

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR, ASISTENTE AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
CARDIACA EN LA FASE II EN UNA INSTITUCION DE IV NIVEL EN LA
CIUDAD DE BOGOTÁ.

JENNY ALEJANDRA ACUÑA ESPAÑOL

LINA ALEJANDRA AGUDELO CONTRERAS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERIA

PREGRADO EN ENFERMERIA

BOGOTA

SEPTIEMBRE DE 2009

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR, ASISTENTE AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

CARDIACA EN LA FASE II EN UNA INSTITUCION DE IV NIVEL EN LA
CIUDAD DE BOGOTÁ.

JENNY ALEJANDRA ACUÑA ESPAÑOL

LINA ALEJANDRA AGUDELO CONTRERAS

Trabajo presentado como requisito para optar al título de profesional en
Enfermería

ASESORAS

DIANA MARCELA ACHURY SALDAÑA

Enfermera. Magíster en Enfermería, con énfasis en Cardiovascular

SANDRA MÓNICA RODRÍGUEZ COLMENARES

Enfermera. Especialista en Cardiorespiratorio.

Aspirante al título de Magíster en Política social

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERIA

PREGRADO EN ENFERMERIA

BOGOTA

SEPTIEMBRE DE 2009

A nuestros padres, quienes nos han dado la vida y nos acompañan a cada momento. A nuestras familias, que de una u otra manera han contribuido al logro de esta carrera y han creído en nosotras y en nuestro futuro. Gracias por su apoyo, paciencia y amor incondicional. Su motivación constante fue el mejor estímulo para alcanzar el sueño que hoy se cumple.

Los amamos.

“Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él”

Florence Nightingale

AGRADECIMIENTOS

A la Pontificia Universidad Javeriana por acogernos y darnos la oportunidad de avanzar un paso más en nuestra formación.

A la Facultad De Enfermería por darnos los elementos y guiarnos para encontrar nuestro propio camino.

A nuestras asesoras Diana Achury Saldaña y Sandra Rodríguez Colmenares por su dedicación, paciencia y conocimientos que nos orientaron muchas veces y enriquecieron nuestra formación profesional.

A la enfermera de la unidad de cardiología del hospital universitario San Ignacio, Carmen Beatriz Peña, por su generosidad al brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia clínica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de esta investigación.

A los pacientes asistentes al programa de rehabilitación cardiaca que nos colaboran en la obtención de la muestra y en la realización de este estudio.

A Rocío por ayudarnos al inicio de esta investigación.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
1. MARCO REFERENCIAL	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1.1 Definición de términos	19
1.2 JUSTIFICACION	21
1.3 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	24
1.3.1 Objetivo General	24
1.3.2 Objetivos Específicos	25
1.4 PROPÓSITOS	26
2. MARCO TEORICO	27
2.1 CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	36
2.2 PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACAS	36
2.2.1 Concepto y Objetivos	36
2.2.2 Fases de la rehabilitación cardiaca	39
2.2.2.1 Fase I o fase intrahospitalaria	39
2.2.2.2 Fase II o Fase activa	42
2.2.2.3 Fase III o fase de mantenimiento	49
2.2.2.4 Fase IV	52

2.2.3	Efectos benéficos de la rehabilitación cardiaca	52
2.3	CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR	55
2.3.1	Dimensión Física	56
2.3.2	Dimensión Emocional	57
2.3.3	Dimensión Social	62
2.4	EVALUACION	65
2.4.1	Concepto de la evaluación	67
2.4.2	Características de evaluación	67
2.4.3	Objetivos	68
2.4.4	Evaluación de programas	69
2.4.4.1	Tipos de Evaluación	71
2.4.4.2	Instrumentos de evaluación de la calidad de vida	72
2.4.4.2.1	Instrumentos Genéricos	72
2.4.4.2.2	Instrumentos Específicos	75
2.4.4.2.3	Descripción del instrumento implementado en el estudio	78
2.4.5	Beneficios de los programas cardiovasculares sobre la calidad de vida...	
	81	
2.4.5.1	Beneficios en la Dimensión Física	85
2.4.5.2	Beneficios en la Dimensión Emocional	88
2.4.5.3	Beneficios en la Dimensión Social	90
3.	MARCO METODOLOGICO	94
3.1	TIPO DE DISEÑO	94
3.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO	94
3.3	TAMAÑO DE MUESTRA	94
3.4	TIPO DE MUESTREO	94
3.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	95
3.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	95
3.7	PROCEDIMIENT	96

3.7.1	Primera Fase	96
3.7.2	Segunda fase	96
3.7.3	Tercera Fase	96
3.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS	98
4	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	99
4.1	Descripción de Características Socio demográficas	99
4.2	Descripción de la calidad de vida global de los pacientes cardiovasculares asistentes al programa de rehabilitación cardiaca	112
4.3	Descripción de la calidad de vida del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca en fase II por dimensiones	116
5	CONCLUSIONES	130
	RECOMENDACIONES	133
	BIBLIOGRAFIA	135
	ANEXOS	136

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre dimensiones e ítems.....	79
Tabla 2. Rangos ponderales establecidos para determinar los niveles de calidad de vida global y por dimensiones.....	97,112
Tabla 3. Características socio demográficas del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca según edad y género.....	99
Tabla 4. Características socio-demográficas del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca según estado civil y escolaridad.....	103
Tabla 5. Características socio-demográficas del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca según nivel Socioeconómico y Ocupación.....	106
Tabla 6. Características socio demográficas del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca según convivencia y diagnostico.....	109
Tabla 7. Descripción de la calidad de vida a nivel global del paciente cardiovascular al iniciar y finalizar el programa de rehabilitación cardiaca (PRCH) en fase II.....	113
Tabla 8. Descripción de la calidad de vida del paciente cardiovascular al iniciar y al finalizar el programa de rehabilitación cardiaca en fase II en la dimensión física.....	116
Tabla 9. Descripción de la calidad de vida del paciente cardiovascular al iniciar y al finalizar el programa de rehabilitación cardiaca en fase II en la dimensión emocional.....	121
Tabla10. Descripción de la calidad de vida del paciente cardiovascular al iniciar y al finalizar el programa de rehabilitación cardiaca en fase II en la dimensión social.....	125

LISTA DE CUADROS Y ANEXOS

Cuadro 1. Clasificación de Riesgo dentro el Programa de Rehabilitación cardiaca.....	43
Cuadro 2. Efectos Benéficos de la Rehabilitación Cardiaca.....	54
Anexo 1. Instrumento MACNEW (QMLI-2) Versión Española.....	136
Anexo 2. Instrumento de consentimiento informado.....	145
Anexo 3. Escala de Borg.....	149
Anexo 4. Relación de velocidad con cantidad de METS realizados en banda sin fin y elíptica.....	150
Anexo 5. Relación de velocidad con cantidad de METS realizados en bicicleta estática.....	151
Anexo 6. Principales instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares.....	152
Anexo 7. Características de las medidas de la calidad de vida relacionada con la salud.....	153
Anexo 8. Dimensión física al inicio del programa.....	154
Anexo 9. Dimensión emocional al inicio del programa.....	155
Anexo 10. Dimensión social inicio del programa.....	156
Anexo 11. Dimensión física al finalizar el programa.....	157
Anexo 12. Dimensión emocional al finalizar el programa.....	158
Anexo 13. Dimensión social al finalizar el programa.....	159

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en un problema de salud pública en expansión. Son la principal causa de muerte a nivel mundial, en el 2005 causaron 17.5 millones de muertes originadas por los factores de riesgo cardiovascular y determinantes subyacentes como el envejecimiento, la globalización, la urbanización y los estilos de vida poco saludables¹. Esto no es ajeno en Colombia, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbilidad en el país, la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio es de 130.2 por 100.000 habitantes².

Estas enfermedades generan un impacto negativo en cada una de las dimensiones de calidad de vida del paciente (dimensión física, social y emocional); por lo que se ha revelado la necesidad de establecer una estrategia para controlar la enfermedad cardiovascular en forma integral. Esta estrategia hace referencia al desarrollo e implementación de programas de rehabilitación cardíaca y tiene tres objetivos claros: restaurar al paciente cardiovascular llevándolo a tener un estado óptimo físico, social y emocional; asegurar la prevención primaria y secundaria en los pacientes de alto riesgo coronario; y disminuir la morbilidad cardiovascular. El papel que cumple la rehabilitación cardiovascular a corto y largo plazo, es plantear una alternativa apropiada para restaurar la calidad de vida, la autonomía y la integración social, además de mejorar la capacidad física, lo que se realiza en la Fase II del programa.

El presente trabajo de investigación buscó determinar la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asistió al programa de rehabilitación cardíaca en fase II. Por medio de este conocimiento se puede

¹ WHO. [The Atlas of Heart Disease and Stroke](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf). Part three: the burden. [online]. 2004. [Cited 14 April de 2008].pp.18-55. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf

² MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores de Salud. Bogotá [Artículo de Internet]. 2007. [citado el 16 de abril de 2008] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>.

comprobar si se están cumpliendo los objetivos de promoción y prevención y a su vez se puede identificar la necesidad de cambiar o de potencializar los parámetros y acciones del programa, mejorando así su eficiencia y eficacia.

Para determinar la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca en fase II, se realizó un estudio evaluativo pre- test y pos-test prospectivo transversal a un grupo de 30 pacientes. Esto por medio de la aplicación de la versión española del instrumento MacNew Heart Disease health-related quality of life” (MacNeW QLMI), específico para la valoración de calidad de vida en pacientes cardiopatas que ha sido utilizado en varios estudios para la evaluación de programas de rehabilitación cardiaca específicamente en fase II. Dicho instrumento tiene una validez y confiabilidad del 0.7 y esta conformado por 27 ítems, los cuales se distribuyen en tres dimensiones física, emocional y social. Cuenta con una escala tipo likert con 7 opciones de respuesta donde 1 y 7 representan la peor y mejor situación, respectivamente. Para determinar la calidad de vida se establecieron rangos ponderales a nivel global y por dimensiones. Se realizó una prueba piloto con el fin de verificar redacción, coherencia, pertinencia y uso adecuado del lenguaje en los diferentes ítems del instrumento; a partir de esta se realizaron modificaciones de redacción.

En esta investigación, se observó que la mayoría de los pacientes que asistieron al programa de rehabilitación cardiaca eran hombres entre 45 y 65 años, casados y trabajadores que vivían predominantemente con su conyugue e hijos y cuyo nivel de escolaridad y socioeconómico era alto. Estas características son importantes para el diseño de estrategias claras y adecuadas que fortalezcan los programas de rehabilitación cardiaca. El estudio evidenció que la calidad de vida de los paciente que asistieron al programa, tanto a nivel global como por dimensiones, mejoró al finalizar la rehabilitación cardiaca, sobre todo en la dimensión emocional, seguida por la física y social. Estos resultados se obtuvieron gracias al profesional de enfermería líder del

programa, quien con su carisma e intervenciones logró responder a las necesidades emocionales de los pacientes.

No obstante, cabe resaltar que al finalizar el programa, las dimensiones emocional y social no presentaron cambios significativos, especialmente en los ítems como ansiedad, estrés y sobreprotección. Por lo anterior, se hace importante construir protocolos estandarizados de intervención psicocardiologica y social interdisciplinar, con el fin de que el programa logre tener mayor impacto sobre la calidad de vida de los pacientes que a él asisten. Asimismo, es preciso promover la planeación y el fortalecimiento de estrategias que permitan construir y ejecutar programas de rehabilitación cardiaca más efectivos y eficaces de alta calidad asistencial.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en un problema de salud pública, en el 2005 causaron 17.5 millones de defunciones, convirtiéndose en el 30% de las muertes a nivel mundial. Según las proyecciones de la organización mundial de la salud (OMS), entre el 2006 y el 2015 el índice de mortalidad por esta causa aumentará en un 7%³, encontrándose así una mortalidad elevada en los menores de 70 años. Lo anterior confirma que las enfermedades cardiovasculares son una epidemia en extensión y que cada día se van presentando a más temprana edad por modificación de hábitos nutricionales, disminución de la actividad física y tabaquismo, entre otros^{4 5}.

Esta problemática de salud pública no es ajena en Colombia. Según el informe "Situación de salud en Colombia Indicadores Básicos 2007" actualmente la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular es de 130.2 por cada 100.000 habitantes, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en personas de 45 y más años es de 265.9 por cada 1000 habitantes.^{6 7}.

Simultáneamente, la enfermedad cardiovascular genera un impacto negativo tanto para el paciente como para la familia, esto afecta irremediamente cada una de las dimensiones de su calidad de vida. La primera dimensión afectada es la **dimensión física**, la cual se determina por la actividad funcional.

³ WHO. Cardiovascular diseases [Artículo de Internet]., pagina principal de la Organización Mundial De La Salud, febrero 2007 [Citado el 14 Abril de 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>

⁴ WHO. [The Atlas of Heart Disease and Stroke](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf). Part three: the burden. [online]. 2004. [Cited 14 Abril de 2008],pp.18-55. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf

⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital. [Artículo de Internet]. Word Wide Web, octubre 2005.: [Consultado 14 Abril de 2008]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.

⁶ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores de Salud. Bogotá [Artículo de Internet]. 2007. [citado el 16 de abril de 2008] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>.

⁷ DANE. Estadísticas Vitales. [Artículo de Internet]. Bogotá.1999. [citado en 16 de abril de 2008] Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=36&Itemid=148

Dentro de está, el paciente refiere sentir fatiga, dolor torácico, tos e incapacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas. Asimismo se verá afectada la **dimensión social**, el sujeto no puede realizar actividades recreativas o laborales habituales, esto le impedirá cumplir con el papel asignado socialmente. Al necesitar ayuda externa para desempeñar sus funciones o para relacionarse se afecta su intimidad, su apariencia, se altera su trabajo, sus posibilidades de entretenimiento e incluso su situación económica; esto trae como resultado sufrimiento familiar y alteraciones estructurales de los roles dentro de la misma y en el ambiente laboral. Dentro de las modificaciones relacionadas con la **dimensión emocional** se encuentra: temor, ira, estrés, hostilidad, ansiedad, depresión, incertidumbre, negación y la angustia que genera la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico adverso de su recuperación completa.

Por lo anterior es importante resaltar que el profesional de enfermería debe intervenir en el mejoramiento de la calidad de vida, se hace necesaria la creación de estrategias que ofrezcan respuestas destinadas al control y manejo de la enfermedad cardiovascular en forma integral. Una de las estrategias es el desarrollo e implementación de programas cardiovasculares, dirigidos a pacientes adulto medio y mayor con patologías y factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular. Los diversos programas que se han creado tienen dos enfoques. El primero es el de la prevención primaria, donde se trabaja sobre promoción de estilos de vida saludables y prevención de factores de riesgo, para evitar que se produzca una enfermedad cardiovascular y sus complicaciones. Aquí se utiliza, como principal herramienta, la educación en salud que busca proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud; pero está limitada a proveer información generalizada de momento sin tener en cuenta las características individuales del paciente ^{8 9}. El segundo enfoque es la prevención secundaria

⁸ GARCÍA OSPINA, Consuelo. Algunas reflexiones sobre la educación para la salud. [Artículo de Internet].. EN: Rev. hacia la promoción de la salud. Diciembre-Enero,2001. No. 6 .[Consultado 8 mayo 2008] disponible en:http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206_3.pdf

y terciaria, éste se fundamenta en el control, manejo y rehabilitación de las enfermedades crónicas, en el caso de la enfermedad cardiovascular busca que el paciente pueda reintegrarse a una vida emocional, familiar y laboral plena con un óptimo nivel de funcionamiento físico, reduciendo así la aparición de nuevos episodios cardiovasculares¹⁰.

El objetivo de los programas cardiovasculares es restaurar al individuo con enfermedad cardiovascular a su estado óptimo físico, psicológico y social; asegurar la prevención primaria y secundaria en los enfermos con alto riesgo coronario; disminuir la morbi-mortalidad cardíaca y la sintomatología del enfermo cardiovascular.

Uno de estos programas es el de rehabilitación cardíaca a nivel nacional, comprende tres fases: la fase I, es intrahospitalaria y se inicia desde las 48 horas posteriores al evento cardiovascular, sus objetivos son evitar las complicaciones del reposo prolongado (descalcificación ósea, infecciones respiratorias, parálisis frénica, formación de trombos y episodios de trombo embolismo) y aumentar la capacidad física.

La fase II suele comenzar un mes después del evento, comprende el acondicionamiento físico para restaurar la tolerancia al ejercicio, educar al paciente sobre factores de riesgo mediante sesiones educativas individualizadas y grupales con el fin de generar cambios en el estilo de vida tanto del paciente como de su familia. Conjuntamente se brinda apoyo emocional facilitando su reincorporación a las actividades de la vida cotidiana y laboral, impactando de manera importante en la calidad de vida del paciente de forma integral. Finalmente, la fase III comprende el resto de la vida del paciente

⁹ VALADEZ FIGUEROA, Isabel; VILLASEÑOR FARÍAS, Martha y ALFARO ALFARO, Noé. Educación para la Salud: la importancia del concepto. [Artículo de Internet]. En: Revista de Educación y Desarrollo. Enero-marzo. 2004. No. 1, p 44-47 [Consultado 8 mayo 2008] Disponible en: <http://cenedic.ucol.mx/ccmc-construccion/recursos/1011.pdf>.

¹⁰ RODRÍGUEZ ARTALEJO, Fernando and REY CALERO, Juan del. La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 1999, vol. 73, no. 4 [cited 2008-05-24], pp. 435-437. Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000400001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1135-5727. doi: 10.1590/S1135-57271999000400001 [citado 24 mayo 2008]

y es considerada como un programa extramural de duración indefinida. Es la fase de mantenimiento y equivale a la prevención terciaria, incluye los cuidados cardiacos multifactoriales a largo plazo y las actuaciones en el campo físico, emocional y social de por vida en pacientes que han superado la fase II. En esta fase el paciente se encuentra en su ambiente personal y social previo y allí es necesario que mantengan los hábitos de vida saludables aprendidos en las fases anteriores¹¹.

Teniendo en cuenta que la meta final del programa de rehabilitación cardiaca es optimizar la calidad de vida reflejada en: a) facilitar el control de factores de riesgo que comprende la identificación y el tratamiento del mismo, la enseñanza y reforzamiento de estilos de vida saludables que favorezcan el pronóstico y la capacidad física; b) aumentar la clase funcional; c) evitar el deterioro psicológico d) normalizar las relaciones socio-familiares, sexuales y acrecentar la incorporación laboral; se deberá evaluar la fase II interviniendo en estos aspectos a través de un programa de ejercicio individualizado, sesiones educativas, consejería y asesoría. Con lo anterior se logra modificar y controlar los factores de riesgo, mejorar la capacidad funcional que conduce a la reducción de los síntomas invalidantes, lo que lleva a una calidad de vida satisfactoria del paciente con descenso de la ansiedad, depresión y estrés que a su vez va a favorecer el sistema simpático y parasimpático en la disminución de arritmias y muerte súbita¹².

Durante el desarrollo de los diferentes programas de rehabilitación cardiaca se utilizan herramientas para la evaluación de estos programas en términos de calidad de vida, una variable subjetiva que mide el impacto de la enfermedad y su tratamiento en la vida de los pacientes modificando así el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas,

¹¹ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *En*: Rev Esp Cardiol, 2000. Vo. 53 p. 1095-1120

¹² ACEVEDO, Cielo; LOPEZ, Yolanda y ROJAS, Julie. Protocolo de Rehabilitación Cardiaca. Bogotá: Hospital Universitario San Ignacio, 2009.

emocionales, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud ¹³.

Por lo tanto, la calidad de vida se considera un elemento fundamental para conocer la efectividad del programa y emprender la toma de decisiones sobre los posibles cambios y su aplicabilidad potencial. Es por esto que los diferentes programas cardiovasculares que se desarrollan a nivel mundial y en Colombia cuentan con instrumentos de seguimiento o evaluación como: Nottingham Health Profile (NHP), Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ), Cuestionario de Velasco-Del Barrio, Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS), Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile (CLASP), el Sickness Impact Profile (SIP), el cuestionario SF-36 instrumento y el The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument (QLMI-2), que miden la calidad de vida relacionada con la salud¹⁴.

El MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument, es uno de los instrumentos más utilizado en los programas cardiovasculares a nivel internacional para evaluar el impacto de un programa de rehabilitación cardíaca ya que todas sus dimensiones son lo suficientemente sensibles para captar los cambios en las diferentes fases del programa, específicamente en la Fase II y para todos los grupos diagnósticos que tienen indicación de rehabilitación cardíaca. Además, ha resultado ser muy efectivo para valorar la calidad de vida de pacientes ambulatorios y se ha convertido en una herramienta de ayuda en las unidades de cardiología para llevar a cabo una gestión fluida y costo-eficacia^{15 16}. Haciendo de la evaluación una herramienta en la que se

¹³ GARCÍA ALCARAZ, Francisco, ALFARO ESPÍN, Antonia y Moreno Sotos, José Luis. Evaluación de Resultados de Salud. Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica. En: REV CLÍN MED FAM. 2009. Vo. 2, no. 6, p. 286-293.

¹⁴ M. SOTO e I. Failde. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquemia. En: Revista de la Sociedad Española del Dolor [online]. Diciembre, 2004. vo.11, no.8, p 505-514 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462004000800004&lng=pt&nrm=.htm [citado 24 mayo 2008]

¹⁵ MAES, Stan y et al. Is the MacNew quality of life questionnaire a useful diagnostic and evaluation instrument for cardiac rehabilitation?. En: European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Abril, 2008. Vo. 15, No 5, p.518.

tienen en cuenta los resultados del programa en términos de calidad de vida evaluando las actividades diarias, en los aspectos físico, emocional, y social que se ven afectados por la enfermedad y su tratamiento^{17 18}. Según la revisión bibliográfica realizada en la mayoría de evaluaciones ejecutadas a los diferentes programas se tiene en cuenta el efecto del programa de rehabilitación cardíaca, en términos de calidad de vida siendo esta última un marcador importante en el cambio de los estilos de vida de los pacientes.

Por ello no solo basta con implementar programas fundamentados en la restauración de las dimensiones física, psicología y social, sino que es necesario evaluar el efecto de estos en la calidad de vida, no solo a corto plazo entendido como la permanencia del paciente dentro del programa, que se evalúa en términos de resultados, esta evaluación se hace desde el nivel de salud (signos, síntomas clínicos, cobertura y asistencia que se limita a la consulta del mismo); sino también a mediano y largo plazo con el fin de evaluar el cambio producido en el paciente después de finalizar el programa de rehabilitación cardíaca que es alcanzado por la adherencia terapéutica reflejado una mejor calidad de vida.

Poder evaluar la calidad de vida de los pacientes se ha convertido en una ayuda vital para el personal del área de la salud, ya que a través de ésta se pueden detectar fallas en la atención al paciente, así como de la familia; además, se logra determinar si lo que se hace es suficiente o no, y así diseñar cada vez mejores métodos para ayudar al paciente. Sin evaluación es imposible saber si los recursos están siendo aprovechados adecuadamente, si las acciones emprendidas se están realizando según lo planeado y si esas acciones están provocando los cambios deseados en las dimensiones de

¹⁶ HÖFER, Stefan. Cardiac rehabilitation in Austria: short term quality of life improvements in patients with heart disease. En: Wien Klin Wochenschr .2006. vo. 118, no.23–24, p.744–753

¹⁷ SOTO, M. y FAILDE, I. Op. cit., p. 54-59

¹⁸ VELARDE-JURADO, Elizabeth y AVILA-FIGUEROA, Carlos. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. En: Salud pública de México. Septiembre-Octubre, 2002. vol.44, no.5, p 448-460.

calidad de vida que constituyen las metas de impacto final para cualquier proyecto o programa de salud.

Teniendo en cuenta la revisión anterior y la importancia de desarrollar una evaluación en términos de calidad de vida se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardíaca en la fase II de una institución de IV nivel en la ciudad en Bogotá?

1.1.1 Definición de términos

- **Calidad de Vida:** para este trabajo de grado será entendida como la capacidad que tiene una persona para desempeñar adecuadamente y de forma satisfactoria para sí misma, su rol en las áreas emocional, física y social¹⁹. Para identificar la calidad se utilizó la adaptación española del cuestionario MacNew (QLMI-2) que consta de 3 dimensiones representadas en 27 ítems; física (10 ítems), emocional (10 ítems) y social (7 ítems) en la fase II de rehabilitación cardíaca.
- **Paciente con Enfermedad Cardiovascular:** para este trabajo de grado se define como toda aquella persona que ha sufrido de enfermedades que afectan al corazón y vasos sanguíneos (tanto venas como arterias)²⁰.
- **Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC):** para este trabajo de grado será entendido como el conjunto de acciones terapéuticas que son aplicadas sobre los pacientes cardiovasculares, diseñadas para limitar los efectos dañinos tanto fisiológicos como psicológicos de las cardiopatías, reducir

¹⁹ ARDILA, Rubén. Calidad de vida: Una definición integradora. En: Revista Latinoamericana de Psicología. 2003, vol. 35, no. 2, p 161-164

²⁰ WHO. Cardiovascular diseases. Op. cit., p. 1.

el riesgo de muerte súbita o pre-infarto, controlar la sintomatología cardiovascular, estabilizar o revertir el proceso de aterosclerosis y mejorar el estado biopsico-social de los pacientes²¹.

