologist*. 2018;73(1):26-46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>

40. Londoño Agudelo E, García Fariñas A, Pérez Ospina V, Taborda Pérez C, Villacrés Landeta T, Battaglioli T, et al. Out-of-pocket expenditure for hypertension care: a population-based study in low-income urban Medellín, Colombia. *Global Health Action*. 2020;13(1):1-12. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1806527>

41. Lugo NT. Ethical considerations in prenatal diagnosis and genetic counseling: Ethical considerations in prenatal diagnosis and genetic counseling. *Seminars in Medical Writing and Education* 2023;2:38-38. <https://doi.org/10.56294/mw202338>.

42. Luna GJJ. Study on the impact of artificial intelligence tools in the development of university classes at the school of communication of the Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. *Metaverse Basic and Applied Research* 2023;2:51-51. <https://doi.org/10.56294/mr202351>.

43. Machuca-Contreras F, Canova-Barrios C, Castro MF. Una aproximación a los conceptos de innovación radical, incremental y disruptiva en las organizaciones. *Región Científica* 2023;2:202324-202324. <https://doi.org/10.58763/rc202324>.

44. Milián YF. Proyección social de la Farmacología desde la educación médica. *Community and Interculturality in Dialogue* 2023;3:84-84. <https://doi.org/10.56294/cid202384>.

45. Montano M de las NV. Mejorando la Práctica Pedagógica: Una Revisión de los Procesos Educativos. *Seminars in Medical Writing and Education* 2023;2:29-29. <https://doi.org/10.56294/mw202329>.

46. Montano M de las NV. The psychiatric dysfunctions associated to the labor estrés in professionals of the education. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria* 2023;3:60-60. <https://doi.org/10.56294/ri202360>.

47. Morejón Giraldoni AF, Benet-Rodríguez M, Bernal-Muñoz JL, Espinosa-Brito AD, Silva Aycaguer LC, Ordunez P. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2020;45(3):1-17. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n3/e1716/es/>

48. Moreno MCC, Castro GLG. Unveiling Public Information in the Metaverse and AI Era: Challenges and Opportunities. *Metaverse Basic and Applied Research* 2023;2:35-35. <https://doi.org/10.56294/mr202335>.

49. Olaya HDA, Atocha MRÁ, Claudio BAM. Empowerment and work performance of the personnel of a pharmaceutical company. *Health Leadership and Quality of Life* 2022;1:9-9. <https://doi.org/10.56294/hl20229>.

50. Olaya HDA, Atocha MRÁ, Ruiz GEZ, Claudio BAM. Empowerment as a driver of job performance: evidence from the literature and theoretical perspectives. *Health Leadership and Quality of Life* 2022;1:11-11. <https://doi.org/10.56294/hl202211>.

51. Oviedo AM, Gonzalez-Argote J. Factors associated with resistance to the implementation of the electronic medical record. *Revista Cubana de Medicina Militar* 2022;51.

52. Pascual-Regueiro N, Baleriola-Júlvez JM, Hortelano-Perales M, Panach-Navarrete J, Casco-Sales L, Martínez-Jabaloyas JM. Disfunción eréctil: prevalencia y su relación con los síntomas del tracto urinario inferior. *Medicina Clínica*. 2020;154(11):440-443. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.11.006>

53. Poblador AF, Pérez DD, Palacios MH, Revilla FB. Evaluación de las expectativas preoperatorias y postoperatorias del candidato a prótesis penénea. *Estudios de satisfacción. Actas Urológicas Españolas*. 2020;44(5):345-350. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2020.01.007>

54. Portilla LU. Scientific fraud: attack on the credibility of science. *Seminars in Medical Writing and Education* 2023;2:34-34. <https://doi.org/10.56294/mw202334>.

55. Postigo AP, Pérez LM, Ruiz LP, Carmona LR, Benítez AR. Estudio ecográfico de la disfunción eréctil y otros trastornos del pene. *Seram*. 2022;1(1):1-25. <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/9657/8123>

56. Prieto YN, Sánchez GAR, García AP. The discipline of Medical Psychology in the ethical-humanistic education of medical students. *Seminars in Medical Writing and Education* 2023;2:42-42. <https://doi.org/10.56294/mw202342>.