- **Fase II:** para este trabajo de grado se define como el periodo de convalecencia que inicia luego del alta hospitalaria encontrando tolerancia a la actividad física con un numero de 12 sesiones y una frecuencia de dos a tres veces por semana; finaliza cuando el paciente completa 12 sesiones o adquiere una independencia funcional. Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente cardiópata por medio de un programa de ejercicio individualizado, modificando y controlando los factores de riesgo y brindando el apoyo emocional²².

- **Institución de IV Nivel:** para este trabajo de grado se define como la capacidad de atención de una institución prestadora de servicios de salud (IPS), que está constituido por: recursos humanos, desarrollo técnico, tecnológico e infraestructura destinados al diagnostico y tratamiento de patologías de tipo catastrófico, son aquellas que representan una alta complejidad en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y alto costo-efectividad en su tratamiento, que requieren servicios especializados y subespecialidades de alta complejidad; caracterizados por cubrir además, la educación y la investigación de alta calidad²³.

²¹ ACEVEDO. et al. Op. cit., p. 1

²² *Ibid.*, p. 2

²³ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD, Resolución No. 5261 (5, octubre, 1994) Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (SGSSS), Bogota; el Ministerio, 1994. 117 p

1.2 JUSTIFICACION

La Calidad de Vida es un concepto complejo y subjetivo construido por la experiencia de cada persona considerando su cultura y sistema de valores, su nivel actual de funcionamiento en las dimensiones física, social y emocional²⁴. Este concepto ha venido cobrando gran importancia en la evaluación de los programas cardiovasculares convirtiéndose en un objetivo importante a alcanzar dado que es una herramienta que brinda la oportunidad de ir mas allá de los indicadores biomédicos tradicionales (factores riesgo)^{25 26 27} al dar conocer cual es el efecto del tratamiento y la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente.

Por lo anterior, la evaluación de la calidad de vida, se considera como una nueva estrategia para el análisis de los resultados de los programas de rehabilitación cardiaca reforzando así la eficacia y efectividad de estos. Dicha estrategia se utiliza cada vez más con fin de determinar el efecto de la enfermedad y de las intervenciones terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas) en el conocimiento subjetivo del paciente cardiovascular cambiando el valor asignado a la duración de la vida en función de la valoración de limitaciones físicas, sociales, psicológicas y disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o políticas de salud^{28 29}.

²⁴ RAMÍREZ, Robinson. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. En: Revista Colombiana de Cardiología. Julio-Agosto, 2007, vol.14, no. 4., p 209.

²⁵ ESPINOSA CALIAN, Salvador. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo: Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. En: Revista Española de cardiología. Enero, 2004. vo.57, Nº 1, p. 53-59. [Artículo de Internet]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=792640> [citado el 25 de febrero de 2009]

²⁶ LEYVA G.,Manuel y RAMÍREZ R., Homero. Efecto de la rehabilitación cardiaca en pacientes isquémicos no sometidos a revascularización coronaria. En: ARCH INST CARDIOL MEX.2000. vo. 70, p 552-60.

²⁷ BÁEZ, Laura P. et al. La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. En: Rev.Colomb.Cardiol. 2006 vol.13, p 90-96

²⁸ GARCÍA ALCARAZ, Francisco, ALFARO ESPÍN, Antonia y Moreno Sotos, José Luis. Evaluación de Resultados de Salud. Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica. En: REV CLÍN MED FAM. 2009. Vo. 2, no. 6, p. 286-293.

²⁹ Robinson Ramírez, FT. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Vol. 14 No. 4 ISSN 0120-5633*

La evaluación de la calidad de vida tiene como objetivo mejorar ésta en los programas de rehabilitación cardíaca, valorando el contexto socioeducativo en todos sus aspectos. Además, busca saber si mediante las intervenciones se han conseguido lo propuesto, fomenta un análisis prospectivo sobre cuáles y cómo deben ser las intervenciones futuras teniendo en cuenta los puntos débiles y fuertes identificados del programa de rehabilitación.

En la revisión de la literatura consultada y analizada a nivel mundial se encontraron diferentes estudios de evaluación de programas de rehabilitación cardíaca^{30 31 32}; no obstante a nivel nacional no se encontraron estudios que fundamentaran la evaluación de la calidad de vida de los pacientes asistentes a los programas de rehabilitación cardíaca en Fase II a mediano y largo plazo.

Debido a lo anterior es importante realizar una investigación que determine la calidad de vida del paciente cardiovascular que asisten al programa de rehabilitación cardíaca en fase II, la cual constituye una importante variable de medida subjetiva del efecto de la enfermedad y el tratamiento sobre la vida del paciente cardiovascular. Su valoración permite detectar alteraciones e intervenir precozmente; destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social así como establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas. La evaluación de la calidad de vida en el área de la salud aporta un resultado final de salud enfocado en la persona y no en la enfermedad.

Esta evaluación ayuda a identificar y corregir errores en la implementación de los programas; puesto que se pueden llevar a cabo valoraciones intermedias al inicio del programa para conocer el progreso del mismo; se puede conocer la

³⁰ SALAZAR L; Alejandra, et al. Impacto del programa de rehabilitación cardiovascular fase ii medido a través de la encuesta de salud SF-36. En: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [online], 2005. Vo. 13, no 13 [Citado 10 marzo de 2009], pp 77-81. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfeen-2005/en053b.pdf>

³¹ BETTENCOURT, Nuno et al. Impacto da Reabilitação Cardíaca na Qualidade-de-Vida e Sintomatologia Depressiva após Síndrome Coronária Aguda. En: Rev Port Cardiol. Mayo, 2005. Vo.24, no.5, p 687-696.

³² ANTEPARA, Norka et al. Efecto de la rehabilitación cardíaca sobre la percepción de la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. En: Revista de la Facultad de Medicina. Diciembre, 2006. vo.29, no. 2 [Artículo de Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332006000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es [citado el 20 de agosto de 2008]

medida en la que han sido alcanzados los objetivos de salud planteados. Así mismo, se puede identificar si el programa debe continuar, modificarse, ampliar o cancelarse y si es posible utilizarla para asignarle prioridad a las acciones públicas lo cual conlleva a generar programas más eficaces y eficientes^{33 34 35}.

Simultáneamente, el realizar la evaluación de la calidad de vida representó beneficios tanto para el paciente, la institución hospitalaria y los profesionales de enfermería. Por un lado, el paciente aumentará la seguridad dado que logra conocer los efectos del programa de rehabilitación cardiaca sobre su calidad de vida. También se puede detectar tempranamente pequeños cambios que se producen en la dimensión física, social y emocional a partir de los cuales se pueden orientar las intervenciones pertinentes a fin de fomentar y potenciar el auto cuidado del paciente, para el control y cambios en los estilos de vida del mismo, que de no ser modificados lo conducirán a enfrentarse con varios riesgos potencialmente letales. Así mismo, permite determinar el estado funcional y de salud de paciente a nivel social, físico y emocional al inicio y al final la rehabilitación cardiaca y su nivel de satisfacción al concluir el programa en relación a los objetivos planteados³⁶. Por otra parte, el uso de instrumentos de evaluación de la calidad de vida se convierte en una herramienta que los profesionales utilizan para tener un acercamiento en la relación con el paciente³⁷.

³³ RUEDA MARTÍNEZ DE SANTOS, José Ramón. Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias. 1 ed. España. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2005 p 33-42. ISBN 84-457-2401-0.

³⁴ BAKER JL. Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza: manual para profesionales. Washington: Banco Mundial; 2000. [Artículo de Internet]. Disponible en: <http://www.cdhcu.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/0403.pdf>. [Consultado: 15 de agosto del 2008].

³⁵ NAVARRO, Hugo. Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza, instituto latinoamericano y del caribe de planificación económica y social (ILPES) área de proyectos y programación de inversiones, Santiago de Chile, junio del 2005. [Artículo de Internet]. <http://www.eclac.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/21591/P21591.xml&xsl=/ilpes/tp/p9f.xsl&base=/ilpes/tp/top-bottom.xsl>. [citado el 5 de septiembre de 2008]

³⁶ TUESCA, Rafael. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. En: Salud Uninorte. Barranquilla. 2000. vo.21, p. 76-86

³⁷ Zúniga M, Carrillo-Jiménez G, Fos J, et al. Health status evaluation with the SF-36 Survey: preliminary results in Mexico. Salud Pública Méx 1999; 41: 110- 118.

A la institución esta investigación permitió fortalecer sus programas en términos de calidad y eficacia con el fin de alcanzar una calidad asistencial excelente, segura, efectiva, eficiente y equitativa para ayudar al profesional sanitario y a otros agentes decisores a tomar decisiones más acertadas y razonables³⁸. De esta manera se disminuyen reingresos, número de pacientes hospitalizados, los días de estancia hospitalaria, las consultas ambulatorias y los costos³⁹.

Al profesional de enfermería le permitió aplicar herramientas útiles para evaluación de los programas de rehabilitación cardiaca, como son los instrumentos para valorar la calidad de vida logrando así una medición más comprensiva, integral y válida del estado de salud de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y una valoración más precisa de los posibles riesgos con el fin de mejorar la calidad y efectividad de la atención ofrecida dentro del programa. Además, ayudar a decidir las intervenciones que deberían ser ofrecidos a cada paciente, y también, actualizar sus conocimientos en cuanto al tratamiento integral de los pacientes en rehabilitación cardiaca. Permitted que los profesionales de enfermería puedan juzgar la efectividad de las intervenciones realizadas con el paciente cardiovascular y pueden realizar un seguimiento de los cuidados realizados a estos pacientes.

1.3 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca en fase II de una institución de IV nivel en Bogotá en el periodo de marzo-abril de 2009.

³⁸ GARCÍA ALCARAZ, Francisco, ALFARO ESPÍN, Antonia y Moreno Sotos, José Luis. Evaluación de Resultados de Salud. Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica. En: REV CLÍN MED FAM. 2009, Vo. 2, no. 6, p. 287

³⁹ ILARRAZA LOMELÍ, Hermes. Rehabilitación y prevención cardiovascular: El complemento necesario a la terapéutica de hoy. En: Archivos de Cardiología de México. Octubre-Diciembre, 2003, vo. 73, no. 4., p. 250.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio-demográficamente la población asistente al programa de rehabilitación cardiaca en una institución de IV nivel en Bogotá en el periodo de marzo-abril de 2009.
- Identificar la calidad de vida global de los pacientes, al inicio y al final de la Fase II del Programa de Rehabilitación Cardiaca en una institución de IV nivel en Bogotá en el periodo de marzo-abril de 2009.
- Realizar un análisis comparativo de la dimensión física al inicio y al final de la Fase II del Programa de Rehabilitación Cardiaca en una institución de IV nivel en Bogotá en el periodo de marzo-abril de 2009.
- Realizar un análisis comparativo de la dimensión emocional al inicio y al final de la Fase II del Programa de Rehabilitación Cardiaca en una institución de IV nivel en Bogotá en el periodo de marzo-abril de 2009.
- Realizar un análisis comparativo de la dimensión social al inicio y al final de la Fase II del Programa de Rehabilitación Cardiaca en una institución de IV nivel en Bogotá en el periodo de marzo-abril de 2009.

1.4 PROPÓSITOS

- Mostrar la evaluación de la calidad de vida de los programas cardiovasculares como una herramienta fundamental en el diseño de programas más eficaces y efectivos por medio de la promoción de la aplicación de instrumentos que permitan detectar e intervenir precozmente en los puntos débiles y maximizar los positivos del programa a fin de ofrecer una atención de mayor calidad.
- Dar a conocer los instrumentos de medición de calidad de vida principalmente a los profesionales de enfermería para que puedan realizar una

valoración más comprensiva e integral de los pacientes cardiovasculares antes y después de la rehabilitación cardíaca y así realizar intervenciones más eficaces.

- A partir de la socialización de los resultados de este estudio se pretende promover la planeación, fortalecimiento y estandarización de protocolos teniendo como base las necesidades sociales, psicológicas, biológicas y educativas de la comunidad cardiovascular, a fin de mejorar la calidad de vida del paciente cardiovascular.

2. MARCO TEORICO

2.1 CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares, según la organización mundial de la salud (OMS)⁴⁰, son el conjunto de patologías que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, entre estas se incluyen: Enfermedad Coronaria, Enfermedad Cerebro vascular, Arteriopatías Periférica, Hipertensión, Cardiopatía Reumática, Cardiopatía Congénitas, Insuficiencia Cardíaca, Trombosis Venosas Profunda y Embolia Pulmonar. Enfermedades producidas por causas subyacentes (envejecimiento, globalización, urbanización, cambios culturales, demográficos y en los estilos de vida) y principalmente por factores de riesgos claramente identificados que en su mayoría son modificables, generando el 80% de los casos de Enfermedad Coronaria y Cerebro Vascular a nivel mundial. Entre los factores de riesgo se encuentran:

- **Hipertensión:** en la mayoría de los países el 30% de los adultos tienen hipertensión, la cual se relaciona con mayor riesgo de sufrir un ataque cardíaco y un ataque cerebro vascular, además este riesgo se duplica cuando la presión arterial diastólica aumenta 10 puntos o cuando la presión arterial sistólica aumenta 20 puntos⁴¹.

- **Dislipidemia:** los niveles bajos de HDL y niveles altos de colesterol LDL, de triglicéridos y de colesterol total; aumentan el riesgo de Accidente Cerebro vascular Isquémico y Enfermedad Coronaria; estos niveles altos ocasionan un

⁴⁰ WHO, Op.cit. p. 1

⁴¹ WHO, Op.cit, [The Atlas of Heart Disease and Stroke](#).p.28,

tercio de las Enfermedades Cardiovasculares y causan 4.4 millones de muertes en el mundo⁴².

• **Tabaco:** el uso del tabaco es responsable de 4.9 millones de muertes a nivel mundial, aumentando el riesgo de enfermedad cardiovascular (IAM, angina de pecho) sobretodo en los hombres que tienen un mayor riesgo de ataque al corazón que las mujeres⁴³. Tanto en las personas que empezaron a fumar antes de los 16 años, como en las personas que son fumadoras pasivas, están expuestas al riesgo cardiovascular para ataques cardiacos, accidentes cerebro vasculares, angina de pecho y a experimentar lesión, taponamiento y debilitamiento de las arterias.

Cabe aclarar que fumar promueve las enfermedades cardiovasculares a través de varios mecanismos. Se lesiona el endotelio, revestimiento de los vasos sanguíneos, aumenta el colesterol (placas depósitos de grasa en las arterias), aumenta la coagulación, aumenta los niveles de LDL-colesterol y disminuye lo de HDL, y promueve el vaso espasmo arterial. La nicotina por ser un vasoconstrictor actúa sobre el sistema nervioso simpático acelerando el ritmo cardiaco y aumentando la presión arterial.

• **Inactividad física:** incrementa en un 50% el riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebro vascular isquémico, esto se debe a que actualmente el 60% de la población mundial son inactivos como consecuencia de la urbanización, la industrialización y la mecanización del transporte, (entre 1980 y 1998, el parque mundial de automóviles creció un 80%, con una tercera parte del aumento que se producen en los países en desarrollo). Las consecuencias de esta inactividad se reflejan en la cifras de mortalidad, la inactividad física causa 1.9 millones de muerte en todo el mundo, de las cuales el 20% son

⁴² Ibid., p. 30.

⁴³ Ibid. p. 32.

causadas por enfermedades cardiovasculares y el 22% por enfermedades coronarias⁴⁴.

• **Obesidad:** el riesgo cardiovascular y de diabetes aumentan de manera constante; ocasionando un incremento en el índice de masa corporal, asimismo los cambios en la dieta, la inactividad física y el bajo consumo de verduras y frutas corresponde al 20% de las causa de enfermedad coronaria en el mundo. La obesidad ha tenido comportamientos similares en diferentes países, por ejemplo en Estados Unidos más del 60% de los adultos son obesos; en China hay 70 millones de personas con sobrepeso. Por otro lado, la población del pacifico sur tiene una de las tasa más altas de obesidad. Conjuntamente a nivel mundial este factor de riesgo causa 2,6 millones muertes al año⁴⁵.

• **Diabetes:** esta es una patología en crecimiento de la cual actualmente 170 millones de personas en el mundo la padecen, es más frecuente en países desarrollados⁴⁶.

• **Depresión:** los episodios de depresión en pacientes cardiovasculares son tres veces más altos que en la población general, lo cual según los estudios aumenta el riesgo de mortalidad por enfermedades coronarias. Estos episodios son provocados a nivel fisiológico por cambios en la regulación del sistema nervioso autónomo, aumento de catecolaminas y por una respuesta exagerada del pulso cardiaco a estresores ambientales.

El riesgo de la depresión también se ve reflejado en el surgimiento de creencias sobre la precariedad de la salud personal y en la ineficacia del tratamiento. Asimismo, los efectos negativos consisten en el aumento de

⁴⁴ Ibid. p. 34.

⁴⁵ Ibid., p. 36.

⁴⁶ Ibid., p. 38

conductas de riesgo como el consumo de alcohol y cigarrillo, en el incumplimiento de recomendaciones médicas y en el aislamiento social⁴⁷.

• **Ansiedad:** los pacientes con ataques de pánico, fobias o trastorno de ansiedad generalizada tienen cuatro veces más probabilidades de morir por causa de una enfermedad cardiovascular y/o muerte súbita. También presentan más visitas médicas no programadas por dolor precordial, tienen tendencia a ser sedentarios y a registrar mayor pulso cardiaco en reposo. La ansiedad se ha relacionado con mayor percepción de dolores somáticos como palpitaciones y arritmias. Los cambios fisiológicos asociados a la ansiedad consisten en una alteración en el tono cardiaco autónomo dado por una estimulación simpática.

Esta ansiedad es provocada por la constante preocupación de los pacientes sobre temas como la sexualidad, la salud, la alimentación y el trabajo. Asimismo, la atención sobre el cuerpo y el corazón aumenta; según los autores, en estos pacientes, si bien se presta mayor cuidado a la salud cardiovascular, se realizan menos actividades con el fin de no fatigar o esforzar el sistema circulatorio. La ansiedad, en este contexto, conduce a un mayor retiro de actividades sociales y vocacionales. Así entonces, se generan sentimientos de incapacidad que refuerzan la inseguridad⁴⁸.

• **Personalidad tipo A:** se define como conductas caracterizadas por extrema competitividad, urgencia de tiempo, impulsividad, afán de éxito, ansiedad, la ira, hostilidad, dedicación al trabajo y agresividad. Los estudios que se han realizado han demostrado que las personas que con un alto nivel de hostilidad y agresión, componentes de la personalidad tipo A, tienen mayor

⁴⁷ HURTADO REYES, David Alejandro. "Yo tenía otra cosa en la cabeza" Relevancia del Estrés Laboral en el contexto de la Rehabilitación Cardíaca. Trabajo de grado Psicólogo. Bogotá D.C.: Universidad de los Andes. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología, 2006.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 24

probabilidad de tener eventos mortales o no mortales de enfermedad cardiovascular y presentan una alta prevalencia de aterosclerosis⁴⁹.

- **Asilamiento social:** la falta de apoyo social ha sido directamente reaccionada con el incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y también con el aumento de la prevalencia de morbilidad específicamente infarto del miocardio y angina de pecho. Estudios han demostrado que los pacientes cardiovasculares que se encuentran más aislados socialmente tienen mayor riesgo de muerte que las personas con mayor implicación social y tienen mayor riesgo de experimentar trastornos cardiovasculares; diferentes investigaciones demuestran que el apoyo social puede operar a un nivel psicofisiológico como un moderador del estrés y la reactividad cardiovascular⁵⁰.

A la vez, estas enfermedades son originadas por causas subyacentes como son: el envejecimiento mostrado por los cambios en la pirámide poblacional; los cuales han sido producidos por el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad, la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas y el acceso a los servicios médicos. Simultáneamente la globalización, la urbanización y los cambios culturales y demográficos han conducido a que las personas adquieran estilos de vida poco saludables como son: consumir dietas ricas en grasa, azúcar, calorías, ser sedentarias dado que los trabajos modernos y la disponibilidad de los transportes mecanizados conducen a la disminución del esfuerzo físico y a la inactividad física. Además este grupo de enfermedades se están presentando con mayor frecuencia en países en desarrollo, en los niveles socioeconómicos bajos y en un nivel educativo menor; que está relacionado con mayor prevalencia de factores de

⁴⁹ FERNÁNDEZ-ABASCAL, Enrique G., MARTÍN DÍAZ María Dolores y DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, Francisco Javier. Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *En: Psicothema*, 2003. Vol. 15, no. 4, pp. 615-630.

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 620.

riesgo (hipertensión, tabaquismo y diabetes) y mayor incidencia de enfermedad coronaria⁵¹.

El impacto derivado de estas enfermedades se ve reflejado en diferentes aspectos, a nivel económico generan gastos en las instituciones y en los pacientes, reflejados en hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos y medicamentos (14 y el 25 % del costo total)⁵². Los problemas de salud relacionados con enfermedad cardiovascular generan un costo de 177 mil millones dólares al año en Estados Unidos. Por otro lado los gastos directos de la atención médica y el tratamiento del paciente cardiovascular serán en promedio 33 mil millones dólares, además los costos indirectos por ausentismo laboral y pérdida de productividad son de 20,6 mil millones dólares en Estado Unidos⁵³.

El impacto físico que el paciente experimenta derivado de las limitaciones originadas por su sintomatología clínica (disminución de la respiración, fatiga muscular y dolor en el pecho) van a causar la disminución de la tolerancia al ejercicio, lo cual conlleva a una percepción de discapacidad mayor.

Por otro lado el nivel sexual, también se ve afectado de manera significativa por el diagnóstico de una cardiopatía dado que según Ilarraza “en un 50% de los casos el paciente disminuye su actividad sexual después de haber sufrido un infarto agudo del miocardio y en un 25% la suspende totalmente”. Las causas son muy variadas pero el común denominador es el miedo y la inseguridad tanto del paciente como de su pareja con el agravante, en que el 80% de los casos, el paciente no recibe ninguna información acerca del manejo de su vida sexual⁵⁴.

⁵¹ WHO. [The Atlas of Heart Disease and Stroke](#). Op. Cit., p. 40

⁵² FERNÁNDEZ GARCÍA Ariana; GÁLVEZ GONZÁLEZ Ana María y CASTILLO GUZMÁN, Antonio. Costo institucional del infarto agudo del miocardio en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu06408.htm

⁵³ WHO. [The Atlas of Heart Disease and Stroke](#) Op.cit . p. 54.

⁵⁴ ILARRAZA LOMELÍ, Hermes. Rehabilitación y prevención cardiovascular: El complemento necesario a la terapéutica de hoy. Archivos de Cardiología de México VOL. 73 NUM 4 Octubre-Diciembre de 2003[Artículo de Internet]. EN: <http://www.tempusvitalis.com/Revista03/PDF/mitosp.pdf>[Consultado 10 mayo 2008]

Paralelamente, el presentar una enfermedad cardiovascular tiene un efecto psicológico y conductual que estremece al paciente en lo más profundo de su ser generando respuestas emocionales como temor, la ansiedad, el miedo, desánimo, frustración, injusticia, invalidez y sensación de ser una carga familiar entre otros. Detrás de esta enfermedad existe una persona con necesidades no satisfechas que se enfrenta con la impotencia de no tener los elementos necesarios para adaptarse a su nueva realidad, por ello se sumerge en la rabia, sin permitirse concientizarla, manejándola a través de la culpa, el miedo y la desvalorización continua ^{55 56}.

Esta situación personal por la que atraviesa el paciente va a generar dentro de sí gran ansiedad e incluso depresión, siendo estos factores reconocidos como generadores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, los cuales van afectar la dinámica familiar originando conflictos en el rol, social, lúdico y laboral. Por lo anterior, en las propias familias se desarrollan comportamientos como la sobreprotección principalmente dado por el conyugue, el cual expresa una preocupación excesiva por la salud del paciente y por las consecuencias de la enfermedad, que repercute negativamente en la recuperación del enfermo cardiovascular porque limita su autonomía y su responsabilidad en sus propios cuidados.

Además, el conyugue tiene la máxima responsabilidad de cuidado, por lo tanto es el que soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente conduciéndolo a dejar de lado su actividades diarias y asumir para sí actividades que con anterioridad al episodio realizaba su pareja con normalidad siendo la mayoría de las veces⁵⁷; la causa de toda esta situación es el propio

⁵⁵ GRANERO MOLINA J et al. Mitos, creencias y temores en la cardiopatía isquémica. *En: Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*. [online], 2002. VO. 2, No. 2, pp.36-48. [Cited 10 abril de 2008], Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/Revista03/PDF/mitosp.pdf>.

⁵⁶ SOLANO RUIZ, M^a del Carmen y GONZÁLEZ, José Siles. Las vivencias del paciente coronario: en la unidad de cuidados críticos. *En: Index Enferm.*2005. vo.14, no.51.

⁵⁷ GRANERO MOLINA, Op Cit., p. 46.

desconocimiento de la situación y la carencia de una información exhaustiva en referencia a la enfermedad (tratamiento y efectos del mismo, seguimiento)^{58 59}.

Como consecuencia de la interacción de todos los factores antes mencionados, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en un problema de salud pública tanto a nivel mundial como nacional. En Colombia, se evidencia que la enfermedad isquémica aguda es la que causa mayor número de muertes en Colombia y se presenta con mayor frecuencia a partir de los 45 años, siendo los hombres más afectados que las mujeres, esta patología es seguida por las enfermedades cerebro vasculares que causaron 13.393 muertes en 1999 según las estadísticas "vitales" del DANE⁶⁰; las enfermedades hipertensivas que causaron en ese mismo año, 5.490 muertes que muestran un aumento marcado a partir de los 60-64 años, la insuficiencia cardiaca causo en 1999 3.902 muertes las cuales presentan su mayor frecuencia a partir de 65-69 años; las enfermedades cardiopulmonares, de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón causaron en ese mismo año 3.434 muertes y la aterosclerosis con 329.000 defunciones, es la que menos mortalidad genera^{61 62}.

A raíz de la información planteada se puede concluir que las enfermedades cardiovasculares cada vez son más frecuentes en Colombia, en las estadísticas anteriores la epidemiología cardiovascular se caracteriza por tener un origen multifactorial, esto unido a estilos de vida poco saludables que llevan a potencializar estos factores, permitiendo la creación de una condición crónica.

⁵⁸ GIL ALONSO, Dolores. Cuidados de la familia. El cuidador principal En: PORTUONDO MASEDA M.^a Teresa, et al. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología. 2009. ISBN: 978-84-692-1928-7. pp 436.

⁵⁹ SOLANO RUIZ, M^a del Carmen; SILES GONZALEZ, José y FERNANDES DE FREITAS, Genival. Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio: Un estudio fenomenológico. [online]. En: Index Enferm 2008. vol.17, n.1, p. 7-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962008000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296

⁶⁰ DANE. Op. Cit., p. 1

⁶¹ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op cit.

⁶² WHO. [The Atlas of Heart Disease and Stroke](#). Op. Cit p. 42

Esta situación ha sido una de las principales preocupaciones de los sistemas de salud a nivel internacional y en Colombia por el alto costo económico y social que generan estas patologías; como se menciono anteriormente. Por ello se han creado varios programas cuya tendencia ha sido la promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde los tres niveles de prevención. Cabe resaltar que las políticas nacionales se enfocan más en la prevención primaria dejando de lado la prevención secundaria y terciaria.

Por lo anterior, es importante destacar que el profesional de enfermería debe intervenir en la creación de estrategias que ofrezcan respuestas destinadas al control, manejo y prevención de la enfermedad cardiovascular en forma integral. Una de las estrategias es el desarrollo e implementación de programas cardiovasculares, dirigidos a pacientes adulto medio y mayor, con patologías y factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular.

Los diversos programas que se han creado tienen dos enfoques. El primero es la prevención primaria, donde se trabaja sobre promoción de estilos de vida saludables y prevención de factores de riesgo, para evitar que se produzca una enfermedad cardiovascular y sus complicaciones, utilizando como principal herramienta la educación en salud que busca proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud⁶³.

El segundo enfoque es la prevención secundaria y terciaria, el cual se fundamenta en el control, manejo y rehabilitación de las enfermedades crónicas, en el caso de la enfermedad cardiovascular busca que el paciente pueda reintegrarse a una vida familiar, laboral y social plena, reduciendo así la aparición de nuevos episodios cardiovasculares.

En este ultimo enfoque, una de las estrategias, es el programa de rehabilitación cardiaca, el cual se explica con mayor profundidad a continuación dada su

⁶³ GARCÍA OSPINA, Op. cit.

importancia en la disminución de la alta mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares en Colombia.

2.2 PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA

2.2.1 CONCEPTO Y OBJETIVOS

Los programas de rehabilitación cardíaca agrupan todas las medidas y actividades tendentes a disminuir la mortalidad y el riesgo de presentación de nuevos episodios en pacientes con cardiopatías crónicas, mejoran la capacidad funcional y la autoconfianza necesarias para recobrar las relaciones familiares, sociales y laborales que les conduzca a adquirir y mantener una condición física, mental y social óptima, además encauzan el estudio de los familiares del enfermo de alto riesgo para evitar, en ellos, la aparición de la enfermedad. Esta definición hace referencia a la prevención secundaria⁶⁴.

Conjuntamente el programa de rehabilitación cardíaca, tiene un enfoque desde la prevención terciaria, involucra una serie de métodos cuyo objeto es devolver a los enfermos el máximo de posibilidades físicas y mentales permitiéndoles recuperar una vida social, familiar y profesional plena. Estos métodos incluyen la movilización precoz, el entrenamiento físico supervisado, la orientación vocacional y el apoyo emocional⁶⁵. Métodos que conducen al planteamiento de los objetivos del programa de rehabilitación cardíaca que se pueden determinar y plantear sobre el impacto que tiene en la mejoría de la calidad de vida, meta final que persiguen los programas de rehabilitación cardíaca, por ello sus objetivos se diseñan alrededor de las dimensiones de la misma (social, física y

⁶⁴ ACEVEDO, Op. Cit. p.1

⁶⁵ WILKE, M et al. Rehabilitación Cardíaca. En: BAYÉS DE LUNA, Antoni VV Staff y et al. Cardiología Clínica. Madrid: Elsevier España, 2002 . ISBN 8445811797. P. 962

emocional); según la Sociedad Americana de Rehabilitación Cardiopulmonar son:⁶⁶

- Regresar al paciente con enfermedad cardiovascular a su estado óptimo físico, psicosocial y vocacional.
- Asegurar la prevención primaria y secundaria en los enfermos con alto riesgo coronario.
- Disminuir la morbimortalidad cardíaca y la sintomatología del enfermo cardíopata.

Estos objetivos desde la práctica hospitalaria son vistos como directrices macro, que se ven reflejados y condensados en objetivos micro dentro de los protocolos de las diferentes instituciones en los que se encuentran:

- Facilitar el control de factores de riesgo que comprende la identificación y el tratamiento del mismo, la enseñanza y reforzamiento de estilos de vida saludables que mejoren el pronóstico y la situación óptima de la capacidad física.
- Mejorar la calidad de vida
- Mejorar la capacidad funcional
- Evitar el deterioro psicológico
- Normalizar las relaciones socio-familiares y sexuales.
- Aumentar la incorporación laboral.

Para la institución de IV nivel donde se realizó el estudio, el programa de rehabilitación cardíaca, es el conjunto de acciones terapéuticas, aplicadas a los pacientes cardiovasculares, diseñadas para limitar los efectos lesivos, tanto fisiológicos como psicológicos de las cardiopatías; reducir el riesgo de muerte súbita o pre infarto; controlar la sintomatología cardiovascular; estabilizar o

⁶⁶ PINSON G, Ana G. Rehabilitación cardíaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica. En: Rev Enferm IMSS. 2001. Vo.9, no. 2, p 97-103.

revertir el proceso de aterosclerosis y mejorar el estado biopsicosocial de los pacientes⁶⁷.

Su objetivo general es mejorar en los pacientes la condición física, psíquica y social-vocacional; ayudándolos a recuperar un rol activo dentro de la sociedad; sus objetivos específicos son: mejorar la capacidad de ejercicio, ayudar al paciente a reiniciar las actividades que previamente realizaba, actuar de forma directa sobre los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular; mantener el peso corporal, crear hábitos de ejercicio, mejorar la reacción de adaptación que surge posterior al síndrome coronario agudo como son: depresión, ansiedad, sentimiento de minusvalía, dependencia, disminución de la incapacidad laboral y cambiar hábitos alimenticios⁶⁸.

Este programa está dirigido a pacientes que han presentado síndrome coronario agudo con o sin isquemia residual, cardiopatía dilatada con buena o mala fracción de eyección, arritmias cardíacas, post quirúrgicos cardiovasculares como revascularización miocárdica, cambios valvulares o trasplante cardíaco; pacientes con cardiodesfibriladores o marcapasos implantables, angina estable en pacientes no revascularizables, pacientes con síndrome de falla cardíaca y síncope cardiogenico⁶⁹.

Al momento que el paciente llega a la sala de Rehabilitación Cardíaca se realiza toma de signos vitales en reposo y se registran en la planilla, se distribuyen los pacientes en cada una de las máquinas disponibles para la realización de su respectiva rutina de ejercicio, se monitoriza cada uno de ellos y se realiza calentamiento previo al ejercicio aumentando la intensidad del mismo de forma progresiva y realizando a su vez seguimiento del estado físico y cardiovascular del paciente durante el desarrollo del mismo, de igual forma se registran los datos obtenidos del ejercicio en la planilla. Al completar el tiempo

⁶⁷ ACEVEDO, Op. Cit., p. 1

⁶⁸ Ibid., p. 2

⁶⁹ Ibid., p. 2

estimado para cada paciente que por protocolo es de 45 minutos, se realiza enfriamiento y disminución gradual del ejercicio; al finalizar se toman signos vitales de recuperación y se registran⁷⁰.

2.2.2 Fases de la rehabilitación cardiaca

El programa de Rehabilitación cardiaca de la institución de IV nivel seleccionado comprende tres fases, sin embargo cabe resaltar que a nivel internacional se contempla un total de cuatro fases, a continuación se hará referencia a las aplicadas en la institución donde se realizó el estudio:

2.2.2.1 Fase I o fase intrahospitalaria:

Inicia en el periodo de recuperación de los pacientes hospitalizados una vez que sus condiciones clínicas y hemodinámicas se encuentran estables, generalmente a las 48 horas del episodio y tiene una duración de cinco a doce días. En esta fase, se lleva a cabo la movilización temprana del paciente y la ejecución de ejercicios de baja intensidad(inicialmente pasivos y luego activos acompañados de la enseñanza de la respiración diafragmática), con la finalidad de disminuir al máximo las complicaciones del reposo prolongado en cama (disminución de la masa muscular, de la capacidad física, estasis venosa en los miembros inferiores, desclasificación ósea, problemas articulares, ansiedad, cuadros depresivos, debilidad física e hipovolemia, formación de trombos y episodios de tromboembolismo, retención de secreciones, infecciones respiratorias, bronquiectasias, derrames pleurales y parálisis frénica) y preparar al paciente para cubrir las demandas físicas necesarias una vez sea dado de alta.

En esta fase las actividades para pacientes no quirúrgicos, son ejercicios calisténicos suaves, como movimientos de brazos y piernas para mantener el

⁷⁰ Ibid., p. 3

tono muscular, ejercicios respiratorios, aseo personal y caminar al baño y movimientos de marcha progresivos. En pacientes quirúrgicos o en Unidad de Cuidado Intensivo el entrenamiento físico, comprende movimientos de brazos en flexión y extensión, brazos en cruz y estiramiento, se inicia según prescripción médica, después de la intervención una vez el paciente este extubado y estable.

La fase I constituye el momento ideal para iniciar las actividades de prevención secundaria. Se educa al paciente acerca de su enfermedad, la dieta, los factores de riesgo y su modificación. El paciente también recibe la orientación con respecto a sus medicamentos, los cuidados que deberá tener en casa, molestias comunes después de la cirugía y cuidado de la herida quirúrgica; recibirá instrucción con respecto a los cuidados y actividades recomendadas durante las primeras seis semanas de recuperación. Se tiene que dar especial atención a la enseñanza y reconocimiento de los síntomas que requieren atención médica inmediata.

Simultáneamente es responsabilidad del profesional de enfermería el asegurarse que el personal de piso, terapia física y nutrición y dietética lleven a cabo las actividades educativas correspondientes. Un nutricionista y dietista debe visitar al paciente antes del alta hospitalaria, enseñándole una dieta baja en colesterol, preparación de alimentos, sustitución de alimentos, lectura de la información nutricional que aparece en la envoltura o etiqueta de los alimentos y control de peso. Así mismo, el personal de terapia física orientará al paciente sobre la actividad física aconsejable para mejorar su capacidad física. Una semana antes del alta hospitalaria la instrucción del paciente deberá ser completada⁷¹.

Las sesiones educativas de fase I también se extiende a los pacientes programados para cirugía cardiovascular, dado que al corazón es un órgano

⁷¹ PINSON G, Ana G. Educación del paciente cardiovascular en los programas de rehabilitación cardiaca. EN: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Enero –Diciembre, 2000. Vo. 8, N° 1-4., p. 25-30.

que se le atribuye un carácter de primicia en relación con los otros, por ello la cirugía cardíaca ha sido identificada como fuente potencial de estrés y ansiedad por lo que da lugar a un número de respuestas psicológicas (miedo a lo desconocido, a perder la integridad del cuerpo o la autonomía e incluso morir, aumenta el estrés y la ansiedad debido a la ausencia de la pareja y por la preocupación de una recuperación difícil y lenta), sociales (cambios en la auto-percepción de los hombres en edad laboral activa en los que la enfermedad cardiovascular es considerada como un evento invalidante) y fisiológicas (respuesta anormalmente al ejercicio y la tolerancia al mismo está reducida)⁷².

Debido a estos cambios la enfermera se reúne individualmente con el paciente y la familia para la educación preoperatoria. La sesión incluye una breve explicación del procedimiento quirúrgico, el ambiente en la terapia intensiva post-quirúrgica, así como la enseñanza de ejercicios respiratorios y medidas de asistencia para la extubación temprana.

Es importante resaltar que en este grupo de pacientes el apoyo del profesional de enfermería es fundamental dado que gracias a la preparación física y emocional brindado a través de la psicoterapia cognitivo-conductual (test psicológicos, terapia de grupo, ejercicios de relajación y meditación, orientación, psicoeducación al paciente y familiares, técnicas de afrontamiento y manejo del estrés) se obtiene estimular la toma de conciencia acerca de la situación que está viviendo y las respuestas a ella. De este modo se logra reducir su ansiedad y depresión, disminuir las reacciones emocionales negativas, fomentar la expresión de emociones, fortalecer los sentimientos de seguridad y autoestima. Estas medidas ayudan al paciente y su familia a tener una experiencia menos traumática, reducir la incidencia de complicaciones respiratorias, se genera una creencia de mayor control personal sobre el

⁷² Ibid., p. 28.

proceso de recuperación y promueve la cooperación para una pronta recuperación en el post-operatorio mediato y tardío ^{73 74}.

2.2.2.2 Fase II o Fase activa:

La fase II es la fase de convalecencia o de recuperación de la capacidad funcional por medio de un programa de ejercicio individualizado, modificando y controlando los factores de riesgo. El interés en mejorar la capacidad funcional radica en la reducción de los síntomas invalidantes y la mejoría de la clase funcional, lo que lleva a una mejor calidad de vida del paciente con descenso de la ansiedad, depresión y estrés que a su vez va a favorecer el sistema simpático y parasimpático en la disminución de arritmias y muerte súbita ⁷⁵.

Los objetivos son: acondicionar al paciente a su rutina de ejercicio, buscar que el paciente en su rutina de ejercicio logre aumentar el consumo de equivalentes metabólicos (METS) y a su vez mejore su clase funcional, enseñar el método adecuado de ejercicio para que lo realice de forma ambulatoria, educar sobre los factores de riesgo mediante sesiones educativas tanto individuales como grupales, ordenar valoración nutricional que ayudara a lograr que el paciente se involucre en la elección y elaboración de su dieta para evitar el sobrepeso y controlar este factor de riesgo, brindar apoyo emocional, para tratar los cuadros de depresión y de ansiedad que frecuentemente aquejan al cardiópata; cambiar el estilo de vida tanto del paciente como de su familia, mejorar la calidad vida del paciente cardiópata y estratificar al paciente para clasificarlo en grupos de alto, medio y bajo riesgo ⁷⁶.

Se inicia después del alta hospitalaria y está compuesta por 12 sesiones con una frecuencia de dos a tres veces por semana; finaliza cuando el paciente

⁷³ ALARCÓN VELANDIA, Rafael y RAMÍREZ VALLEJO, Eduardo. Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular II Consideraciones sobre el tratamiento. En: Rev Col Psiqui. 2006. Vo. XXXV, no.3, p. 362-379

⁷⁴CASTILLERO A, Yalilis. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. En: avances en psicología latinoamericana.2007. vo.25, no.1, p. 52-63.

⁷⁵ WILKE, Rehabilitación Cardíaca. Op.cit., p. 964

⁷⁶ Ibid., p 2

completa 12 sesiones o adquiere una independencia funcional. Antes de iniciar las sesiones del paciente este debe ser clasificado según su capacidad funcional en tres grupos que son⁷⁷:

Cuadro 1. Clasificación de Riesgo dentro el Programa de Rehabilitación cardiaca

<i>Riesgo</i>	<i>Clínica</i>	<i>Pruebas complementarias</i>	<i>Capacidad funcional</i>
Bajo	Killip I No IAM previo Asintomático	No isquemia Respuesta normotensiva No arritmias FE > 50 %	> 7 MET
Moderado	Killip I o II No IAM previo Sintomatología leve angina	Isquemia ligera Elevación moderada de PA con el esfuerzo Arritmias de bajo grado FE entre 35 %-50 %	> 5 MET
Alto	Killip II-III IAM previo Síntomas a baja carga	Isquemia severa a baja carga o persistente Respuesta hipotensiva al esfuerzo Arritmias ventriculares severas FE < 35 %	< 5 MET

IAM: infarto agudo de miocardio; PA: presión arterial; FE: fracción de eyección.

Fuente: SANTOS, M. Marín Y URBEZ, M.R. Valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en los pacientes cardiopatas: ¿qué test y qué cuestionarios debemos utilizar? En: Rehabilitación. 2006. Vol 40. No 6, p: 309-17

Los integrantes del grupo I (bajo riesgo) tienen una capacidad funcional normal, por lo que no requieren aumentarla y lo único que necesitan es realizar ejercicios físicos aeróbicos moderados o ejercicios isométricos suaves. El objetivo es actuar en prevención secundaria contra el sedentarismo y coadyudar al control de otros factores de riesgo (dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus).

Por otra parte, como dice Germán Del Río Caballero y et al⁷⁸, estos pacientes como son de riesgo muy bajo deben realizar ejercicios de moderada intensidad,

⁷⁷ Ibid., P 3

por lo cual no se impone que estén controlados en una institución hospitalaria y pueden ejercitarse en su domicilio, en espacios comunitarios y hasta en su trabajo, lo cual incluye la vigilancia y el monitoreo transtelefónico y los sistemas basados en Internet.

Los pacientes de los grupos II (riesgo moderado) y III (riesgo alto), por tener disminuida su capacidad funcional, sí necesitan aumentarla y cumplir esta fase del entrenamiento físico de forma supervisada en un ambiente hospitalario, siguiendo los protocolos tradicionales y recibiendo una atención ambulatoria en el hospital una vez egresados de esta institución.

Este entrenamiento físico, como cualquier otra medida terapéutica, es indicado y dosificado siguiendo los lineamientos básicos de prescripción:

- **Frecuencia del entrenamiento:** no menos de 3 veces por semana
- **Duración del entrenamiento:** 30-45 minutos. Básicamente se divide en 3 etapas: calentamiento, endurecimiento o resistencia y enfriamiento, En cada sesión puede incluirse una etapa recreativa de 10-15 minutos para mejorar el aspecto psicosocial, así como la integración y adhesión al plan.
- **Intensidad del entrenamiento:** se establece por medio del conocimiento de la frecuencia que debe entrenar cada paciente; para ello se calcula la frecuencia cardíaca de entrenamiento (FCE) la cual se basa en la frecuencia cardíaca máxima (FCM) obtenida en la prueba de esfuerzo sin síntomas de alteraciones cardiovasculares; la FCE se calcula según la fórmula descrita por Karnoven:

$$\begin{aligned} \checkmark \quad FCE &= \text{Frecuencia cardíaca basal (FCB)} + \% (\text{FCM} - \text{FCB}). \\ \checkmark \quad FCM &= 220 - \text{edad} = 220 - \text{edad} \end{aligned}$$

⁷⁸ DEL RÍO C, Germán y et al. Protocolos y fases de la rehabilitación cardíaca. Orientaciones actuales [online]. EN: MEDISAN, 2005. Vo. 9, N° 1. [Cited 4 de diciembre de 2008], p. 1-7 Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_1_05/san14105.htm

En los primeros momentos se recomienda no pasar del 75 % de la FCM, para ir incrementándola a lo largo del programa de rehabilitación hasta llegar al 85 %. Se aconseja empezar por un porcentaje entre el 50 y 60 %, incrementándolo a lo largo del programa hasta el 60-80 %. Para regular esta intensidad se suele utilizar la escala de Borg (ver anexo 3), clasifica el esfuerzo físico en niveles de 1 a 10. El uno es estar en reposo y el 10 es el nivel de máximo esfuerzo. Por lo general, cuando los pacientes realizan ejercicio lo hacen entre los niveles 6-8 de la escala ⁷⁹.

Conjuntamente se realiza el control de la frecuencia cardiaca y la presión arterial; esta se realiza siempre durante las sesiones de entrenamiento. El monitoreo electrocardiográfico se utiliza con aquellos pacientes que comienza la fase II y durante las primeras sesiones en la banda sin fin o en la bicicleta estática.

- **Modalidad de ejercicio:** dentro del programa existen tres modalidades, bicicleta estática, banda y elíptica. Con cada una estas modalidades se gradúa la velocidad que realiza el paciente a fin de establecer cuantos METS deberá realizar por cada sesión (anexo 4-5).
- **Progresión del entrenamiento:** Depende del nivel de acondicionamiento inicial, antecedente previo de actividad física, estado de salud, edad, preferencia personal del paciente y otros factores.

Conjuntamente, es importante que el programa de rehabilitación cardiaca pueda ser capaz de cubrir las necesidades más importantes del paciente que lo conlleven a su pronta reincorporación física, social y psicológica. Esto es posible a través del ofrecimiento de múltiples oportunidades educativas y de la modificación dentro de factores de riesgo psicológicos descritos anteriormente.

⁷⁹ MEDINA PORQUERES, I y et al. Rol del fisioterapeuta en el marco de la rehabilitación cardiaca. En: Fisioterapia, 2003. Vo.25, no.3, p 170-80

Cabe señalar que aspectos como la asesoría nutricional, psicológica y ocupacional no están protocolizados para todos los pacientes, pero son tomados en cuenta en aquellos casos en los que el paciente lo requiera, según el criterio del equipo del programa de rehabilitación cardíaca. Sin embargo la literatura a nivel internacional destaca la necesidad de realizar una rehabilitación cardíaca basada en un programa multifactorial reflejado en el abordaje de las diferentes dimensiones contempladas en la calidad de vida, para lo cual se generan intervenciones a nivel educacional, psicológico y social que se profundizaran a continuación.

A **nivel educacional**, esta fase de la rehabilitación cardíaca constituye el momento más importante para promover el cambio del estilo de vida de los pacientes, por lo tanto es el momento apropiado para iniciar las sesiones educativas. El objetivo de dichas sesiones, se centra en lograr que el paciente adquiera conocimientos, desarrolle habilidades y modifique actitudes que conduzcan en conjunto a un cambio relativamente permanente en la conducta para mejorar y mantener su salud⁸⁰.

Entre los temas principales de estas sesiones educativas se incluyen: el control de la presión arterial, tabaquismo, control de colesterol, conocimiento de la enfermedad, actividad sexual, alimentación adecuada, control de peso, signos de alarma, diabetes mellitus, efectos benéficos del ejercicio, manejo del estrés y reincorporación psicosocial⁸¹.

A **nivel psicosocial**, en el programa de rehabilitación cardíaca debe existir un protocolo psicosocial, el cual persigue garantizar el bienestar psicosocial de los pacientes para mejorar su calidad de vida, eliminando la ansiedad, los estados depresivos u otros trastornos conductuales. Para ello generalmente se realizan

⁸⁰ PINSON G, Op. Cit., p. 29

⁸¹ Ibid., p. 29

test psicológicos para valorar la personalidad, los niveles de ansiedad y el grado de depresión, así como se efectúan sesiones de terapia de grupo y ejercicios de relajación y meditación, orientación y psicoeducación al paciente y familiares, terapias cognitivo-conductuales e interpersonales^{82 83}.