57. Ramírez J, Rodríguez E, Zamora J. Estrategias recreativas para suplir las carencias de niños y jóvenes en situaciones de la Covid-19 en el municipio Morón (Cuba). *Región Científica*. 2023;2(1):202328. <https://doi.org/10.58763/rc202328>

58. Ramos EEA, Veliz AXL, Ruiz GEZ, Claudio BAM. Multidimensional approach to service quality and user satisfaction in the context of health care. *Health Leadership and Quality of Life* 2022;1:13-13. <https://doi.org/10.56294/hl202213>.

59. Ramos EEA, Veliz AXL, Ruiz GEZ, Claudio BAM. Quality of Health Services and User Satisfaction in a Health Center in North Lima, Lima - 2023. *Health Leadership and Quality of Life* 2022;1:12-12. <https://doi.org/10.56294/hl202212>.

60. Robles MFG, González ML. Treatment abandonment-continuity factors. *Community and Interculturality in Dialogue* 2023;3:101-101. <https://doi.org/10.56294/cid2023101>.

61. Romero K, Abril J, Iñiguez F, Figueroa W. Revisión Bibliográfica: Disfunción Eréctil y Enfermedad Periodontal. *Rev Med.* 2020;12(1):46-57. <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.rb.07>

62. Romero-Carazas R. Prompt lawyer: a challenge in the face of the integration of artificial intelligence and law. *Gamification and Augmented Reality* 2023;1:7-7. <https://doi.org/10.56294/gr20237>.

63. Ron M, Pérez A, Hernández-Runque E. Prevalencia del dolor músculo esquelético auto-percibido y su asociación con el género en teletrabajadores/as del tren gerencial de una empresa manufacturera de alimentos venezolana. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria* 2023;3:51-51. <https://doi.org/10.56294/ri202351>.

64. Ruiz A del PG, Falla JAM, Diaz LYR, Ortiz NE, Rojas MG. Positioning of the brand SingleTrack bicycle workshop in the Quirinal neighborhood of Bogota: Strategies for the year 2023. *Health Leadership and Quality of Life* 2022;1:17-17. <https://doi.org/10.56294/hl202217>.

65. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública.* 2022;38:521-529. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.8502>

66. Sandheinrich P, Hutson J. Haptic Preservation of Cultural Ephemera: An Extended Reality Solution Using Stereoscopic Experience Replication for Victorian Parlor Culture. *Metaverse Basic and Applied Research* 2023;2:48-48. <https://doi.org/10.56294/mr202348>.

67. Sandoval-Salinas C, Martínez JM, Corredor HA, Saffon JP, Jaramillo C, Mendoza F. Prevalencia y asociación de factores de riesgo cardiovascular en hombres con disfunción eréctil. *Revista Colombiana de Cardiología.* 2020;27(6):523-528. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.11.005>

68. Tito YMG, López LNQ, Gamboa AJP. Metaverse and education: a complex space for the next educational revolution. *Metaverse Basic and Applied Research* 2023;2:56-56. <https://doi.org/10.56294/mr202356>.

69. Vargas MÁ, Rosas ME. Impacto de un programa de actividad física aeróbica en adultos mayores con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de hipertensión.* 2019;14(2):142-149. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170263775024>

70. Vicario A, Cerezo GH. El impacto cognitivo-conductual de la hipertensión. Hipertensión y riesgo vascular. 2020;37(3):125-132. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.04.003>

71. Ziesche A, Bergelt J, Deubel H, Hamker FH. Pre-and post-saccadic stimulus timing in saccadic suppression of displacement-A computational model. Vision Research. 2017;138:1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.visres.2017.06.007>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Curación de datos: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Análisis formal: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Adquisición de fondos: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Investigación: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Metodología: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Administración del proyecto: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Recursos: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Software: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Supervisión: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Validación: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Visualización: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Redacción - borrador original: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.

Redacción - revisión y edición: Yuniel Abreu Hernández, Yoanka Cañizares Gorrín, Lisset Arnaud-López.