Por lo tanto, una eficaz intervención no solo debe apuntar a la modificación de las conductas de riesgo, sino, también a un cambio en las condiciones ambientales que garanticen la motivación y la adopción de un nuevo estilo de vida. Por esta razón es altamente favorable el trabajo terapéutico grupal y la promoción de redes de apoyo en el entorno más cercano del paciente: familia y amistades; incluir a éstas personas es la mejor forma de colaborar con la rehabilitación. Para hacer frente a todo el impacto psicológico y social al que está enfrentado el paciente cardiovascular; actualmente, en distintos países, se están implementando protocolos que se basan en una metodología psicoeducativa de corte cognitivo, que incluye los siguientes puntos⁸⁴:

- El control de las reacciones negativas: disminución de los niveles de ansiedad y depresión.
- El manejo del estrés, aumentando las habilidades de enfrentamiento a situaciones amenazantes.
- La modificación de los llamados componentes tóxicos.
- La adquisición permanente de comportamientos saludables.
- El aumento de las interacciones sociales.

Esta metodología básicamente, trata de cambiar el rol de paciente al de persona. El programa tiene como hilo conductor el pasaje de un sujeto pasivo sin control sobre su vida, (el paciente), a un sujeto activo (la persona) que

⁸² GARCÍA DE VICUÑA ARANGUREN, B y et al. Características mínimas de un programa de rehabilitación cardiaca en la comunidad autónoma del país vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2003. Informe nº: Osteba D-03-02.

⁸³ ALARCÓN VELANDIA, Rafael y RAMÍREZ VALLEJO, Eduardo. Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular II Consideraciones sobre el tratamiento. En: Rev Col Psiqui. 2006. Vo. XXXV, no.3, p. 362-379

⁸⁴ LAHAM, Mirta. Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. En: Suma Psicológica. Marzo, 2008. vol. 15, no. 1, p. 145.

puede controlar su vida, dotándolo de estrategias y habilidades que le permitan interactuar y desarrollarse en su entorno, anulando las respuestas ansioso-depresivas, las reacciones de estrés frente a una valoración de las situaciones como amenazantes⁸⁵.

Los protocolos psicocardiológicos se apoyan en técnicas de terapia grupal y se implementan a nivel hospitalario, integrando a cardiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas y psicólogos bajo la coordinación del profesional de enfermería, en un verdadero trabajo interdisciplinario. Estos tienen como objetivos generales de la intervención psicológica en la rehabilitación cardíaca⁸⁶:

- Reducir el impacto emocional negativo que provoca la enfermedad, aportando información realista acerca de sus repercusiones.
- Aumentar el estado de salud y disminuir las probabilidades de futuros eventos cardiológicos, dotando de estrategias que le permitan entender y alcanzar los objetivos de salud que se les propone.
- Adherir al tratamiento.
- Reconocimiento de la necesidad de recibir ayuda.
- Decisión de cambio en el estilo de vida.

Por último, **a nivel social** se aborda la parte laboral por medio de intervenciones de terapia ocupacional. El objetivo es hacer coincidir el perfil físico y psicológico del paciente con las exigencias de su lugar de trabajo; para ello se debe evaluar el tipo de trabajo identificando: sedentarismo, exposición a los ruidos, características de los turnos de trabajo y el estrés. Con base a estos aspectos se enfoca el entrenamiento intentando simular el entorno del trabajo habitual dentro de las actividades realizadas en el programa de rehabilitación

⁸⁵ Ibid., p 145

⁸⁶ Ibid.,p.24.

cardiaca, y se aconseja al paciente sobre la forma en que puede desarrollar su actividad laboral de manera más ergonómica y con menos riesgo^{87 88}.

La inclusión de los pacientes en la fase II de los programas de rehabilitación cardiaca, facilita el constante recordatorio de las medidas de autocuidado y modificación de factores de riesgo a través de sesiones individuales y/o grupales impartidas a los pacientes y sus familiares. En esta fase intervienen los diversos profesionales que forman parte del equipo de rehabilitación cardiaca, siendo las enfermeras quienes generalmente coordinan los programas de educación de pacientes.

La participación del profesional de enfermería en rehabilitación cardiaca es amplia, versátil e importante, siempre retomando el compromiso inherente a la profesión. Enfermería se vincula con la persona, en este caso con el paciente cardiovascular, en el contexto para lograr su beneficio y por lo tanto, al sumar sus esfuerzos junto con los demás miembros del equipo de rehabilitación cardiaca, lograr la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

2.2.2.3 Fase III o fase de mantenimiento:

Comprende el resto de la vida del paciente y es considerada como un programa extramural de duración indefinida. Es la fase de mantenimiento y equivale a la prevención terciaria, incluye los cuidados cardiacos multifactoriales a largo plazo y las actuaciones en el campo físico, psicológico, laboral y social de por vida en pacientes que han superado la fase II, encontrándose de nuevo en el ambiente personal y social previos, donde es necesario que mantengan los hábitos de vida saludables aprendidos en las fases anteriores⁸⁹.

⁸⁷ GARCÍA DE VICUÑA, Op.cit . p. 13

⁸⁸ MONPERE, Catherine. Cardiac Rehabilitation: Guidelines and Recommendations. En: [Disease Management & Health Outcomes](#). September 1998, vo. 4, no. 3, p 143-156.

⁸⁹ DEL RÍO C, Op. Cit., p. 5

Se prescribe un ejercicio de mantenimiento según la evolución y el informe cardiológico tras la fase II⁹⁰. El seguimiento del paciente en la mayoría de los casos está a cargo de la entidad prestadora de salud (EPS), quienes determinan con base al informe entregado al paciente cardiovascular y su familia, con que institución o cardiólogo serán los controles médicos esporádicos a partir de los cuales se construye un nuevo plan de cuidados que incorpora hábitos y comportamientos sanos para mantener un estilo de vida saludable para un futuro mejor⁹¹.

En esta fase, el paciente adquiere mayor independencia, desarrolla su actividad física de manera autónoma conforme al plan de entrenamiento establecido al término de la fase II, sin monitorización clínica durante la realización del mismo. La moderación del ejercicio la realiza a través del control de la frecuencia cardíaca y/o con la percepción al esfuerzo físico mediante el uso de la escala de Borg. Periódicamente el paciente rehabilitado acude al centro de rehabilitación cardíaca para su control y valoración del ejercicio hecho en casa⁹².

Al contrario de lo planteado anteriormente, a nivel internacional la fase III tiene una connotación diferente, puesto que se realiza en espacios más abiertos dotados con el material necesario (carro de paro con un desfibrilador, electrocardiógrafo, esfigmomanómetro, bicicletas, cintas sin fin, etc.). Estos lugares son clubes coronarios o polideportivos o gimnasios, en donde se cuenta con un cardiólogo consultor, quien decidirá la conveniencia o no de modificar los programas, el tratamiento o la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o terapéuticas en el hospital de referencia, de esta forma se tiene un seguimiento más estrecho del paciente. El ejercicio por lo general

⁹⁰ Ibid., p. 5

⁹¹ PINSON G, Rehabilitación cardíaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica. Op. cit., p.100

⁹² Ibid., p.100.

comprende sesiones de 3 veces a la semana, en las cuales el paciente puede realizar actividades como caminar o andar en bicicleta⁹³.

Simultáneamente en esta fase, el profesional de enfermería se encarga del seguimiento de los pacientes por medio de llamadas telefónicas o visitas periódicas para recordar las instrucciones a fin de incrementar y afianzar lo aprendido en las sesiones educativas, de este modo se genera una mayor adherencia al tratamiento y control de factores de riesgo. El profesional de enfermería contesta preguntas, reitera la educación y cuestiona al paciente para evaluar las condiciones y auto-cuidado del paciente⁹⁴.

El profesional de enfermería tiene un papel cada vez más amplio e importante en los programas de rehabilitación cardíaca interviene en la preparación, valoración, estratificación de riesgo del paciente (antes, durante y después de las sesiones de entrenamiento) y en el desarrollo de actividades de prevención secundaria con el objetivo de modificar los factores de riesgo, por lo tanto debe conocer los procesos de la enfermedad, su tratamiento y rehabilitación, entendiendo la influencia que el medio ejerce sobre el individuo y su enfermedad⁹⁵.

Simultáneamente debe desarrollar un rol administrativo al llevar a cabo la coordinación administrativa del programa, asegurando la continuidad de cuidados de los pacientes durante todo el proceso de rehabilitación, en comunicación continua con el director del programa y todos y cada uno de los miembros del equipo de rehabilitación cardíaca. Asimismo, participa en el desarrollo y actualización de los manuales y juega un papel decisivo en la aplicación de estándares de calidad para cubrir los requerimientos básicos de

⁹³ VELASCO, José A y et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. En: Revista Española De Cardiología. Agosto, 2000. vol. 53, no. 8, p.1095-120.

⁹⁴ PINSON G, Op. Cit., p. 29

⁹⁵ PINSON G, Rehabilitación cardíaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica. Op. Cit., p. 102.

atención y seguridad del programa requeridos en las inspecciones internas, nacionales y para certificaciones del programa⁹⁶.

2.2.2.4 Fase IV

La fase IV es de duración indefinida, una vez superada la fase III, que no suele incluir supervisión clínica ni monitorización con electrocardiograma. Los objetivos de esta fase son mejorar y mantener el estado físico, prevenir recaídas y complicaciones de las enfermedades coronarias y principalmente subrayar la importancia de adquirir un estilo de vida saludable durante toda la vida, basado en la práctica regular de actividad física⁹⁷. Durante esta etapa el paciente asume la responsabilidad de continuar el programa con controles ocasionales en el tiempo⁹⁸.

Esta fase según la consulta e investigación realizada por las autoras del estudio no se aplica en la mayoría de las instituciones de Colombia, tanto públicas como privadas, algunas entienden que esta fase como controles esporádicos en los que hay una relación más flexible con el paciente⁹⁹.

2.2.3 Efectos benéficos de la rehabilitación cardiaca

Los efectos benéficos de la rehabilitación cardiaca son el resultado de un plan de entrenamiento físico sistematizado, de la modificación de los factores de

⁹⁶ Pinson, Ana Lane. Actualidades en rehabilitación cardíaca. EN: revista mexicana de enfermería cardiologica Vol. 12, Núm. 3 Septiembre-Diciembre 2004. pp 106-111

⁹⁷ FARDY, Paul S y YANOWITZ, Fank G. Rehabilitación cardíaca, la forma física del adulto y las pruebas de esfuerzo. Rehabilitación Cardíaca a largo plazo. Madrid: Editorial Paidotribo, 2003. 329 p. ISBN 8480196971, 9788480196970

⁹⁸ MARTÍNEZ LOPÉZ, Elkin y OROZCO MAZO, Ángela. Programas de rehabilitación cardíaca en las principales ciudades de Colombia En: Investigación y Educación en Enfermería. Septiembre, 1999. Vol 17, no. 2, p.61-75.

⁹⁹ Ibid., p.61-75.

riesgo y del apoyo psicológico brindado al paciente. El entrenamiento físico promueve una serie de adaptaciones a nivel fisiológico y bioquímico en el organismo que con lleva a la disminución del trabajo cardiaco con la disminución del consumo miocárdico de oxígeno. Estas adaptaciones, conjuntamente con las acciones tomadas para la modificación de factores de riesgo, han mostrado tener un efecto benéfico significativo en la disminución de la morbilidad y mortalidad de los pacientes coronarios. En el área psicológica, el paciente logra una mejor aceptación y adaptación a su enfermedad^{100 101}.

Finalmente, el efecto principal de la rehabilitación cardiaca reside en la mejoría de la calidad de vida del paciente haciendo posible una pronta reincorporación social, laboral y familiar. En el siguiente cuadro se presenta más claramente dichos beneficios donde el principal es la mejoría en la calidad de vida representada en sus dimensiones. Esto beneficios son producto de una rehabilitación cardiaca basada en ejercicio, educación, consejería y asesoría psicológica^{102 103 104}.

¹⁰⁰ ARBOLEDA NARANJO, Luis Hernando. Beneficios del ejercicio. En: Hacia la porción de la salud. Enero-Diciembre, 2003, no. 8,,p. 8

¹⁰¹ PINSON G, Op cit., p. 99

¹⁰² WENGER, Nanette. Current Status of Cardiac Rehabilitation. En: J Am Coll Cardiol, 2008, vo. 51, no.7, p 1619-1631

¹⁰³ ANTONAKOUDIS H. Cardiac rehabilitation effects on quality of life in patients after acute myocardial infarction. En: HIPPOKRATIA. 2006. vo, 10, no. 4, p 176-181

¹⁰⁴ MONTSERRAT LEÓN-LATRE. Temas de actualidad en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. En: Rev Esp Cardiol. 2009. Vo. 62, Supl. 1, p.4-13

¹⁰⁴ MONTSERRAT LEÓN-LATRE. Temas de actualidad en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. En: Rev Esp Cardiol. 2009. Vo. 62, Supl. 1, p.4-13

CUADRO 2. Efectos benéficos de la rehabilitación cardiaca

<i>A NIVEL FISIOLÓGICO</i>	<i>A NIVEL BIOQUIMICO</i>	<i>A NIVEL EMOCIONAL</i>	<i>MORTALIDAD/ MORBILIDAD</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la capacidad funcional • Aumento de contractibilidad miocárdica • Disminución de la demanda miocárdica de oxígeno • Disminución de la frecuencia cardiaca de reposo y al esfuerzo submáximo • Disminución de la presión arterial de reposo y al esfuerzo submáximo • Mejor distribución circulatoria periférica y retorno venoso • Disminución del riesgo para tromboflebitis • Mejoría de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de los niveles de triglicéridos • Incremento de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) • Disminución del colesterol total • Disminución de los índices de glucosa en sangre • Nutrición adecuada con balance calórico favorable • Incremento de la actividad fibrinolítica • Aumento del volumen de plasma circulante • Disminución de la agregación 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de estados de depresión, estrés y ansiedad • Menor dependencia física y emocional • Mejoría en la calidad del sueño • Mejor estado de relajación muscular • Incremento de la tolerancia al estrés • Motivación para vivir, actitud positiva • Respuesta sexual satisfactoria • Mejor interrelación con los demás • Acelera la mejoría de los síntomas 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de complicaciones por inmovilización prolongada • Menor recurrencia de cuadros isquémicos • Menor vulnerabilidad para las arritmias y angina de pecho • Disminución de la mortalidad • Disminución de las reconsultas en policlínica y urgencia. • Disminución

<p>cinética diafragmática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del riesgo para atelectasia pulmonar y tromboembolismo • Incremento del tono muscular • Disminución de la desmineralización ósea • Incremento en el estímulo para el desarrollo de la circulación colateral • Disminución de la sensación de fatiga subjetiva • Mejora de la tolerancia al ejercicio • Disminuye el dolor torácico • Mejora los síntomas de falla cardiaca • Estabiliza el proceso de la aterosclerosis 	<p>plaquetaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminución del riesgo para la formación de coagulos intravasculares • Disminución catecolaminas circulantes • Disminución de la actividad neurohumoral 	<p>depresivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora la percepción para realizar las actividades físicas • Mejora las mediciones de tensión emocional • Reducción de los patrones de conducta tipo A. • Mejora de la adaptación y funcionamiento • Mejora la independencia • Reduce la discapacidad • Permite volver al paciente a las actividades socio-recreativas y a su trabajo. • Mejora la autoestima • Disminución del aislamiento social • Reduce los trastornos del comportamiento • Mejora la auto imagen • Aumenta el bienestar • 	<p>ón del consumo de medicación y de solicitudes de exámenes paraclínicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del número de nuevos procedimientos invasivos.
---	---	--	---

Fuente: Elaborado por las autoras del estudio a partir de la revisión de las referencias bibliográfica

2.3 CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR

La meta final de los programas de rehabilitación cardiaca es mejorar la calidad de vida de los pacientes cardiovasculares, por esto es importante ahondar en el concepto de esta y de las dimensiones que la integran para entender su importancia y relación en la situación del paciente cardiovascular dentro del programa de rehabilitación cardiaca.

El término "calidad de vida" nace al intentar dar una medición integral de la salud. La calidad de vida, como concepto, es de definición imprecisa y la mayoría de investigadores que han trabajado en él, están de acuerdo en que no existe una teoría única que defina y explique el fenómeno. "Calidad de vida" es considerada como una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. Tal "evaluación" no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento. Lo que mejor designa la "calidad de vida" es la "calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos"¹⁰⁵.

Así la mayoría de autores conciben la calidad de vida como una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un importante peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo. Lo anterior conduce a poder conceptualizar la noción de calidad de vida como una adaptación entre las características de la situación de la realidad y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal como las percibe él mismo y el grupo social¹⁰⁶. La calidad de vida se refiere a la valoración que cada persona realiza a cerca de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias¹⁰⁷.

¹⁰⁵ RUEDA, Salvador. Habitabilidad y calidad de vida [online]. En: Cuadernos de investigación urbanística. 2004. No. 42, p 29-34 [Citado el 20 de febrero de 2009] Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>

¹⁰⁶ Ibid, p. 2

¹⁰⁷ CONTRERAS, Françoise, et al. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (irc) en tratamiento de hemodiálisis. [online]. En: Acta colombiana de psicología. 2007. vo. 10, no.2 p. 169-179, [citado el 20 de febrero]. Disponible en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf

Siendo este un concepto multidimensional por medio de una medida subjetiva de la apreciación de sus sentimientos que pretende valorar el efecto que la enfermedad y el tratamiento tiene sobre el individuo; de allí radica la importancia de su medición, que permite valorar el estado funcional de las tres dimensiones que abarca la calidad de vida. Para lo cual, en este trabajo será entendida como la capacidad que tiene una persona para desempeñar adecuadamente y de forma satisfactoria para sí misma, su rol en las áreas emocional, física y social. La calidad de vida (CV) abarca la dimensión social, físico y emocional¹⁰⁸.

2.3.1 Dimensión Física

La dimensión física entendida como el grado de realización de las actividades cotidianas (tanto de auto-cuidado como otras instrumentales), relacionadas con la propia autonomía, independencia y competencia; es determinado además, por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas, además la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas. Incluye tres categorías; auto-cuidado, movilidad y actividad física.

La primera causa de incapacidad física son las enfermedades cardiovasculares, entre los síntomas frecuentes de estas se hallan el dolor o molestias en el pecho o en las piernas, además puede haber dificultad para respirar durante el ejercicio, mareos, fatiga y disminución de la fuerza muscular; estos síntomas se presentan por que en la enfermedad cardíaca existe un desbalance en el aporte y demanda de O₂ al músculo cardíaco. Esta pérdida de capacidad física es debida básicamente a una disminución del gasto cardíaco en reposo, que no se incrementa adecuadamente durante la actividad física por diversas causas: insuficiencia cronotrópica relativa, disminución de la contractilidad, lesión orgánica o constricción de las arterias coronarias. En el

¹⁰⁸ VINACCIA, Stefano y OROZCO, Lina María. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. [Artículo de Internet]. En: Diversitas: perspectivas en psicología.2005. Vol. 1, no. 2, pp. 125-137. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.copdfsalud_uninorte218_La%20Calidad%20de%20Vida.pdf [citado 30 enero 2009]

paciente coronario el grado de afectación depende de la función sistólica y diastólica, del daño miocardio y de la severidad anatómica y funcional de las lesiones^{109 110 111}.

Debido a lo anterior los pacientes cardiovasculares necesitan una recuperación de su estado físico para así poder llevar una vida normal en medida de lo posible, las personas que realizan ejercicio de forma regular manifiestan una sensación de bienestar relacionada con el mismo. Esta sensación la refieren también los pacientes que presentan enfermedad cardíaca, más concretamente los que han padecido un infarto de miocardio, ayudándoles a superar la sensación de depresión, ansiedad, entre otros, que presentan con la enfermedad. El ejercicio aerobio puede reducir la tensión psíquica de los pacientes y modificar favorablemente la reactividad a determinados factores estresantes, reduciendo de esta forma la posibilidad de desencadenar episodios de angina. Se ha descrito también que el ejercicio atenúa la respuesta a la situación de estrés de la personalidad tipo A¹¹².

2.3.2 Dimensión Emocional

Se ve como las intervenciones psicológicas en la cuales se trabaja el entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas, relajación en situaciones generadoras de estrés, terapia interpersonales,

¹⁰⁹ ESTHER PÉREZ, David y REY BLAS, Juan Ramón. Cardiopatía isquémica: angina de pecho. En: Tratado de cardiología. Sociedad de cardiología del Oeste Bonaense. Disponible en: http://www.scob.intramed.net/cap_6.pdf, p 90-100

¹¹⁰ KRISKOVICH JURÉ, Jorge Oscar. Rehabilitación en el enfermo coronario. En: Congreso Internacional de Cardiología por internet (3, septiembre-noviembre,2003). Rehabilitación en el enfermo coronario [online]. Federacion Argentina de Cardiología.2003. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tvc/marcoesp/marcos.htm>

¹¹¹ ILIOU. Marie Christine. La rehabilitación en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. En: Congreso Internacional de Cardiología por internet (3, septiembre-noviembre, 2003). La rehabilitación en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. Federacion Argetina de Cardiología.2003. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tvc/marcoesp/marcos.htm>

¹¹² KRISKOVICH JURÉ, Op. Cit., p. 45

psicoterapias de grupo y terapias ocupacionales^{113 114}. Acompañado del entrenamiento físico durante la rehabilitación, el paciente tienen una mejor interrelación con los demás, menor dependencia emocional, familiar y física, tienen una mejor adaptación y funcionamiento social, mayor sentimiento de utilidad y ajuste a su problema de corazón, su autonomía se eleva considerablemente, se sienten satisfechos por su nivel de funcionamiento social, aumentan su autoestima, disminuyen el aislamiento social; mejora el ambiente en el hogar del paciente, se reducen los trastornos del comportamiento incrementando el bienestar y se estimulan conductas saludables de vida^{115 116 117}.

La dimensión emocional se relaciona con la presencia de malestar o bienestar vinculados a la experiencia y vivencia del problema de salud, su diagnóstico o tratamiento en particular, o ante la vida en general, en este se encuentran sentimientos como el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la frustración además de sensación de incertidumbre¹¹⁸; conocido como un fenómeno natural en la vida de cualquier ser humano, que surge cuando se enfrenta a un impedimento o bloqueo. Es el sentimiento consciente de una discrepancia entre lo que se quiere y lo que realmente está disponible y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento; abarcando el significado de la enfermedad.

La vida emocional puede resultar decisiva en el mantenimiento, restablecimiento u optimización de la salud, por lo que es importante reconocer cuales son los sentimientos específicos de la enfermedad cardiovascular; encontrándose esencialmente la ira, la ansiedad, el estrés, la hostilidad, y la depresión; los cual van a aumentar los reingresos hospitalarios y la morbimortalidad de 3-5 veces más por complicaciones que en los pacientes

¹¹³ FERNÁNDEZ-ABASCAL, Op. Cit., p. 622

¹¹⁴ ALARCÓN VELANDIA, Op. Cit., p. 365

¹¹⁵ Ibid., p. 365-374

¹¹⁶ BETTENCOURT, Op. Cit., p 687-696

¹¹⁷ SINGH, Vibhuti et al. Cardiac Rehabilitation [on line]. Septiembre. 2008. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/319683-overview>

¹¹⁸ WENGER, Op. cit., p 1619-1631

cardiovasculares sin presencia de estos síntomas; estas complicaciones están relacionadas con cumplimiento no adecuado del tratamiento o complejidad del mismo, dificultad de modificar factores de riesgo por la pobre adherencia al tratamiento, a seguir las recomendaciones dietarias y a no realizar cambios en el estilo de vida, siendo así más difícil, lenta y menos exitosa la rehabilitación¹¹⁹.

Además, estos síntomas que se presentan luego de un diagnóstico de enfermedad cardiovascular, van a afectar de manera indirecta la percepción de sí mismos como incapaces y limitados para desempeñar sus labores diarias; manifestándose en sentimientos representativos como son la tristeza persistente, desesperanza, frustración, humor no reactivo, es decir, que no cambia con buenas o malas noticias y el tipo de pensamientos que el paciente comunica, como lo son las ideas negativas, pérdida de ilusión por el futuro, ideas relacionadas con la muerte, el llanto, el aspecto deprimido, el retraimiento social, no ven la salida a la actual situación, y la disminución de la conversación, entre otros^{120 121 122}. Por otro lado, las situaciones de estrés y miedo surgen de las inquietudes por parte de los pacientes acerca de sus pacientes y de la mala información que rodea a este (vecinos y amigos). Estos quieren informarse, pero la mayoría de las veces no encuentra ni el momento ni el profesional adecuado que le saque de sus dudas, por lo que se deja llevar por creencias sociales que más que darle respuestas, le introducen en creencias erróneas que traen como consecuencia el aumento de sus miedos y preocupaciones; con el subsiguiente empeoramiento, donde sus perspectivas afectan indirectamente la calidad de vida¹²³.

Es preciso que en las sesiones educativas realizadas en el programa de rehabilitación cardíaca se generen espacios para resolver todas las dudas e

¹¹⁹ TELLES VARGAS, JORGE. Depresión, ansiedad y enfermedad cardiovascular. [artículo de internet] <http://avances.psiquiatriabiologica.org.co/vol3/articulos/articulo5.pdf> [citado 15 marzo 2009]

¹²⁰ VARGAS TOLOZA, Op. Cit., p. 40-48

¹²¹ GRANERO MOLINA, Op. Cit., p.36-48

¹²² ANTINI, Op. Cit., p. 142-149

¹²³ SOLANO RUIZ, Op. cit., P. 48

inquietudes que surjan en el paciente y su familia; aportando tranquilidad para favorecer los efectos del tratamiento y la posterior rehabilitación cardíaca¹²⁴, además deben existir instrumentos para identificar los trastornos psicológicos. Como herramientas de apoyo a esta dimensión de la calidad de vida, la psicoterapia cognitivo-conductual es muy efectiva¹²⁵; mejorar la calidad de vida y reduce la frecuencia de los subsiguientes acontecimientos coronarios. Se ha observado que en pacientes cardiovasculares en el peor de los casos, aunque no influya en la evolución de la enfermedad, sí mejora la calidad de vida, además de encontrarse el uso de ansiolíticos y antidepresivos en el tratamiento farmacológico, existen grupos de técnicas de relajación, del estrés y de afrontamiento, los cuales van a ser significativos para el aumento del autoestima, que aporta un conjunto de efectos beneficiosos para la salud del paciente y su calidad de vida, por medio de una percepción más satisfactoria de la vida^{126 127}.

Las habilidades que se deben de fortalecer en esta dimensión son aumentar la capacidad de afrontar y superar las dificultades personales actitud de confianza personal (el afrontamiento dirigido al problema constituye una estrategia que favorece una adecuada adhesión al tratamiento en pacientes y favorece la adaptación positiva del paciente al tratamiento y de esta manera mejorando su calidad de vida)¹²⁸; promover la capacidad de adquirir compromisos y por lo tanto de ser más responsables, fomentar la motivación; potenciar la creatividad, aumentando así la confianza en sus propias capacidades personales por medio de la autonomía personal, beneficiándonos indirectamente en la dimensión social, que permitirá establecer relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias¹²⁹, y además se disminuye el sentimiento de incapacidad¹³⁰, se

¹²⁴ GRANERO MOLINA, Op. Cit., p.36-48

¹²⁵ FERNÁNDEZ-ABASCAL, Op. cit. p. 615-630.

¹²⁶ ALARCÓN VELANDIA, Op. Cit., p. 362-379

¹²⁷ LAHAM, Op. Cit., p. 143-170.

¹²⁸ CONTRERAS, p. 169-179

¹²⁹ MERAYO ALONSO, Op. Cit., P. 331-339.

¹³⁰ LIDELL E, Fridlund B. Long-term effects of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction. En: Scand J Caring Sci. 1996. vol.10, no. 2, p 67-74.

mejora la autoconfianza ¹³¹, se disminuyen los niveles de ira ¹³² ¹³³ ¹³⁴ y miedo¹³⁵, se aumenta la percepción de control del paciente sobre la enfermedad¹³⁶, adquiriendo mayor confianza y seguridad al mejorar su capacidad funcional, proporcionando así una buena reintegración social.

Probablemente, la mejoría en los aspectos psicológicos que se obtienen en los programas de rehabilitación cardíaca, se deban más a la participación en estos programas que al propio entrenamiento físico. Esto ocurre porque los programas de ejercicio proveen una base social de contactos y contención de los pacientes cardiopatas que permiten su reintegración y socialización, recuperando la confianza en sí mismo. Los pacientes con escaso soporte social y familiar presentan un riesgo alto de mortalidad¹³⁷, es fundamental integrar a la familia al proceso de rehabilitación, ya que favorece la mejoría psicológica y beneficia el cuidado del paciente.

Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo de los profesionales de la salud es mejorar la calidad de vida; a medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, en la actualidad se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella, el aporte del concepto de calidad de vida podrá contribuir para que los profesionales trasciendan el modelo conceptual biomédico del proceso salud y enfermedad, incorporando pensamientos críticos, reflexivos y que tornen la dimensión interpretativa del significado de calidad de vida, más amplia y

¹³¹ MARQUEZ, Sara. Beneficios psicológicos de la actividad física. En: Rev. DE Psicología. Gral. Y Aplic. 1995. Vol 48, no. 1 p 185-206

¹³² LAVIE, Carl y MILANI, Richard. Prevalence of Hostility in young coronary artery disease patients and Effects of cardiac rehabilitation and exercise training. En: Mayo Clinic Proceedings. March. 2005. Vol 80, no. 3, p 335-41.

¹³³ SHEN, Biing-Jiun; MYERSB, Hector F. y MCCREARYC Charles P. Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes. En: [J Psychosom Res](#). Jan. 2006. vo. 60, no.1, p 3-11

¹³⁴ MICHALSEN, Andreas et al. Psychological and Quality-of-Life Outcomes from a Comprehensive Stress Reduction and Lifestyle Program in Patients with Coronary Artery Disease: Results of a Randomized Trial. En: *Psychother Psychosom*. 2005. Vo.74, p 344–352

¹³⁵ RV, Op. cit., p. 726-732

¹³⁶ MICHIE, SUSAN et al. Cardiac rehabilitation: The psychological changes that predict health outcome and healthy behavior. En: *Psychology, Health & Medicine*, February. 2005. vo. 10, no.1, p 88 – 95.

¹³⁷ Kriskovich, Op. Cit., p 45

dinámica, considerando este concepto como resultado de un proceso construido¹³⁸.

2.3.3 Dimensión Social

La dimensión social, definida como el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, se ve reflejado en el trastorno de las actividades sociales normales, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar, incluyen el desempeño de los papeles asociados con el trabajo y la familia¹³⁹.

La persona que padece una enfermedad cardiovascular necesita de otros para cubrir sus necesidades; hay una acentuación de relación con los familiares y amigos ya que aumentan el número de visitas en el transcurso de la enfermedad cardiovascular, dando como resultado un aumento del apoyo social y emocional¹⁴⁰. Teniendo en cuenta que esta enfermedad se acompaña de miedos, ansiedades, problemas por el deterioro progresivo y el dolor, el paciente cardiovascular por sus problemas físicos o emocionales limita sus actividades sociales cotidianas con la familia y amigos¹⁴¹, hay alteración de su imagen personal, pérdida de fuerzas, cambios en el concepto del yo y dependencia de los otros.

El aislamiento social también se ha relacionado con la mayor mortalidad global para las enfermedades cardiovasculares. Además, los sujetos con menor apoyo social presentan peor pronóstico después de una enfermedad cardiovascular, disponer de una red social cumple varios propósitos: expresión

¹³⁸ VINACCIA, Op.cit., p. 127

¹³⁹ RIVERA A., Luz Nelly. El cuidado del paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. En: av. Enferm. 2008, vo XXVI, no. 1., p 124-133

¹⁴⁰ BENIAMINI, Y et al. Effects of high-intensity strength training on quality-of-life parameters in cardiac rehabilitation patients. En: Am J Cardiol. 1997. Vo.80, no.7, p 841-846.

¹⁴¹ VARGAS TOLOZA, Ruby et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto. En: Revista ciencia del cuidado. Vol. 5, no. 1 , p. 40-48 ISSN 17949831

de sentimientos positivos; confirmación de las propias creencias; animar la expresión abierta de sentimientos; provisión de ayuda material y de información; creación de sistemas de apoyo mutuo. Hay algunas evidencias relacionadas con la red social y la salud que puede explicarse, en parte, a través de mecanismos fisiológicos, como la alteración del funcionamiento de los sistemas inmunológico, neuroendocrino y cardiovascular. Por ejemplo, en cuanto a la presión arterial (PA), varios estudios muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión¹⁴².

La red social es el conjunto y la naturaleza de los contactos que establece un individuo con otras personas. Además de ser un indicador de integración en la estructura social, influye en el estado de salud; una red social más pobre se asocia con una peor salud subjetiva y una peor calidad de vida. Es de gran relevancia trabajar en la dimensión social, puesto que la enfermedad cardiovascular trae consigo cambios tanto personales como del entorno, que de igual manera van a afectar el progreso de la rehabilitación cardiaca dada la estrecha interacción entre la poca efectividad en la relación interpersonal y alteración en el rol de la familia; la cual es generalmente quien suministra el principal apoyo; generando un cambio de roles en esta; frecuentemente las familias de los enfermos vuelven rígidos sus patrones de interacción desencadenando conflictos en el núcleo familiar dando lugar a sentimientos de inutilidad, frustración y desesperanza los cuales aumentan el riesgo de padecer un nuevos infarto¹⁴³.

La enfermedad cardiovascular genera consecuencias a nivel familiar, como la dificultad para cambiar su organización cuando el paciente ingresa a otra fase, es característico que la familia siga haciendo cosas por este aún cuando gracias a la rehabilitación puede hacerlas por sí mismo; incrementando su carga de deberes para con el paciente cardiovascular, y consiguientemente,

¹⁴² VINACCIA, Op. Cit., pp. 125-137.

¹⁴³ VARGAS TOLOZA, Op. Cit., p. 43

coartándose sus posibilidades de llevar una vida normal y si los roles y funciones llevan aparejados cuotas de poder o prestigio considerables, el enfermo se verá en la obligación de hacer un auténtico duelo por lo que pierde. Por otro lado, al paciente se le exime de tareas, hasta el punto de hacerle perder su independencia en el hogar y trabajo, se invade su espacio físico y personal, lo que aumenta su deficiencia y limita su autonomía; sintiéndose en algunas ocasiones una carga para su familia y sobreprotegido¹⁴⁴. Conjuntamente esta sensación y sentimiento físico de discapacidad tiene fuerte huella sobre la situación laboral de los pacientes^{145 146}.

Por otro lado, los problemas asociados a las enfermedades crónicas crean un impacto en el funcionamiento cotidiano, alterando la dimensión social del individuo en la pérdida de la autonomía funcional, que conlleva una serie de consecuencias entre las que se destacan la disminución de la autoestima y de la percepción de auto-eficacia y del auto-concepto ¹⁴⁷, que va a tener como consecuencia la pérdida laboral, siendo el retorno a la actividad laboral uno de los objetivos primordiales de la rehabilitación cardiaca. Esta reincorporación laboral no sólo va a depender de la gravedad de la enfermedad cardiovascular (extensión del IAM, localización, existencia de angina de pecho postIAM), sino que también va a estar influenciada por factores individuales (edad, clase funcional), aspectos psicológicos (ansiedad, depresión, pesimismo), sociales (sistemas de protección social, protección familiar) y laborales propiamente dichos (categoría profesional, satisfacción laboral, trabajo de esfuerzo excesivo), por lo que se deben de trabajar integralmente todas las dimensiones¹⁴⁸.

¹⁴⁴ SOLANO RUIZ, M^a del Carmen y GONZÁLEZ, José Siles. Las vivencias del paciente coronario: en la unidad de cuidados críticos. *En: Index Enferm.*2005. vo.14, no.51.

¹⁴⁵ HURTADO REYES, Op. Cit., p. 33

¹⁴⁶ AMEZCUA CAMARILLO, María del Socorro. La calidad de vida y su relación con los determinantes sociales [Artículo de Internet]. Dsponible en: <http://www.geocities.com/congresoprograma/7-2.pdf>. [Citado 13 de marzo 2009]

¹⁴⁷ GIMENO, Merce. Enfermedad crónica y la familia. P.13

¹⁴⁸ BOUSOÑO, M. et al. Calidad de vida relacionada con la salud. *En: Psiquiatría.*1993. Vol. V. Núm. 6. [Artículo de Internet]. http://www.uniovi.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1993/1993_Bousono_Calidad.pdf [Citado 13 de marzo 2009]

Teniendo en cuenta que el apoyo social es un factor que permite enfrentar la enfermedad y la recuperación del individuo con cardiopatías, ya que este ha sido asociado a bajos niveles de estrés y depresión, el profesional enfermería debe incluir la evaluación del apoyo social del paciente ¹⁴⁹, conjuntamente se le debe de prestar la información necesaria para que los familiares mejoren su afrontamiento y conozcan la importancia de su papel como cuidadores no solo en el desarrollo de actividades formadoras para la fase de recuperación, sino en otras intervenciones que contribuyan a mejorar la actitud familiar durante la evaluación de la enfermedad, lo cual redundará sin duda en las capacidades inmediatas de recuperación de los pacientes. De este modo también logran entender su función dentro de la asignación de tareas a nivel del hogar y del trabajo de acuerdo a las etapas de la enfermedad ^{150 151}.

2.4 EVALUACION

Actualmente, el personal de salud, investigadores, políticos y grupos de pacientes han tomado conciencia de la importancia de la medición de la salud y la calidad de vida en la práctica clínica, así como en la investigación y en la toma de decisiones políticas. La aparición de fenómenos sociales como el envejecimiento demográfico, aumento de la dependencia, incremento de la demanda de calidad por parte de los pacientes cardiovasculares, el crecimiento de la mortalidad y morbilidad de las enfermedades cardiovasculares junto con la limitación de los recursos y la gran variabilidad de la práctica clínica profesional, obligan a todos los implicados a decidir con precisión qué intervenciones sanitarias producen los mejores resultados en la población ¹⁵².

¹⁴⁹ MORAES, Talita Poliana Roveroni and DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning [online].... En: Rev. Latino-Am. Enfermagem 2007. vol.15, n.2, p. 323-329.

¹⁵⁰ GIL ALONSO, Op. Cit., p. 223-229

¹⁵¹ GRANERO MOLINA, Op. Cit., p.36-48.

¹⁵² GARCÍA ALCARAZ, ALFARO ESPÍN, y MORENO SOTOS. Op. Cit., p. 286-293.

Con lo anterior surge la necesidad de realizar evaluaciones sobre los programas cardiovasculares con la finalidad de mejorar las prácticas sanitarias, actualizar los conocimientos de los profesionales y alcanzar los mejores resultados en la salud de los pacientes asistentes a los programas. Con el fin de alcanzar una excelente calidad asistencial, es necesaria una atención sanitaria segura, efectiva, eficiente y equitativa, centrada en el paciente y la variable que permite hacer esta evaluación es la calidad de vida¹⁵³.

El concepto de calidad de vida ha venido cobrando importancia en las enfermedades cardiovasculares por ser una variable subjetiva que mide el impacto de la enfermedad y su tratamiento en la vida de los pacientes modificando así el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Su evaluación permite detectar alteraciones e intervenir precozmente, así como establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas y destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud social, física y emocional¹⁵⁴. Simultáneamente, esta evaluación tiene en cuenta la percepción de los pacientes cardiovasculares, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos (expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente).

Al mismo tiempo permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la calidad de vida del paciente y plantear intervenciones

¹⁵³ Ibid., p. 1

¹⁵⁴ TUESCA, Rafael. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. En: Salud Uninorte. Barranquilla. 2000. vo.21, p. 76-86

multidisciplinarias que promuevan el mayor bienestar posible. Por lo tanto, la evaluación de la calidad de vida en el área de salud aporta un resultado final de salud que se centra en la persona, y no en la enfermedad; en cómo se siente el paciente, independientemente de los datos clínicos¹⁵⁵. Como consecuencia de lo anterior es importante estudiar con mayor detenimiento el término de evaluación y sus tipos.

2.4.1 Concepto de la evaluación

En la actualidad, la evaluación se orienta fundamentalmente a la mejora de la calidad de los programas, evaluando el contexto socioeducativo en todos sus aspectos, permitiendo tomar decisiones para la mejora de estos.

El proceso de evaluación lleva implícito recolección e interpretación de datos, así como el análisis y valoración de los mismos, encaminado a informar sobre el proceso de desarrollo del programa. Por lo que el concepto actual de evaluación no se reduce a evaluar aprendizajes, sino que también requiere la evaluación de las variables psicológicas, como la inteligencia, el desarrollo afectivo y social, las aptitudes, etc. que forman parte del desarrollo de la intervención¹⁵⁶.

2.4.2 Características de evaluación

La evaluación de programas debe ser continua, global e individual. Se puede decir que es continua si tiene en cuenta las características personales y

¹⁵⁵ SOTO, M.; FAILDE, I.. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. EN: **Rev. Soc. Esp. Dolor**, vol. 11, n. 8, dic. 2004 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&nrm=iso>.

¹⁵⁶ MONTERO ROJAS, Eiliana. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Volumen 1, número 2, artículo 6. EN: Población y Salud en Mesoamérica. (ene – jun. 2004); p. 1-19.

contextuales de los pacientes cardiovasculares, valorando junto al resultado o producto final el proceso de aprendizaje, es decir, las actividades que realizan la observación y el seguimiento de dichos procesos¹⁵⁷.

Desde una óptica global se deben tener en cuenta no solo los conocimientos sino las capacidades y las actitudes de los pacientes cardiovasculares, teniendo en cuenta los objetivos generales del programa, así como los distintos contenidos del mismo (conceptos, procedimientos y actitudes).

La evaluación también debe adaptarse a la individualidad del paciente cardiovascular, esto quiere decir que debe estar basada en el conocimiento de las características (posibilidades, esfuerzo y capacidad) y la planificación de diversas actividades adaptadas a situaciones concretas¹⁵⁸.

2.4.3 Objetivos

La mejora de los programa y de los pacientes asistentes a rehabilitación cardiaca es el fin último de la evaluación, para ello se debe medir los efectos del programa y compararlos con las metas propuestas, a fin de contribuir a la toma de decisiones acerca del mismo y tenerlo en cuenta para futura modificaciones. Simultáneamente en la evaluación del programa de rehabilitación cardiaca se pretende identificar si se lograron los objetivos propuesto que son restaurar al individuo con enfermedad cardiopulmonar a su estado óptimo físico, psicosocial y vocacional, asegurar la prevención primaria y secundaria en los enfermos con alto riesgo coronario, disminuir la morbimortalidad cardiaca y la sintomatología del enfermo cardiópata. Así pues, la evaluación debe estar orientada a conseguir los siguientes objetivos¹⁵⁹.

a. Valorar la eficacia en la consecución de los objetivos.

¹⁵⁷ PEREA QUESADA, ROGELIA. EDUCACION PARA LA SALUD: RETO DE NUESTRO TIEMPO. ESPAÑA. 2004 ISBN: 84-7978-644-2. P. 263.

¹⁵⁸ Ibid., p 163

¹⁵⁹ ESPINOSA CALIAN, Salvador. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo: Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. En: Revista Española de cardiología. Enero, 2004. vo.57, Nº 1, p. 53-59. [Artículo de Internet]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=792640> [citado el 25 de febrero de 2009]

- b. Dar cuenta de la eficiencia con la que se ha conseguido lo que se había propuesto.
- c. Facilitar la toma de decisiones de los participantes.
- d. Fomentar un análisis prospectivo sobre cuáles y cómo deben ser las intervenciones futuras y de esta manera ver si las intervenciones realizadas en el programa de rehabilitación cardíaca cumplen con los objetivos del mismo mencionados anteriormente.

La evaluación tiene diferentes funciones en las que encontramos: la función diagnóstica, que es propia de la evaluación inicial, aunque no exclusiva. Es el diagnóstico de los distintos aspectos y elementos de la estructura, proceso y meta final del programa de rehabilitación cardíaca, esta ofrece de este modo la posibilidad de tomar medidas correctivas y de recuperación precisas¹⁶⁰.

La función predictiva y orientadora, se establece a través de la medición pre-test de la investigación en conjunto con las aptitudes de los pacientes cardiovasculares entrevistados, sirve de base para que las evaluadoras intente predecir o pronosticar rendimientos y posibilidades futuras del mismo programa sobre la calidad de vida de estos pacientes¹⁶¹.

La función de control permite conocer en qué medida se logran o no los objetivos previstos en el programa, comprobar las metas con los datos recopilados, juzgando el éxito en la obtención de metas por medio de la correlación de los datos obtenidos con los objetivos planteados por el programa de rehabilitación cardíaca de la institución donde se realizó la investigación¹⁶².

2.4.4 Evaluación de programas

¹⁶⁰ Ibid., p. 252,251

¹⁶¹ Ibid., p. 269

¹⁶² PEREA QUESADA, Op. Cit., p 266

Un programa es una actividad o serie de actividades encaminadas a mejorar el estado social, psicológico o educacional de un individuo o grupo de individuos; específicamente el programa de rehabilitación cardíaca es definido por la Organización Mundial de la Salud, como intervenciones tendientes a acompañar las actividades necesarias para asegurar a los pacientes las mejores condiciones físicas, mentales, y sociales que puedan, por sus propios medios, reanudar y mantener de la manera más normal posible su lugar en la comunidad¹⁶³. Cualquiera que sea la índole del programa, su evaluación puede definirse como, la medición de las consecuencias deseables e indeseables de una acción ejecutada para facilitar la obtención de metas.

La evaluación de los programas de rehabilitación cardíaca están fundamentados en 3 puntos principales: la instalación de recursos, evaluación del paciente y de la rentabilidad¹⁶⁴. No obstante las investigaciones han tendido a centrarse en la eficacia clínica y el costo, medido por una variedad de resultados reflejados en los siguientes factores: mortalidad, nivel de calidad de vida, reducción de los factores de riesgo (tabaquismo, actividad física, presión arterial, peso, colesterol)^{165 166 167}, resultados a nivel físico, emocional y psicosocial los cuales se ampliarán posteriormente. Así como otros resultados como son efectos adversos, el incumplimiento y la readmisión.

A nivel internacional esta evaluación ha demostrado ser un elemento esencial para ofrecer una atención de salud de alta calidad. También es un componente fundamental y eficaz de gestión clínica que debe incluir a todos los profesionales de la salud, sobre todo los profesionales de enfermería en su rol en el programa.

¹⁶³ OMS. Rehabilitación en las enfermedades cardiovasculares. informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS:1964. Serie de informes técnicos : 19

¹⁶⁴ MONPERE, Catherine. Cardiac Rehabilitation: Guidelines and Recommendations. En: [Disease Management & Health Outcomes](#). September 1998, vo. 4, no. 3, p 143-156.

¹⁶⁵ ESPINOSA CALIAN,. Op. Cit.,p. 53-59

¹⁶⁶ ROCA, Op. Cit., pp.60

¹⁶⁷ LEYVA, Op. cit., p 552-560

Asimismo, la evaluación es importante y necesaria porque permite supervisar el progreso del programa de rehabilitación cardíaca, determinar el efecto de los esfuerzos realizados de los pacientes cardiovasculares asistentes, establecer si en cada área del programa se están cumpliendo los objetivos e informar a los sectores involucrados la realización y ejecución del programa, el resultado de su participación e identificar los puntos débiles y fuertes del programa.

2.4.4.1 Tipos de Evaluación

La evaluación, como se ha visto, no es una etapa final del programa, debe estar presente desde el inicio hasta el final del mismo, con el fin de ir controlando el logro de los resultados, vacíos existentes en el proceso, aspectos no previstos que se presentan en la aplicación del programa y la adecuación o inadecuación de las actividades¹⁶⁸.

Entre los tipos de evaluación se encuentran: la evaluación del contexto que la constituyen normas y políticas que regulan, orientan la prestación del servicio de salud; seguida de la evaluación explicativa la cual utiliza esquemas teóricos para comprender y explicar razones y causas de éxito o fracaso, ya sea con referencia al proceso, como objetivos, utilizando técnicas como correlaciones y análisis de progresión¹⁶⁹.

La evaluación inicial o de diagnóstico, que tiene como objetivo planificar de forma efectiva de un programa para la salud, conoce al grupo de pacientes cardiovasculares, sus características personales y el medio en el que se desenvuelven. Así como los conocimientos previos que tienen sobre el problema a solucionar, esta evaluación permite saber el punto de partida de los pacientes cardiovasculares, información que ayudará a ajustar el proceso de aprendizaje significativo¹⁷⁰.

¹⁶⁸ PEREA QUESADA, Op. Cit., 269

¹⁶⁹ Ibid., p 272

¹⁷⁰ Ibid., p 272

La evaluación del proceso, se ocupa de la ejecución de lo planificado, tiene como función principal realizar un control y seguimiento de todo el proceso que permita su corroboración, optimización y mejora, introduciendo elementos de corrección sobre la marcha¹⁷¹.

La evaluación de impacto, consiste en evaluar simultáneamente el cumplimiento de los objetivos previstos, correspondencia y relación que estos resultados guardan con el resto de las etapas previas del programa. En este tipo de evaluación hay que tener en cuenta, además de los resultados inmediatos, los efectos que a mediano o largo plazo se han desencadenar. A continuación se ampliara este tipo de evaluación¹⁷².

2.4.4.2 Instrumentos de evaluación de la calidad de vida

Para evaluar el cumplimiento de estos objetivos es necesario que los profesionales de enfermería conozcan los diferentes instrumentos que miden la calidad de vida de los pacientes cardiovasculares, estos instrumentos permiten identificar problemas no evaluados con otros procedimientos dado que están orientados en la percepción del paciente; además determina los efectos de una intervención, son una herramienta fundamental para que el profesional de enfermería logre realizar un evaluación más comprensiva, integral y valida del estado de salud de sus pacientes acompañada de una valoración multidimensional más precisa que permite identificar los puntos débiles y fuertes dentro de la intervención de enfermería. Estos instrumentos se dividen en dos grandes grupos los genéricos y los específicos¹⁷³.

2.4.4.2.1 Instrumentos Genéricos

Los instrumentos genéricos son aplicables a gran variedad de enfermedades dado que cubren un amplio espectro de las dimensiones de la calidad de vida,

¹⁷¹ Ibid., p.272

¹⁷² Ibid., p. 271

¹⁷³ SOTO, op. Cit., p 53

permiten la comparación de las puntuaciones de la calidad entre las diferentes patologías y determinar los efectos de una intervención en los diferentes aspectos de la calidad de vida. Son independientes del diagnóstico, por lo que ofrecen la oportunidad de ser aplicables a cualquier tipo de población o enfermedad¹⁷⁴.

Sin embargo no incluyen aspectos específicos para la evaluación de una determinada enfermedad y son pocos sensibles al cambio. Los instrumentos genéricos más empleados en cardiología son, el Cuestionario de Salud SF-36, el *Nottingham Health Profile* (NHP) y el *Sickness Impact Profile* (SIP), han sido usados en diversas situaciones: cirugía coronaria, trasplante cardiaco, infarto, angina entre otros. Cada uno de estos instrumentos tiene unas características especiales y toman en consideración una serie de dimensiones (anexos 6 y 7)¹⁷⁵.

El *Cuestionario de Salud SF-36* fue originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, siendo traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *International Quality of Life Assessment* (IQOLA). Este cuestionario consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones y posee una fiabilidad mayor de 0,70 y una fiabilidad inter-observador mayor de 0,80¹⁷⁶.

Se debe señalar que el SF-36 ha sido utilizado para evaluación de impacto de programas de rehabilitación cardiaca^{177 178 179} en los cuales se demostró una mejoría significativa en los aspectos físicos, emocionales y sociales. En otras investigaciones se evidencio un aumento de la calidad de vida sobre todo en

¹⁷⁴ Ibid., p. 57.

¹⁷⁵ Ibid., p. 59

¹⁷⁶ YU C-M, Lau y et al. A short course of cardiac rehabilitation program is highly cost effective in improving long-term quality of life in patients with recent myocardial infarction or percutaneous coronary intervention. En: Arch Phys Med Rehabil. 2004, Vo. 85,. p. 1915-22.

¹⁷⁷ Ibid., p. p. 1915-22

¹⁷⁸ ROSELI WINKELMANN, Eliane y MANFROI, Waldomiro Carlos. Qualidade de vida em cardiologia. En: Rev HCPA. 2008. Vo.28, no.1 p. 49-53

¹⁷⁹ SALAZAR L; Op. Cit., p. 77-81

los síntomas depresivos. Además los pacientes después de haber participado en el programa de rehabilitación cardiaca experimentan una mayor sensación de energía y vitalidad, menos cansancio y agotamiento, percepción más optimista de su estado de la salud¹⁸⁰.

En una reciente revisión sobre instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica, Demster y et al ¹⁸¹ concluyen que el SF-36 es el mejor instrumento genérico de medida de calidad de vida en pacientes cardiovasculares por las evidencias psicométricas que presenta. Es necesario señalar que este instrumento no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, función cognitiva, función familiar y sexual. Los criterios son conceptos importantes pues el ámbito familiar y sexual sufre grandes transformaciones a partir de un evento coronario. Simultáneamente, se han descrito problemas para su aplicación en personas mayores, especialmente en ancianos hospitalizados¹⁸².

El *Nottingham Health Profile* (NHP) fue desarrollado en Gran Bretaña y esta validado al español, es un instrumento que mide el impacto físico, psíquico y social asociado a problemas médicos, emocionales, sociales y el grado de impacto de estos en la calidad de vida de las personas. Está constituido por 38 ítems que reconocen los problemas relacionados con la calidad de vida, en seis dimensiones: energía, movilidad física, dolor, reacción emocional, sueño y aislamiento social¹⁸³. Algunas desventajas hacen referencia a que es poco sensible a pequeños cambios dentro del grupo y no discrimina entre cardiopatía y pacientes sanos¹⁸⁴.

¹⁸⁰ BETTENCOURT, Op. cit., p. 687-696

¹⁸¹ DEMPSTER M, Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *En: Heart*. 2000. vo. 83, p. 641-4.

¹⁸² VILAGUT, Gemma y RED-IRYSS et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit [online]*. 2005, vol.19, n.2 [citado 2009-07-23], pp. 135-150. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111

¹⁸³ HUNT SM, McEwen. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *En: J R Coll Gen Pract*. 1985. vo. 35, p. 185-8.

¹⁸⁴ GÓMEZ G, Adela M. Evaluación del paciente: calidad de vida [diapositiva]. Disponible en internet: <http://www.sorecar.org/2.pdf>.

Igualmente, el *Sickness Impact Profile* (SIP) está formado por 12 categorías con un total de 136 ítems, se desarrolló en los Estados Unidos y fue diseñado para medir disfunción, basada en los cambios de la conducta relacionada con la enfermedad. La desventaja de este instrumento es que tiene escalas numéricas más complejas, es largo y requiere unos 30 min para su diligenciamiento por lo cual las investigaciones refieren que presenta dificultades en la aplicación en las consultas externas y en grandes grupos de población, posee una validez de constructo y de contenido y su confiabilidad ha sido comprobada con base en una prueba repetida (test-retest) ^{185 186} .

2.4.4.2.2 Instrumentos Específicos

Los instrumentos específicos permiten identificar aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad o síndrome concreto; no tienen, la amplitud de los instrumentos genéricos, pero sí pueden ser más sensibles a aspectos de la calidad de vida determinados por efectos de una enfermedad concreta ¹⁸⁷ .

Sirven para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo, dan mayor capacidad de discriminación y predicción, son particularmente útiles para ensayos clínicos; incluyen aspectos importantes de una población, y una enfermedad específica, para valorar ciertas funciones o un determinado síntoma clínico. Tienen la ventaja de presentar mayor sensibilidad a los cambios antes y después de las intervenciones evaluadas, además permite un análisis de costo-utilidad y permiten comparaciones entre diferentes programas de salud. Entre los principales instrumentos específicos desarrollados para pacientes con enfermedades cardiovasculares, se encuentran ¹⁸⁸ :

¹⁸⁵ Ibid., p. 25

¹⁸⁶ MONÉS, Joan. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. En: Cir Esp. 2004. vol.76, no. 2, p 71-7

¹⁸⁷ SOTO, Op. Cit. p 505-514

¹⁸⁸ SOTO, Op. Cit., p. 508.

El *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ) es un instrumento específico diseñado para valorar el estado funcional de pacientes con angina; contiene 19 preguntas que cuantifican 5 dimensiones clínicamente relevantes (frecuencia de angina, estabilidad de la angina, limitación física, calidad de vida y satisfacción del tratamiento); posee una buena correlación con los cambios clínicos del paciente, discrimina angina estable e inestable, diferencia entre los grados de clase funcionas del I al III y es ligeramente más sensible a los cambios ¹⁸⁹. Se ha utilizado para valorar la calidad de vida de paciente con angina, sometidos a angioplastia demostrando que esta intervención mejora significativamente los niveles de calidad independientemente de las comorbilidades de los pacientes ^{190 191}.

El *Quality of Life-cardiac versión* (QLI) desarrollado por Ferrans (1985), fue inicialmente diseñado para pacientes con cáncer pero se modifico para implementarlo en pacientes cardiovasculares, contiene 72 ítems y cuatro dimensiones (salud, situación socioeconómica, familia y emocional u espiritual) califica la calidad de vida actual por medio de una escala tipo likert donde 1 es muy insatisfecho y 6 es muy satisfecho; el resultado mayor está representado por la combinación de una alta satisfacción / alta importancia las respuestas y los resultados más bajos de discriminación satisfacción /insignificancia. Estos resultados van desde 0 a 30, tiene una coherencia interna que va desde 0.73 a 0.99 en 48 estudios, su consistencia interna para rehabilitación cardíaca es limitada en las dimensión emocional y familiar, conjuntamente este instrumento ha demostrado baja sensibilidad para medir la calidad de vida en pacientes que han participado en rehabilitación cardíaca ¹⁹².

¹⁸⁹ ALONSO J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. En: Med Clin (Barc). 1995. vo. 104, p. 771-6.

¹⁹⁰ SPERTUS J, Winder J, DEWHURST T, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. En: J Am Coll Cardiol. 1995. vo.25, p. 333-41.

¹⁹¹ SALDAÑA-GARCÍA, José H, SOLORIO, Sergio y RANGEL, Alberto. Calidad de vida en pacientes sometidos a angioplastia arterial coronaria. Informe preliminar. En: revista mexicana de cardiología. Julio - Septiembre 2003. Vol 14, no.3, p 94 – 97

¹⁹² FERRANS CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. En: Adv Nurs Sci. 1985.vo. 8 p. 15-24.

El *Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire* (APQLQ) es un cuestionario que tiene 22 ítems divididos en 4 escalas, tiene buenas propiedades psicométricas para propósitos discriminantes, pero se necesitan más trabajos para examinar la sensibilidad y fiabilidad¹⁹³.

El *Cuestionario de Velasco-Del Barrio* que consta de nueve áreas temáticas: salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación, tiempo de ocio y trabajo, con un total de 44 ítems. Tiene una validez alta, pues su reproducibilidad es de 0,75 y su fiabilidad es de 0,90. Su desventaja radica en que su uso está recomendado solo en pacientes post IAM¹⁹⁴. Ha sido utilizado en investigaciones para evaluar la eficacia del programa de rehabilitación cardiaca e identificar los efectos de este sobre la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares (incluyendo los factores psicológicos) y la mejoría en la calidad de vida de los pacientes con esta patología^{195 196}.

Dos instrumentos específicos recientes, aunque aún en espera de futuras investigaciones para determinar su utilidad y uso rutinario, son: *Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale* (MIDAS) ha sido recientemente desarrollado y validado en Inglaterra y recoge 35 ítems en 7 áreas y el *Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile* (CLASP) ha sido validado en pacientes con angina estable crónica y consta de 37 ítems agrupados en cuatro subescalas de síntomas y cinco sub-escalas de limitaciones funcionales¹⁹⁷.

El *Quality of Life After Myocardial Infarction* (QLMI), es un cuestionario en el que los 26 ítems que lo componen están agrupados en 5 dominios; la versión original fue diseñada y desarrollada para evaluar la efectividad de un programa de rehabilitación cardiaca, dado que puede ser aplicado, según los expertos, a

¹⁹³ DEMPSTER M, Op. cit., p. 49-53

¹⁹⁴ THOMPSON DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease I: Assessment tools. *En: Health and Quality of Life Outcomes*. 2003vo. 1, p. 42-7.

¹⁹⁵ BÁEZ, Op. cit., p. 90-96

¹⁹⁶ ESPINOSA CALIAN, Op. Cit., 53-59

¹⁹⁷ THOMPSON, Op. cit., 42-7

varios grupos con diferentes diagnósticos (reemplazo valvular, revascularización miocárdica, portadores de cardiodesfibrilador implantable, infarto de miocardio con y sin intervención coronaria percutánea, angina estable con y sin intervención coronaria percutánea; e insuficiencia cardiaca¹⁹⁸.

2.4.4.2.3 Descripción del instrumento implementado en el estudio

Para analizar el impacto del programa de rehabilitación en la calidad de vida de los pacientes se usó la adaptación española del cuestionario MacNew(QLMI-2) de calidad de vida relacionada con la salud para enfermedades cardíacas(ver anexo 1), cuestionario auto-administrado específico, dirigido a pacientes con infarto de miocardio y otras patologías cardíacas diagnosticadas¹⁹⁹.

El QLMI-2 fue diseñado para evaluar como las actividades diarias, las funciones físicas, emocionales y sociales son afectadas por la enfermedad y su tratamiento para dicha enfermedad²⁰⁰. Consta de 3 dimensiones representadas en 27 ítems; física (10 ítems), emocional (10 ítems) y social (7 ítems) (ver tabla 1).

DIMENSIÓN FÍSICA		DIMENSIÓN EMOCIONAL		DIMENSIÓN SOCIAL	
ITEM	Nº PREGUNTA	ITEM	Nº PREGUNTA	ITEM	Nº PREGUNTA
Agotamiento	6	Frustración	1	Dependencia	11
Disnea	9	Inútil	2	Actividades	12

¹⁹⁸ MAES, Op.cit., p. 518.

¹⁹⁹ GARCÍA DE VICUÑA, Op. Cit

²⁰⁰ SOTO, Op. cit., p. 505-514.

				sociales	
Dolor torácico	14	Confianza	3	Confianza de otros	13
Dolor en las piernas	16	Depresión	4	Sobrepotección	22
Limitación deportiva	17	Relajación	5	Carga para los demás	23
Mareo	19	Felicidad	7	Exclusión	24
Limitación	20	Ansiedad	8	Incapaz de relacionarse	25
Inseguridad y ejercicio	21	Llanto	10		
Limitación física	26	Inseguridad	15		
Dificultad sexual	27	Miedo	18		

Tabla 1. Relación entre dimensiones e ítems

Fuente: autoras del estudio

Cuenta con una validez y confiabilidad del 0.7²⁰¹, su consistencia interna para los tres dominios en la versión en inglés del MacNew comprende de 0.93 a 0.95 y de 0.75 a 0.97. La reproductibilidad puede ser evaluada por la prueba test-retest por lo que las correlaciones del Test-retest del MacNew indican una reproductibilidad aceptable en ocasiones separadas en pacientes con infarto miocárdico y angina que van de $r_{tt} = 0.61 - 0.87$ en las versiones en inglés, español y alemán. Cuenta con una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta desde 1, que representa la peor situación, hasta 7, que representa la

²⁰¹ MONPERE, Op.cit., p. 143-156.

mejor. Para realizar la puntuación en cada dimensión se obtiene de la media de la puntuación de todos los ítems que contiene.

Ha sido implementado en al menos 12 estudios clínicos experimentales a más de 5.200 pacientes con enfermedad cardíaca incluyendo países latinoamericanos²⁰². Además, ha sido identificado como el instrumento de calidad de vida más frecuentemente utilizado en pacientes con cardiopatía coronaria. Este instrumento comparado con los otros ha demostrado tener con sus tres dimensiones (física, emocional y social), una alta consistencia interna, tanto en puntos de medición, así como al discriminar y en la dirección esperada entre los grupos de diagnóstico, sexo y edad al inicio de rehabilitación cardíaca.

Se puede afirmar que este instrumento puede ser utilizado para realizar la evaluación de programas de rehabilitación cardiovascular, ya que todas sus dimensiones son lo suficientemente sensibles, válidos, y fiables para captar los cambios en las diferentes fases del programa, específicamente en la Fase II y para todos los grupos diagnósticos que tienen indicación de rehabilitación cardíaca, además ha demostrado servir de base para documentar la calidad de los programas de rehabilitación cardíaca. El uso de instrumentos estandarizados de medida y herramientas como el MacNew permite a los responsables en el ámbito de la salud pública tomar decisiones racionales basadas en el previo conocimiento de la percepción que el paciente tiene de su enfermedad que es de gran valor pronóstico. Con la ayuda de este instrumento en las unidades de cardiología se puede realizar una gestión fluida y costo-eficacia²⁰³. Ha sido implementado para valorar la eficacia de la rehabilitación cardíaca evidenciando que estos programas mejoran la calidad de vida en las tres dimensiones que integra el instrumento sobre todo en la dimensión emocional al disminuir los niveles de ansiedad y depresión; llama la atención

²⁰² ROSELLÓ-ARAYA, Marlene. y GUZMÁN-PADILLA. Sonia. Implementación De Un Programa De Rehabilitación Cardíaca (Fase II) en el Hospital Max Peralta. En: Acta méd. Costarric. Marzo, 2003. vo.45, no.1 [Artículo de Internet]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022003000100005&lng=pt&nrm=iso&tlnq=es.

²⁰³ SOSA V. Rehabilitación cardíaca: evolución histórica y estado actual. En: Espinoza Caliani S, Bravo Navas C, editores. Rehabilitación cardíaca y atención primaria. 2nd ed. Panamericana, 2002;p.1-3

que el MacNew resulta ser más efectivo en pacientes ambulatorios que en los hospitalizados²⁰⁴. Es el único instrumento a nivel internacional específico para la medición de la calidad de vida, fiable que permita comparar pacientes cardiovasculares con diferentes presentaciones y síntomas de su enfermedad. Es fácil de manejar y, por tanto, adecuado para el uso rutinario en un entorno clínico²⁰⁵.

2.4.5 Beneficios de los programas cardiovasculares sobre la calidad de vida

Para determinar el impacto de los programas cardiovasculares los estudios han utilizado instrumentos genéricos como específicos; como herramientas que permiten identificar la calidad de vida antes y después de iniciar las fases de la rehabilitación cardíaca. A continuación se muestran resultados de investigaciones que describen las características socio-demográficas en relación a la calidad de vida para posteriormente dar conocer el impacto tanto a nivel global como por dimensiones.

Los programas de rehabilitación cardíaca a nivel general han generado una mejoría significativa de la calidad de vida de pacientes cardiovasculares presentando mayor impacto en los hombres^{206 207}; pues tienen mayor capacidad funcional y de ejercicio al inicio del programa, poseen una mayor adherencia que las mujeres dado que tienen menos responsabilidades a nivel del hogar²⁰⁸ y presentan menos aislamiento social dado que reciben más apoyo emocional que las mujeres²⁰⁹. Además la mayoría de los asistentes a

²⁰⁴ LEYVA G, Op. cit., p. 552-60

²⁰⁵ HÖFER, Stefan. Cardiac rehabilitation in Austria: short term quality of life improvements in patients with heart disease. En: Wien Klin Wochenschr .2006. vo. 118, no.23–24, p.744–753

²⁰⁶ SALAZAR L, Op. Cit., p 77-81

²⁰⁷ LAVIE, Op. cit., p. 340-343

²⁰⁸ O'FARREL, P, et al. Sex differences in cardiac rehabilitation. En: [Can J Cardiol](#). 2000 Mar;16(3):319-25.

²⁰⁹ ROHLFS, Izabella et al. Género y cardiopatía isquémica[online]. En: Gac Sanit. 2004, vol.18, suppl.2 pp. 55-64 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213_91112004000500008&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.)

estos programas son hombres^{210 211 212 213 214 215 216}, ya que las enfermedades cardiovasculares se presentan con mayor incidencia en este género^{217 218}. Con relación a las mujeres, cabe destacar que hay poca participación de este género en los programas por factores como problemas de transporte (las mujeres tienen menos probabilidades de poseer o conducir un automóvil), más probabilidades de tener un cónyuge a cargo en casa, pueden sentirse más obligadas que los hombres a regresar a antes al hogar debido a sus responsabilidades y parece ser que reflejan falta de voluntad para inscribirse en la rehabilitación cardíaca debido a limitaciones de tiempo²¹⁹. Además las mujeres presentan episodios coronarios después de la menopausia²²⁰ (debido a la disminución del efecto protector de los estrógenos), tiene mayor incidencia de diabetes, hipertensión, obesidad y sedentarismo²²¹; son más sensibles a los factores psicosociales (estrés físico y mental, depresión, aislamiento social, insatisfacciones cotidianas y alteraciones en las relaciones familiares); no relacionan los síntomas cardíacos con patología cardiovascular, por lo cual no consultan a tiempo; todo lo anterior conduce a un pronóstico más desfavorable y a una peor calidad de vida^{222 223 224}.

Con respecto a la edad según las investigaciones la mayoría de los asistentes a estos programas son adultos medio^{225 226 227}, lo cual corresponde a los

²¹⁰ HÖFER, Op. cit., p 744–753

²¹¹ ESPINOSA CALIAN, Op. cit., 53-59

²¹² VALDIVIA, Op.cit.,

²¹³ ROSELLÓ-ARAYA, Op.cit

²¹⁴ BENIAMINI, Op.cit., p. 841-846.

²¹⁵ ROCA, Op. Cit., p.60

²¹⁶ LEYVA G, Op.cit. p. 552-60.

²¹⁷ WHO. [The Atlas of Heart Disease and Stroke](#). Op. Cit., p.20

²¹⁸ DANE. Op. cit

²¹⁹ CARHART, Op. cit., p. 37-43

²²⁰ ROHLFS, Op, cit., p 55-64

²²¹ URQUIJO SEBASTIAN y et al. Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémicocardiovasculares. Un estudio de género. En: Rev Fed Arg Cardiol. 2003. Vo. 32, p 190-198

²²² V. Suresh, Op.cit. p. 183

²²³ LAVIE, Op. cit., p. 340-343

²²⁴ MONPERE, Op.cit., p 143-156

²²⁵ ESPINOSA CALIAN, Op. Cit., p. 53-59

²²⁶ ROSELLO ARAYA, Marlene, GUZMAN PADILLA, Sonia y BOLANOS ARRIETA, Mario. Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca en la alimentación, peso corporal, perfil lipídico y ejercicio físico de pacientes con enfermedad coronaria. En: Rev. costarric. cardiol, ago. 2001, vol.3, no.2, p.15-20. ISSN 1409-4142.

²²⁷ GARCÍA-PALMIERI, Mario R. La rehabilitación en el adulto mayor de 65. año s. En: Archivos de Cardiología de México. Junio 2004. Vol. 74, Supl. 2, p. 198-201

cambios en la pirámide poblacional y la industrialización que han conducido a adoptar estilos de vida poco saludables. Asimismo los pacientes de este grupo de edad experimentan una mayor mejoría en la calidad de vida ²²⁸ que los otros grupos, luego de participar en el programa de rehabilitación cardiaca, logran reducir la incidencia de acontecimientos cardiacos recurrentes mediante la modificación del factor de riesgo y el cambio en sus estilos de vida²²⁹.

Contrario a lo arrojado por las estadísticas "vitales" del DANE y los indicadores de salud de Colombia, los cuales muestran que las enfermedades cardiovasculares son más frecuentes en el adulto mayor, este grupo de población tradicionalmente eran excluidos pues se consideraba que la rehabilitación se limitaría por problemas en el transporte (dependiendo de terceras personas para desplazarse) y las comorbilidades de los pacientes añosos (artritis, osteoporosis, enfermedad vascular periférica, cerebrovascular, pulmonar) debido a ello había muy poca participación y remisión de este grupo de edad²³⁰. Además corren un alto riesgo de discapacidad tras un evento coronario y presentan mayores complicaciones como hospitalizaciones mas prolongas que los conducen a una mayor limitación física dando como resultado una mala calidad de vida ^{231 232}. Los estudios se han centrado tradicionalmente en poblaciones más jóvenes sin embargo actualmente se ha tomado conciencia de lo útil y provechoso de la rehabilitación cardiaca en este grupo de población, ya que el programa de rehabilitación cardiaca en el cual se incluyan grupos de apoyo de la misma edad dado que mejora la calidad de vida y el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria, y de esta manera se disminuye la discapacidad física y la dependencia familiar ^{233 234 235}.

²²⁸ BÁEZ, Op. cit., p 90-96

²²⁹ SÁNCHEZ, Abreu. Calidad de vida de los pacientes postinfarto de miocardio. Diferencias según la edad. En: Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico.2003. Vo. 3, No 2

²³⁰ GARCÍA-PALMIERI, Mario R. La rehabilitación en el adulto mayor de 65. años. En: Archivos de Cardiología de México. Junio 2004. Vol. 74, Supl. 2, p. 198-201

²³¹ BOTERO DE MEJÍA, Beatriz Eugenia y PICO MERCHÁN, María Eugenia. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. En: Hacia la Promoción de la Salud, Enero - Diciembre 2007. Vo.12, p.11 – 24

²³² WENGER, Op.cit., p 1619-1631

²³³ KRISKOVICH JURÉ, Op.cit.

²³⁴ BOTERO DE MEJÍA, Op. cit., p.11 – 24

Por otro lado las investigaciones refieren que el adulto joven no mejora la calidad de vida tanto en relación a los otro grupos de edad, pues el apoyo y la tolerancia de las relaciones familiares y de amigos no son satisfactorias, esto se ve afectado por los cambios en los roles dado que se sienten presionados por las obligaciones y actividades del hogar ^{236 237} lo cual disminuye su percepción de calidad de vida.

Con relación al estrato socioeconómico las personas con bajo estrato social y bajo nivel de escolaridad presentan un perfil de persona más desfavorecida en cuanto a la calidad de vida ^{238 239}, lo cual puede dificultar la comunicación con el personal de salud y por ende desarrollar un mayor riesgo de abandono de la rehabilitación²⁴⁰. Respecto al estrato medio y alto, algunas investigaciones describen que estos grupos tienen una mejor calidad de vida, que se relacionan con mejores condiciones económicas, un alto nivel de escolaridad, un óptimo estado de salud, y un adecuado conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares reflejado en un buen control sobre los mismos ^{241 242}.

Como se puede evidenciar el mejoramiento de la calidad de vida, es un importante objetivo para los pacientes ambulatorios que participan en rehabilitación cardíaca. A pesar de esta relevancia, los programas de rehabilitación cardíaca han centrado sus intervenciones principalmente en aumentar la tolerancia del ejercicio y la modificación de los factores de riesgo.

²³⁵ BARRERA SARDUY, José Darío et al. Rehabilitación cardíaca en el anciano. En: Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovas 2001. Vo. 15, no.1, p 31-33Op.cit., p 31-33

²³⁶ MORAES, Op.cit., p. 323-329

²³⁷ SÁNCHEZ,, Op. cit.,

²³⁸ GUTIÉRREZ VICÉN, Teresa. Efecto de los factores sociales sobre la calidad de vida de los supervivientes de un infarto de miocardio. En: Med Clin (Barc). 1994 vol. 103, p. 766-769

²³⁹ BÁEZ, Op.cit., p 90-96

²⁴⁰ LEGUIZAMÓN, Mónica. Factores relacionados la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes post infarto agudo del miocardio en una institución de IV nivel, Bogotá, durante el mes de agosto del 2008. Trabajo de grado. Enfermera. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. 2008

²⁴¹ AMARILES, PA et al. Conocimiento y riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento con medicamentos cardiovasculares. En: Ars Pharm. 2005. Vo. 46, no. 3, p. 279-300.

²⁴² Ibid, p90-96

²⁴³ ²⁴⁴ ²⁴⁵ ²⁴⁶ ²⁴⁷ ²⁴⁸, dejando de lado el fortalecimiento de las dimensión social y emocional de la calidad de vida ²⁴⁹ ²⁵⁰. Bajo esta perspectiva es importante analizar, cuáles son los efectos que generan los programas de rehabilitación cardiaca en los pacientes cardiovasculares en cada una de las dimensiones de la calidad de vida, frente a las cuales los estudios demuestran que la dimensión que tiene mayor impacto positivo en los pacientes es la dimensión física seguida de la dimensión social y emocional ²⁵¹ ²⁵² ²⁵³.

2.4.5.1 Beneficios en la Dimensión Física

En lo que respecta a la dimensión física, los pacientes cardiovasculares al iniciar su programa de rehabilitación cardiaca después de un evento coronario tienen una percepción de mala calidad de vida, dado que refieren sentir dolor o molestias en el pecho, brazos y piernas; dificultad para respirar, mareos, dificultad para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación, intolerancia al ejercicio físico debido a la perturbación hemodinámica en el rendimiento como consecuencia de los efectos neurohormonales, vasculares, músculo-esqueléticos y alteraciones pulmonares²⁵⁴, dolor corporal²⁵⁵, por lo cual se sienten la mayoría del tiempo cansados, esto dificultad la realización de sus actividades y trabajo e impide que alcancen una independencia a nivel emocional y laboral. Conduce al aislamiento, aumenta el estrés, pérdida de

²⁴³ ESPINOSA CALIAN, Op. Cit., p. 53-59.

²⁴⁴ QUIRES, Ray W. Et al. Long-Term Disease Management of Patients With Coronary Disease by Cardiac Rehabilitation Program Staff. EN: Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention. May-June, 2008. vo. 28, no 3 p 180-186

²⁴⁵ VALDIVIA, Carmen Gloria. Et al. Modificación de los factores de riesgo coronario después de un programa de rehabilitación cardiaca. EN: Revista Chilena de Cardiología. 2006. Vol. 25 N°1, [Artículo de Internet]. disponible en : http://www.sochicar.cl/images/revista_cardiologia/revista_2006/1/Valdivia.pdf

²⁴⁶ SOSA V. Op. cit., p.1-3.

²⁴⁷ ROCA, Op.cit., p.60

²⁴⁸ BÁEZ, Op. cit., p 90-96

²⁴⁹ MONTSERRAT LEÓN-LATRE. Op.cit., p.4-13.

²⁵⁰ BETTENCOURT, Op.cit., p 687-696.

²⁵¹ HÖFER, Op . cit., p.744–753

²⁵² SHEN, Op. cit., p 3-11

²⁵³ WERNER BENZER, Marion Platter et al. Short-term patient-reported outcomes after different exercise-based cardiac rehabilitation programmes. EN: European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. 2007, Vol 14 No 3, p 442-47

²⁵⁴ GUIMARAES, Guilherme Veiga et al. Physical rehabilitation in heart transplantation [online]. EN: Rev Bras Med Esporte 2004, vol.10, n.5 pp. 408-411 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000500008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1517-8692. doi: 10.1590/S1517-86922004000500008

²⁵⁵ BETTENCOURT, Op.cit., p 687-696.

confianza en sí mismos, autonomía y altera los roles familiares dando como resultado mayor probabilidad de la ocurrencia de un nuevo evento coronario

256 257

Debido a lo anterior los programas de rehabilitación cardíaca por medio del entrenamiento físico y fomento de la práctica regular de actividad física, reduce parcialmente la gravedad de la aterosclerosis coronaria, incrementa el flujo en la pared arterial durante el ejercicio, con mejoría subsiguiente no solo de la función endotelial, sino de la síntesis; liberación y duración de la acción del óxido nítrico, este último genera la vasodilatación dependiente del endotelio e inhibe diversos procesos que participan en la aterogénesis y la trombosis, aumento de la contractibilidad miocárdica, disminuye la frecuencia cardíaca en reposo, mejora distribución circulatoria periférica, el retorno venoso, la cinética del diafragma e incremento del tono muscular^{258 259 260 261 262}. Estos cambios a nivel fisiológico se ven reflejados en beneficios para el pacientes como son: aumentar la sensación de vitalidad, disminuir la sensación de dolor corporal²⁶³, cansancio y agotamiento²⁶⁴, mejorar la capacidad física y aeróbica^{265 266}, disminuir el dolor torácico^{267 268 269}, aumentar la capacidad y tolerancia al ejercicio^{270 271 272 273}, lo que conduce según Coats²⁷⁴ a una disminución de la

²⁵⁶ VARGAS TOLOZA, Op. Cit., p 40-48.

²⁵⁷ CARVALHO VILAI Vanessa da Silva, et al.. Heart disease experience of adults undergoing coronary artery bypass grafting surgery. En: Rev Saúde Pública 2008. Vo.42, no.4

²⁵⁸ SINGH, Vibhuti et al. Cardiac Rehabilitation [on line]. Setiembre.2008. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/319683-overview>

²⁵⁹ MONTSERRAT, Op.cit., p.4-13

²⁶⁰ ANTONAKOUDIS H. Op. cit., p 176-181

²⁶¹ WENGER, Op. cit., p 1619-1631

²⁶² PINSON G, Op.cit p 97-103

²⁶³ SALAZAR L; Op.cit., pp 77-81

²⁶⁴ BETTENCOURT, Op. cit., p 687-696.

²⁶⁵ LEYVA G, Op.cit., p 552-60

²⁶⁶ ROSELLO ARAYA, Marlene, GUZMAN PADILLA, Sonia y BOLANOS ARRIETA, Mario. Op . cit., p.15-20

²⁶⁷ ROCA Cazorla y et al. Op. cit., p. 60.

²⁶⁸ KENNEDY, Michael D. y et al. Op. cit., p.1

²⁶⁹ HÖFER, Stefan y et al. Op. cit., p. 400-403.

²⁷⁰ Marchionni N, Fattirolli F, Fumagalli S et al. Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction: results of a randomized, controlled trial. En: Circulation. 2003, Vo. 107. p. 2201.

²⁷¹ AMES ENRÍQUEZ, RAÚL y et al. Rehabilitación cardíaca en pacientes de alto riesgo. Seguimiento de dos años en programa controlado. En: Revista Peruana de Cardiología. Setiembre – Diciembre, 1996. Vol. XXII, no. 1, p 130-138-

²⁷² BÁEZ, Op. cit., p 90-96

²⁷³ ESPINOSA CALIAN, Op.cit., p. 53-59

disnea, con aumento de las posibilidades de realizar actividades diarias^{275 276} y un mejor estado general. Además los participantes de los programas de rehabilitación cardiaca tienden a participar más en el ejercicio regular y modificar su dieta^{277 278}.

Otra ventaja del programa dentro de esta dimensión derivada de la actividad física es la sensación de seguridad al realizar ejercicio, dado que el paciente lograra manejar realmente sus capacidades, su tensión arterial y sus pulsaciones permitiéndole así saber en su totalidad su capacidad de movilización y conocer hasta donde llegan sus límites²⁷⁹.

Simultáneamente dentro de esta dimensión los programas de rehabilitación cardiaca debe estar contemplada la consejería sexual integral del paciente, dado que estos pacientes pueden presentar alteraciones a nivel sexual como son: disminución de la libido, dificultad para alcanzar el orgasmo, insatisfacción, dificultades para la erección y trastornos en la eyaculación (, sobreprotección de la pareja, dolor torácico, disnea y debilidad general durante la actividad sexual. Estas alteraciones pueden deberse a los medicamentos (bloqueadores beta, diuréticos), a fenómenos psicológicos (depresión y temor por el paciente y su pareja de la precipitación de un evento cardíaco), falta información, la cual puede generar divorcios, distanciamiento entre la pareja y abstinencia sexual; a la existencia de comorbilidades, (ateroesclerosis que causa disfunción eréctil en la mayoría de los pacientes cardiovasculares); todos estos factores se

²⁷⁴ Coats A, Clark et al. Symptoms and quality of life in heart failure: the muscle hypothesis. *En:* Br Heart J. 1994. Vo.72, no.2, p36-39

²⁷⁵ KENNEDY, Michael D. y et al. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life and exercise tolerance in women: A retrospective analysis. [online]. *En:* Curr Control Trials Cardiovasc Med. Abril, 2003, vo.4, no. 1., [Citado 10 abril de 2009] p.1 Available from internet <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=155628>.

²⁷⁶ ROCA, Op. Cit., p.60

²⁷⁷ ÁLVAREZ L, et al. Evaluación del impacto del programa de rehabilitación cardíaca del hospital universitario virgen macarena en la calidad de vida de sus usuarios. Artículo de Internet]. *En:* Congreso Virtual de Cardiología, 2007. No. 5 p. 1-7. Disponible en:<http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/tl007e/tl007e.pdf> [citado el 25 de septiembre de 2008]

²⁷⁸ PASQUALI S, Alexander K y et al. Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization. *En:* Am Heart J. 2003, Vo. 145., p. 445-51.

²⁷⁹ ANTEPARA, Op. Cit.

deben tener en cuenta a la hora de lograr una reincorporación social y sexual plena del paciente^{280 281 282 283}.

No obstante en la mayoría de las ocasiones los profesionales de la salud no contemplan en la historia clínica del paciente cardiovascular estas alteraciones, pues les resulta difícil hacer educación sexual y realizar la rehabilitación sexual del paciente con patología coronaria, dado que es un tema que suele aislarse. Esta situación se complica a un mas por que los pacientes en general no le preguntan a ningún profesional, no encuentran el personal idóneo a quien referirse y creen que esas indicaciones se les darán antes del alta hospitalaria²⁸⁴.

Los programas de rehabilitación cardiaca deben contar con profesionales de enfermería capacitados para brindar una orientación sexual oportuna y responsable encaminada a aclarar dudas y preocupaciones del enfermo y su familia, disminuir la ansiedad, asesorando dentro de una ambiente de confianza y seguridad sobre las alternativas para un desarrollo sexual pleno advirtiendo los factores de riesgo y teniendo en cuenta los antecedentes y características personales de cada paciente. Esta asesoría es importante dado que la actividad sexual es fundamental en la dinámica familiar del paciente²⁸⁵; y garantiza una mejor calidad de vida satisfactoria²⁸⁶, una mejoría significativa en el retorno a la actividad sexual^{287 288} y menos casos de impotencia.

²⁸⁰ RODRÍGUEZ, Teresa y et al. La sexualidad del paciente con infarto agudo del miocardio en el marco de la rehabilitación cardiovascular. En: Sexología y sociedad. 2006. vo.12, no.31, pp.28-34

²⁸¹ AVILA, Guadalupe. Cardiopatía y Sexualidad. En: Archivos Hipanoamericanos de Sexología. 2001, vo.7, no.2, p. 133-148.

²⁸² JIMÉNEZ, P et al. Sexualidad y cardiopatía isquémica. En: Enferm Cardiol 2000; Año VII (19): 32-36.

²⁸³ MANN, S., J. G. YATES y E. B. RAFTERY. The effects of myocardial infarction on sexual activity. En: J Cardiac Rehabil, 1981, pp. 187-193.

²⁸⁴ JIMÉNEZ, Op. Cit., p. 32-36.

²⁸⁵ AVILA, Op. cit., p. 133-148

²⁸⁶ JIMÉNEZ, P. Op. Cit., p. 32-36

²⁸⁷ BERTIE, J et al. Benefits and weaknesses of a cardiac rehabilitation programme. En: J R Coll Physicians Lond .1992. vo. 26, no.2, p 147-151.

²⁸⁸ LIDELL E, Op. cit., p 67-74.

2.4.5.2 Beneficios en la Dimensión Emocional

Por último en la dimensión emocional los paciente cardiovasculares al ingresar a los programas de rehabilitación cardiaca manifiestan sentimientos como: miedo a padecer un nuevo infarto, a morir por causas cardiacas, ansiedad, depresión, ira, hostilidad; frustración, angustia generada por la enfermedad y el tratamiento, su pronóstico y recuperación; desesperanza, humor no reactivo, incertidumbre, tristeza persistente, sensación de malestar, tensión, vulnerabilidad, apatía, pérdida de ilusión por el futuro, ideas relacionadas con la muerte y llanto entre otros; estos sentimiento son acompañados por estresores crónicos (bajo estrato socioeconómico, poco apoyo social, estrés laboral, estrés marital o de otros roles). Como consecuencia de lo anterior se aumentan las recaídas y la morbimortalidad por complicaciones de 3-5 veces más ²⁸⁹ que los pacientes cardiovasculares sin presencia de los síntomas que presenta al inicio de la rehabilitación cardiaca ^{290 291 292}. Además, estos sentimientos acarrear trastornos de insomnio, con sueños paradójicos y sueños profundos, los pacientes se despiertan varias veces en la noche, tienen despertares tempranos, lo que les produce tensión, irritabilidad, labilidad emocional, fatiga y pérdida de energía.

Estas complicaciones son causadas por falta de información en relación al tratamiento, pronóstico, recuperación, ideas erróneas con respecto a los conocimientos cardíacos y la dificultad del cumplimiento del tratamiento siendo difícil, lenta y menos exitosa la rehabilitación cardiaca.

Con relación a lo anterior se ha encontrado que gracias a las medidas psicoterapéuticas (tratamiento psicológico de apoyo, técnicas de relajación, manejo del estrés, sesiones de grupo, orientación en cambio de hábitos, terapias cognitivas, tratamiento de la depresión, ansiedad y pánico con o sin

²⁸⁹ SOSA V. Op. Cit., p.1-3

²⁹⁰ RIVERA A., Op. Cit., p 124-133

²⁹¹ VINACCIA, Op.cit., p. 125-137.

²⁹² HURTADO REYES, Op.cit.

tratamiento farmacológico, psicoterapia individual y grupal y relajación psicomuscular) aplicadas dentro de estos programas de rehabilitación cardiaca que acompañadas de un actitud empática y comprensiva por parte de los profesionales de la salud; los pacientes después de participar en el programa logran controlar su ansiedad, disminuye el miedo ²⁹³, incrementan su estado de ánimo y motivación ²⁹⁴, mejoran su autoconfianza ²⁹⁵, disminuye sus niveles de hostilidad, ansiedad, depresión ^{296 297}, ira ²⁹⁸ y estrés (el paciente aumenta la tolerancia factores estresantes) ²⁹⁹.

Así mismo se reduce en 50-70% los síntomas depresivos, y la prevalencia de depresión y la ansiedad ^{300 301 302}, lo cual conduce a una disminución del 73% de la mortalidad en estos pacientes ³⁰³. Asimismo al no continuar con nivel es altos de depresión el paciente aumenta su interés en la vida, mejora los patrones de sueño, tiene más facilidad para concentrarse y adquiere mayor vitalidad entre otras ³⁰⁴; no obstante, según Lidell y Fridlund ³⁰⁵ después de participar en el programas de rehabilitación cardiaca se disminuye el sentimiento de incapacidad, pero no en ansiedad o depresión.

Otros impacto positivo en esta dimensión es el aumento en su motivación para vivir al adquirir actitudes positivas ^{306 307 308}, tiene una percepción más positiva

²⁹³ RV, Op.cit., p. 726-732

²⁹⁴ QUIRES, Op. cit. p 180-186.

²⁹⁵ MARQUEZ, Op. Cit., p 185-206

²⁹⁶ SHEN, Op. cit., p 3-11,

²⁹⁷ LAVIE, Op. cit., p 335-41.

²⁹⁸ MICHALSEN, Op. cit., p 344-352

²⁹⁹ TURRO S, Sonia M. Rehabilitación cardiovascular en el anciano. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com[online][cited 2009-05-21]. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/810/1/Rehabilitacion-cardiovascular-en-el-anciano.html>

³⁰⁰ MILANI, Richard V. y LAVIE, Carl J. Impact of Cardiac Rehabilitation on Depression and Its Associated Mortality. En: The American Journal of Medicine (2007) 120, 799-806.

³⁰¹ RV, Op. Cit., p. 726-732

³⁰² LAVIE, Op.cit., p 335-41

³⁰³ RIVAS ESTANY, Eduardo y et al. Aspecto psicosocial de la rehabilitación en pacientes con infarto miocárdico. En: [Rev. cuba. cardiol. cir. cardiovasc.](#) Septiembre-diciembre, 1989. Vo,3.no.3,pp. 357-74.

³⁰⁴ LUSIARDO, Mabel. Mente y corazón: Factores psicosociales de riesgo cardiovascular. En: Salud militar. Abril, 2005. Vol.27, Nº 1, p75-82

³⁰⁵ LIDELL E, Op. cit., p 67-74.

³⁰⁶ SHEN, Op. cit., , p 3-11,

³⁰⁷ YU C-M, al. Op. Cit., p. 1915-22.

³⁰⁸ RIVAS ESTANY, Op. Cit., p. 357-74.

sobre su estado de la salud³⁰⁹, acrecienta su percepción de control sobre la enfermedad ³¹⁰, adquieren mayor confianza y seguridad al mejorar su capacidad funcional proporcionando así una buena reintegración social³¹¹.

2.4.5.3 Beneficios en la Dimensión Social

Los estudios han mostrado dentro de la dimensión social, que los pacientes cardiovasculares, experimentan alteración en sus actividades sociales normales afectando así sus roles a nivel profesional, familiar y de pareja, lo que conduce a conflictos laborales, alteraciones en la autoestima del individuo, sensación de no controlar su propia vida, sentimiento de invalidez y limitación para desempeñar sus labores diarias, problemas por el deterioro progresivo, cambios en el concepto del yo, dependencia y aislamiento social que se suscita a partir del temor de aceptar la necesidad de apoyo en el otro y porqué la familia o los amigos del paciente no saben como reaccionar ^{312 313}.

Asimismo, se debe tener en cuenta que tras el diagnostico de la enfermedad cardiovascular las familias de los paciente sufren alteraciones estructurales y emocionales, pues hay una movilización intensa de recursos físicos (cuidados, cambios de roles y funciones del enfermo) y emocionales (mayor disponibilidad afectiva), se genera una sobreprotección al enfermo, que le hace perder su independencia, le exime de tareas y le invade su privacidad, lo cual conduce a un trastorno de las actividades sociales normales producto en gran parte de limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, temor por los síntomas o las discapacidades y sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente ^{314 315 316}.

³⁰⁹ BETTENCOURT, Op. cit. p 687-696

³¹⁰ MICHIE, Op. cit., p 88 – 95.

³¹¹ AMES ENRÍQUEZ, Op. Cit., p 130-138-

³¹² GRANERO MOLINA, Op.cit., , pp.36-48

³¹³ RIVERA A., Op. Cit., p 124-133

³¹⁴ Ibid., p126

³¹⁵ VINACCIA, Op.cit., pp. 125-137.

Además los paciente se ven obligados a un proceso de adaptación rápido el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad), debido a esto debe generar estrategias de adaptación, entre ellas la principal es la negación que cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo adecuado de su proceso de adaptación posterior a la enfermedad. Conjuntamente si los pacientes no tienen una relación de pareja tienden a presentar un menor grado de apoyo social, mayor número de rehospitalizaciones, tienen un necesidad mayor de ayuda todo esto conlleva a un aislamiento social y afecta negativamente la calidad de vida global ^{317 318 319 320} que se asocia con un aumento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ^{321 322}.

Frente a estas situaciones los programas de rehabilitación cardiaca a través de un trabajo interdisciplinario especialmente por medio de las intervenciones psicosociales han demostrado generar en los pacientes mayor sentimiento de utilidad y adaptación a su problema de corazón, mayor adaptación y funcionalidad social y su autonomía se eleva considerablemente; igualmente, sienten satisfacción por su nivel de funcionamiento social ³²³, tienen menos dependencia familiar, física y emocional, aumentan su autoestima, disminuyen el aislamiento social debido a una mejor interrelación con otras personas; se sienten menos preocupados por su enfermedad, mejora el ambiente en el hogar del paciente además de reducir los trastornos del comportamiento incrementando el bienestar. Paralelamente tras participar en los programas de

³¹⁶ SOLANO RUIZ,. Op. Cit.,

³¹⁷ MORAES, cit., p. 323-329.

³¹⁸ DANTAS RAS, Aguillar y OM, Barbeira CBS. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. En: Rev Latino-am Enfermagem. Julho. 2001. Vo. 9, no.4, p 26-31.

³¹⁹ BRUMMETT, BHI et al. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. En: Psychosom Med. 2001. Vo. 63, no.2. p.267-72.

³²⁰ BENNETT, SJ, et al. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. En: Qual Life Res 2001. Vo.10, p 671-82.

³²¹ MARCHIONNI N, Op. cit., p. 2201.

³²² RIVERA A.,Op. Cit. p 124-133

³²³ BUENO, Op. Cit., p 171-180

rehabilitación cardíaca algunos pacientes reevaluaron sus prioridades para enfocarse en su rol familiar, al igual que el redescubrimiento de la familia, los pacientes adquieren una nueva manera de percibirse a ellos mismos; dan mayor atención sobre sus gustos y sobre el sentido de sus vidas y al mismo tiempo, logran una alta tasa de reintegración laboral ^{324 325 326 327}.

Simultáneamente dentro de esta dimensión se ha demostrado que luego de participar en los grupos de autoayuda de los programas de rehabilitación cardíaca ³²⁸, se reconfirma el compromiso de continuar con el ejercicio físico, practicar las técnicas de respiración, relajación, concentración, tomar la vida con calma, comunicarse adecuadamente con la familia y disfrutar de agradables momentos de esparcimiento ³²⁹. En conclusión, el rol del apoyo social es fundamental para facilitar conductas de cuidado coronario, de ahí que este apoyo social ha identificado como un factor protector que disminuye la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares porque permite enfrentar la enfermedad, disminuye el estrés y la depresión favoreciendo así la recuperación del individuo y su calidad de vida por lo tanto los programas de rehabilitación cardíaca deben tener actividades compartidas entre pacientes y familiares ^{330 331 332}.

³²⁴ KENNEDY, Op. Cit., p. 2

³²⁵ SINGH, Op. cit.,

³²⁶ PINSON G, Op. Cit., p 97-103.

³²⁷ HURTADO REYES, Op. Cit.,

³²⁸ ESTHER PÉREZ, Op. Cit., . p 90-100

³²⁹ PARADA, María Isabel. Un programa de intervención-acción psicológica para pacientes en rehabilitación cardíaca. En: Arch. Hosp. Vargas .Jul.-Dic. 1996. Vo.38, no.3/4, p151-3,

³³⁰ MOOKADAM Farouk. Social Support and Its Relationship to Morbidity and Mortality After Acute Myocardial Infarction. En: Arch Intern Med. 2004. Vo.164, p.1514-1518

³³¹ MORAES, Op. Cit., p. 323-329.

³³² FERNÁNDEZ-ABASCAL, Op. cit., pp. 615-630.

3. MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE DISEÑO

Esta investigación corresponde a un estudio evaluativo pre-test y post-test de corte prospectivo longitudinal, aplicado a los pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, asistentes al programa de rehabilitación cardíaca durante el periodo de marzo-abril del año 2009, en el cual se evaluó el impacto del programa sobre la calidad de vida de los pacientes.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo estaba constituido por 350 pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular que asistían al programa de rehabilitación cardíaco de una institución de IV nivel en Bogotá.

3.3 TAMAÑO DE MUESTRA

Estuvo constituida por 30 pacientes, con diagnóstico de enfermedad cardiovascular que asistieron al programa de rehabilitación cardíaca en fase II de la institución de cuarto nivel.

3.4 TIPO DE MUESTREO

Por conveniencia, se tomaron los pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular que asistieron al programa de rehabilitación cardíaca en fase II durante los meses de marzo-abril de 2009, cada uno de los participantes cumplía con los criterios de selección especificados en el protocolo del estudio.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para integrar el grupo de participante son los siguientes

- Pacientes hombres o mujeres mayores de 18 años.
- Pacientes que inician la fase II del programa de rehabilitación cardiaca
- Pacientes que han presentado alguno de los siguientes diagnósticos:
 - ✓ Infarto agudo del miocardio,
 - ✓ Angina estable en pacientes no revascularizables,
 - ✓ Falla cardiaca, sincope cardiogenico,
 - ✓ Cardiopatía dilatada con buena o mala fracción de eyección,
 - ✓ Arritmias
 - ✓ Post quirúrgicos cardiovasculares(revascularización miocárdica, cambios vasculares o trasplante cardiaco)
 - ✓ Pacientes con cardiodesfibriladores o marcapasos implantables.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no hayan completado las 12 sesiones de la fase II del programa de rehabilitación cardiaca.
- Pacientes que se hayan retirado del programa de rehabilitación cardiaca por complicaciones clínicas durante el desarrollo de la fase.

3.7 PROCEDIMIENTO

El estudio se desarrollara en tres fases:

3.7.1 Primera Fase

En la primera fase del estudio se realizó una prueba piloto del instrumento, con pacientes y profesionales de enfermería especialistas en cardiología del área asistencial e investigativa, con el objetivo de establecer si el instrumento MacNew Heart Disease health-related quality of life (MacNeW QLMI 2) es adecuado para evaluar la calidad de vida global y por las dimensiones que comprende, además determinar si los ítems contemplados en el instrumento son pertinentes, relevantes, coherentes, con lenguaje y redacción apropiada. El concepto emitido por las expertas fue positivo, sin embargo recomendaron mejorar la redacción del ítem 7, la cual se realizó.

3.7.2 Segunda fase

En la segunda fase del estudio se inicio la recolección de datos con previa firma del consentimiento informado, aplicando la adaptación española del MacNew Heart Disease health-related quality of life (MacNeW QLMI 2) a los pacientes en una institución de IV nivel de la ciudad de Bogotá, que iniciaban el programa de rehabilitación cardiaca Fase II; que inicia después del alta hospitalaria y está compuesta por 12 sesiones con una frecuencia de dos a tres veces por semana y finaliza cuando el paciente completa 12 sesiones o adquiere una independencia funcional.

3.7.3 Tercera Fase

Una vez que el paciente ha completo las 12 sesiones en el programa se aplico nuevamente el instrumento MacNew Heart Disease health-related quality of life (MacNeW QLMI)(ver anexo 1) para determinar los cambios en su nivel de

calidad de vida, este instrumento fue diseñado para pacientes con enfermedad cardiovascular cuenta con 27 ítems que se distribuyen en tres dimensiones (física, social y emocional) que se evalúan por medio de una escala de likert con siete opciones de respuesta desde 1, que representa la peor situación, hasta 7, que representa la mejor. Para analizar la puntuación de calidad de vida a nivel global y por dimensiones se establecieron rangos ponderales teniendo en cuenta el número de ítems que compone cada dimensión y la extensión de la escala de likert (ver tabla 2).

Tabla 2. Rangos ponderales establecidos para determinar los niveles de calidad de vida global y por dimensiones

VARIABLE	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA
GLOBAL	<i>Mala= 27-63</i> <i>Regular =64-127</i> <i>Buena=128-189</i>
DIMENSION SOCIAL	<i>Mala= 7-17</i> <i>Regular =18-32</i> <i>Buena=33-49</i>
DIMENSIÓN FÍSICA	<i>Mala= 10-23</i> <i>Regular =24-46</i> <i>Buena=47-70</i>
DIMENSION EMOCIONAL	<i>Mala= 10-23</i> <i>Regular =24-46</i> <i>Buena=47-70</i>

FUENTE: autoras del estudio

En las dos últimas fases del estudio el instrumento fue aplicado por las investigadoras mediante cuestionario dirigido para garantizar un menor número de datos omitidos; el tiempo estimado para diligenciar el instrumento fue de 20 a 25 minutos. Después de recolectar la información se realizó un análisis descriptivo con la ayuda del programa SPS versión 17.0 y Excel

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Teniendo en cuenta el título II DE LA RESOLUCIÓN 008430 DE 1993, de la investigación en seres humanos; en donde toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto, dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Por lo tanto la participación de la población, será voluntaria y se mantendrá completa discreción y en ningún momento se revelaran datos de identificación. Para efecto de la autorización de participación se contara con el consentimiento informado de todos los participantes.

La investigación se ajusta a los principios científicos y éticos, es realizada por profesionales y estudiantes de pregrado con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano. Se lleva a cabo bajo la autorización de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana y con la aceptación voluntaria de los participantes, quienes lo autorizan a través del consentimiento informado por cada uno de los participantes y la previa aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Institución (ver anexo 2).

En la presente investigación se protegerá la privacidad de los participantes utilizando solo iniciales de nombres para identificación interna de las entrevistas y solo nombres de las instituciones participantes como representantes de las redes institucionales sin descripción del representante. Para efectos de éste reglamento la investigación se considera sin riesgo según el artículo 11 de la misma resolución antes citada.

4. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Descripción de Características Sociodemográficas

A continuación se presenta la descripción de las características sociodemográficas de los pacientes que asisten al programa de rehabilitación cardiaca del estudio según las variables de género, edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación, con quien vive y diagnóstico clínico, las cuales fueron evaluadas utilizando estadísticas descriptivas.

Tabla 3. Características socio-demograficas del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca según género y edad

VARIABLES	N° (30)	%(100)
GENERO		
Masculino	20	66.7
Femenino	10	33.3
EDAD		
18-40	5	16.6
41-65	18	60
Mayor de 65	7	23.3

FUENTE: autoras del estudio

Los resultados obtenidos en el estudio con relación al género mostraron que el 66.7% de los pacientes son hombres y el 33.3% son mujeres (ver tabla 3). Estos resultados concuerdan con lo reportado en la literatura, en donde se evidencia que la mayoría de los pacientes asistentes a los programas de

rehabilitación cardíaca (PRCH) son hombres^{333 334 335 336} pues las enfermedades cardiovasculares se presentan con mayor incidencia en este género^{337 338} y aumentan la morbi-mortalidad por tal motivo son remitidos a este tipo de programas. La rehabilitación cardíaca ha demostrado tener mayor impacto en el nivel de calidad de vida en los hombres³³⁹ pues tienen mayor capacidad funcional y de ejercicio al inicio del programa³⁴⁰, poseen una mayor adherencia que las mujeres dado que tienen menos responsabilidades a nivel del hogar³⁴¹, mas facilidades de transporte³⁴² y presentan menos aislamiento social dado que reciben más apoyo emocional que las mujeres³⁴³.

Con relación a las mujeres, según la literatura consultada, cabe destacar que hay poca participación de este género en los programas por factores como problemas de transporte (las mujeres tienen menos probabilidades de poseer o conducir un automóvil), más probabilidades de tener un cónyuge a cargo en casa, pueden sentirse más obligadas que los hombres a regresar antes al hogar debido a sus responsabilidades y parece ser que reflejan falta de voluntad para inscribirse en la rehabilitación cardíaca debido a limitaciones de tiempo³⁴⁴. Además las mujeres presentan episodios coronarios después de la menopausia (debido a la disminución del efecto protector de los estrógenos), tiene mayor incidencia de diabetes, hipertensión, obesidad y sedentarismo³⁴⁵; son más sensibles a los factores psicosociales (estrés físico y mental, depresión, aislamiento social, insatisfacciones cotidianas y alteraciones en las relaciones familiares); no relacionan los síntomas cardíacos con patología

³³³ HÖFER, Op. cit., p. 748.

³³⁴ VALDIVIA, *et al.* Op. cit., p.46

³³⁵ SALAZAR L, *et al.* Op. cit., p. 79.

³³⁶ BETTENCOURT, *et al.* Op. cit., p. 687-696.

³³⁷ WHO, [The Atlas of Heart Disease and Stroke](#). Op. cit., p.18-55.

³³⁸ DANE. Op. cit., p.1

³³⁹ SALAZAR L, *et al.* Op. cit., p 79

³⁴⁰ O'FARREL, P, *et al.* Op. cit., 319-25.

³⁴¹ LOOSE, MS y FERNHALL, B. Differences in quality of life among male and female cardiac rehabilitation participants. *En: J Cardiopulm Rehabil.* May-Jun,1995 , vo.15, no.3., p. 225-31.

³⁴² CARHART, *et al.* Op. cit., p. 37.

³⁴³ ROHLFS, *et al.* Op. cit., p 55-64 .

³⁴⁴ CARHART, *et al.* Op. cit., p. 37

³⁴⁵ MONPERE. Op. cit., p. 154.

cardiovascular, por lo cual no consultan a tiempo³⁴⁶; todo esto conduce a un pronóstico más desfavorable³⁴⁷ y a una peor calidad de vida^{348 349}. Debido a las particularidades de la enfermedad cardiovascular en la mujer, el equipo de rehabilitación cardíaca y las instituciones político-sanitarias, deben detectar, capacitar, motivar y estimular a mujeres líderes en grupos estratégicos para multiplicar la información con respecto al cuidado de su salud cardiovascular por medio de folletos informativos y conferencias sobre la enfermedad cardiovascular en la mujer, incluirlas en actividades lúdicas con objeto de lograr una participación más activa y eficaz, además se debe proporcionar información sobre recursos que permitan aliviar la carga de los cuidadores alentado a compartir las obligaciones familiares con sus parejas a fin de tener más tiempo libre y recursos para centrarse en su propia salud.

A partir de lo anterior como líderes de los programas de rehabilitación cardíaca, los profesionales de enfermería, deben empoderar a las mujeres y hombres sobre la importancia de conocer e identificar tempranamente los factores de riesgo y los síntomas relacionados con enfermedad cardiovascular, con el fin de asumir un papel activo dentro de su cuidado al lograr comprender su enfermedad y la rehabilitación mejorando así su calidad de vida.

El 60 % de los pacientes asistentes al programa se encuentran en el rango de edad de 41-65 años, seguido por el 23.3% que son pacientes mayores de 65 años. Estos resultados evidencian que el mayor porcentaje de la población tiende a ser adulto medio, lo cual coincide con lo reportado en las investigaciones consultadas^{350 351 352 353}. Esta situación se debe según la OMS a los cambios de la pirámide poblacional y al aumento del nivel de

³⁴⁶ ROHLFS. Op. cit., p. 59-61

³⁴⁷ MONPERE. Op. cit., p. 154

³⁴⁸ PRAMPARO, *et al.* Op. cit., p. 75-85.

³⁴⁹ URQUIJO, *et al.* Op. cit., p. 190-198.

³⁵⁰ WERNER BENZER, *et al.* Op. cit., p. 443

³⁵¹ ESPINOSA, *et al.* Op. cit., p. 56

³⁵² ROSELLÓ-ARAYA, y GUZMÁN-PADILLA. Op. cit., p 22

³⁵³ BETTENCOURT, *et al.* Op. cit., p 692

industrialización lo cual conduce adquirir estilos de vida poco saludables aumentando las conductas de riesgo que generan enfermedades cardiovasculares, por todo esto se requieren programas de rehabilitación cardiaca. Asimismo los pacientes adulto medio experimentan una mejoría en la calidad de vida³⁵⁴ que los otros grupos de edad, luego de participar en el programa de rehabilitación cardiaca, pues la mayoría cuentan con un alto apoyo familiar brindado por su pareja o por sus hijos, están laboralmente activos y pertenecen a un nivel de escolaridad alto; estos factores se deben tener en cuenta para la planificación del cuidado de enfermería, dado que facilitan y promueven la participación en la rehabilitación cardiaca³⁵⁵.

Llama la atención que aunque la mayoría de los desórdenes cardiovasculares ocurren en personas mayores de 65 años de edad³⁵⁶, solo representan el 23.3% de la población de este estudio, esto se debe a que los estudios de rehabilitación cardíaca han sido tradicionalmente hechos en pacientes más jóvenes dado que se creía que los beneficios de la rehabilitación cardiaca se limitaban por las comorbilidades de los pacientes añosos (artritis, osteoporosis, enfermedad vascular periférica, cerebrovascular, pulmonar) debido a ello había muy poca participación y remisión de este grupo de edad³⁵⁷. Frente a esta situación como profesionales de enfermería se debe concientizar la participación del adulto mayor en estos programas que favorezcan el bienestar y la dignidad de las personas en esta etapa de la vida, dado que este grupo de edad presenta peor evolución y pronóstico después de un infarto, además corren un alto riesgo de discapacidad tras un evento coronario y existen mayores complicaciones como hospitalizaciones mas prolongadas que los conducen a una limitación física dando como resultado un deterioro en la calidad de vida^{358 359}

³⁵⁴ BÁEZ, et al. Op. cit., p 94

³⁵⁵ SÁNCHEZ, Abreu. Op. cit., p. 1

³⁵⁶ DANE. Op. Cit.

³⁵⁷ GARCÍA-PALMIERI, Op. cit., p. 198-201.

³⁵⁸ WENGER, Nanette. Op. cit., p. 1619-1631.

³⁵⁹ BOTERO DE MEJÍA y PICO MERCHÁN. Op. cit., p. 11 – 24.

Tabla 4. Características socio-demográficas del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca según estado civil y escolaridad.

VARIABLES	N° (30)	%(100)
ESTADO CIVIL		
Soltero	6	20.0
Unión libre	4	13.3
Casado	15	50.0
Viudo	2	6.7
Separado	3	10.0
ESCOLARIDAD		
Primaria	6	20.0
Secundaria	10	33.3
Técnico	1	3.3
Universidad	12	40.0
Ninguno	1	3.3

FUENTE: autoras del estudio

Con respecto al estado civil el 50% eran personas casadas y el 20% eran solteros. Estos resultados coinciden con la literatura consultada pues la mayoría de los pacientes que asisten a rehabilitación cardiaca están

casados^{360 361 362 363}, lo que implica que estos cuentan con mayor apoyo emocional, siendo este positivamente relacionado a la disminución de la ansiedad y la depresión, lo cual optimiza el desempeño físico y facilita la rehabilitación que permite el retorno a sus actividades adquiriendo una mejor calidad de vida³⁶⁴. Por otro lado, los pacientes solteros tienen mayor número de rehospitalizaciones debido a que ellos viven solos puesto que no poseen un sistema de apoyo, lo que conlleva a un aislamiento social y afecta negativamente la calidad de vida^{365 366}. Con base en lo anterior como profesionales de enfermería se debe incentivar la formación de redes de apoyo emocional y material a nivel primario (familia), secundario (pacientes asistente al programa, amigos y grupos de autoayuda) e institucional (grupos terapéuticos profesionales), estos grupos le permiten a los pacientes llegar a un ambiente favorable para su recuperación, en donde pueden explicar libremente su problemática, sus interés, preocupaciones y expectativas en torno a su patología, contribuyendo entre sí a la reestructuración de las personas en un ambiente espiritual y de apoyo humano.

Según el grado de escolaridad el 40% de los pacientes realizó estudios universitarios, el 33.3 % curso secundaria, el 20% primaria y el 3.3% no curso ningún nivel de escolaridad, en este estudio los pacientes cardiovasculares tenían un grado de escolaridad alto. Al contrario de lo reportado en la literatura consultada la mayoría de la población ha cursado hasta secundaria. Las investigaciones refieren que los pacientes con un alto nivel educativo presentan una calidad de vida satisfactoria que puede atribuirse a un mejor estado de salud, mayores ingresos económicos y un adecuado conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares reflejado en un buen control sobre los

³⁶⁰ BETTENCOURT, *et al.* Op. cit., p 692

³⁶¹ MORAES y DANTAS. Op. cit., p 326

³⁶² WERNER BENZER, *et al.* Op. cit., p. 443

³⁶³ MILANI, y LAVIE. Impact of Cardiac Rehabilitation on Depression and Its Associated Mortality. Op. cit., p. 801.

³⁶⁴ BENNETT, *et al.* Op. cit., p. 671- 82.

³⁶⁵ MORAES y DANTAS. Op. cit., p 323-329.

³⁶⁶ BERKMAN, *et al.* Predicting cardiac patients at risk for readmission. En: Soc Work Health Care. 1991, vo.16, no.1., p.21-38.

mismos³⁶⁷ ³⁶⁸. Respecto al 20% que ha cursado primaria y el 3.3 % de la población que no tiene ningún grado de escolaridad, la literatura refiere que estos pacientes presentan un perfil de persona más desfavorecida en cuanto a la calidad de vida³⁶⁹ , lo cual puede dificultar la comunicación con el personal de salud y por ende desarrollan mayor riesgo de abandono del tratamiento³⁷⁰.

De lo anterior se desprende que como profesionales de enfermería, se debe diseñar estrategias educativas (encuentros-reuniones entre pacientes, sesiones-talleres de estilos de vida saludables, orientación y apoyo sicosocial, conferencias informativas, actividades lúdicas entre otros) de manera clara y adecuada teniendo en cuenta factores como: edad, sexo, condiciones socioeconómicas, laborales y educacionales, que se llevaran a cabo durante la consulta de forma personalizada dado que este es un espacio para la comunicación bidireccional entre los profesionales y el paciente, o en grupos con características socioculturales semejantes, favoreciendo el dialogo entre los miembros a fin de intercambiar experiencias y contribuir al desarrollo de motivaciones que refuerzan la actitudes positivas del paciente cardiovascular. Además, conviene propiciar espacios para mejorar la comunicación y comprensión entre el paciente, su familia y los profesionales de salud basado en una actitud de escucha para así obtener mayor eficacia de las intervenciones dentro del programa de rehabilitación cardiaca lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida.

³⁶⁷ AMARILES, *et al.* Op. cit., p. 279-300.

³⁶⁸ GUTIÉRREZ VICÉN. Op. cit., p. 766-769.

³⁶⁹ *Ibid.*, p. 768

³⁷⁰ LEGUIZAMÓN. Op. cit., p. 35

Tabla 5. Características socio-demográficas del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca según nivel Socioeconómico y Ocupación.

VARIABLE	N°30	%(100)
<i>NIVEL SOCIOECONÓMICO</i>		
Bajo: 1-2	9	30
Medio: 3-4	19	63.3
Alto: 5-6	2	6.7
<i>OCUPACIÓN</i>		
Hogar	7	23.3
Estudiante	2	6.7
Empleado	5	16.7
Trabajador independiente	7	23.3
Pensionado	6	20.0
Desempleado	2	6.7
Estudiante y trabajador	1	3.3

Respecto al estrato socioeconómico, se evidenció que los pacientes asistentes al programa de rehabilitación cardiaca pertenecían a un nivel medio y alto representado en un 70%, seguido de un nivel bajo en un 30%. Estos

resultados concuerdan con las investigaciones consultadas en donde la mayoría de los pacientes pertenecen a un nivel socioeconómico medio y alto asociados con mayores ingresos económicos, más posibilidades y satisfacción en el trabajo lo cual contribuye a una mejor calidad de vida^{371 372 373}. En relación al estrato bajo (30%), se debe resaltar que este es considerado un estresor crónico para enfermedades cardiovasculares dado que desencadena conflictos en el núcleo familiar dificultando las relaciones y fomenta los sentimientos de inutilidad, frustración y desesperanza generando un incremento de riesgo de padecer nuevamente un infarto; todo ello repercute negativamente en su calidad de vida³⁷⁴. Además, este grupo de pacientes por su situación económica tiene limitaciones para asistir a la rehabilitación cardiaca (falta de dinero, dificultad para transportarse, ausencia de acompañante) por ello dentro de la rehabilitación se debe gestionar herramientas para evitar el abandono de la misma³⁷⁵ como son la telemedicina o visitas periódicas para recordar las instrucciones a fin de incrementar y afianzar lo aprendido en las sesiones educativas, de este modo se genera una mayor adherencia al tratamiento y control de factores de riesgo³⁷⁶.

En relación con la ocupación el 23.3% eran trabajadores independientes y el 6.7% eran desempleados. Estos resultados evidencian que la mayoría de la población del estudio, eran trabajadores lo cual concuerda con lo referido en la literatura^{377 378}. Es importante destacar que uno de los principales beneficios de la rehabilitación para estos pacientes, es la producción de una alta tasa de reincorporación laboral, debido a un mayor reporte de sentimiento de auto-eficacia que conduce a un cambio de actitud positiva hacia el trabajo y las

³⁷¹ ÁLVAREZ , et al. Op. cit., p 1-7.

³⁷² HURTADO. Op. cit., p. 81.

³⁷³ LIDELL E. Op. cit., p 67-74.

³⁷⁴ VARGAS TOLOZA. Op. cit., p. 43.

³⁷⁵ JIMÉNEZ, P et al. Op. cit., p.32-36.

³⁷⁶ SOLANO RUIZ, et al. Op cit., p. 7-11.

³⁷⁷ AMARILES, et al. Op. cit., p. 279-300.

³⁷⁸ ROCA, et al. Op cit., p. 60

prioridades dentro de la vida diaria, logrando así disminuir el estrés laboral y mejorar la calidad de vida de los pacientes³⁷⁹.

Se debe resaltar que dentro de la rehabilitación cardiaca hay que prestar gran atención a los pacientes desempleados, pues estos están sometidos a una gran presión emocional por la pérdida de los ingresos económicos y la existencia de obligaciones familiares, como lo es ser la fuente del sostén de la familia. Lo cual compromete la integridad de la misma; esta situación es agravada porque la sociedad tiende a subestimar a los pacientes cardiovasculares generando sentimiento de desconfianza, pesimismo e incluso discapacidad³⁸⁰.

Debido a lo anterior, es importante brindar una adecuada terapia ocupacional dentro del programa de rehabilitación cardiaca, por medio de gimnasia laboral que permite mejorar la movilidad eliminando así la tensión muscular acumulada, e incentivar de manera práctica el control del estrés, para garantizar un desempeño laboral satisfactorio basado en seguridad y rendimiento³⁸¹.

³⁷⁹ HURTADO. Op. cit., p. 81

³⁸⁰ OMS. Rehabilitación en las enfermedades cardiovasculares. Op. cit., p. 19.

³⁸¹ Ibid., p. 19.

Tabla 6. Características sociodemográficas del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca según convivencia y diagnostico

VARIABLE	N°(30)	%(100)
CON QUIEN VIVE		
Solo	2	6.7
Conyugue	4	13.3
Conyugue e hijos	16	53.3
Hijos y nuera	1	3.3
Madre y hermanos	1	3.3
Hermanos	1	3.3
Padres	2	6.7
hijos	2	10.0
DIAGNOSTICO CLÍNICO		
Infarto agudo del Miocardio (IAM)	9	30.0
Angina estable	5	16.7
Post-quirúrgico	11	36.6
Pre síncope coronario	1	3.3
Síncope coronario	1	3.3
Falla cardiaca y cardiodefibrilador implantado	1	3.3

FUENTE: resultados del estudio

Los resultados del estudio, evidenciaron que la mayoría de los pacientes conviven con su conyugue y sus hijos representado por un 53.3%, seguido por un 13.3% que vive únicamente con su conyugue, y un 10% vive solo con sus hijos. Según la literatura consultada la mayoría de los pacientes asistentes al programa de rehabilitación cardiaca están casados^{382 383 384} y reconocen a su conyugue como principal cuidador seguido por los hijos, lo cual conduce a cambios estructurales en los roles familiares y en la dinámica familiar³⁸⁵. Debido a ello como profesionales de enfermería se debe incluir a la familia en el proceso educativo que tiene como objetivo fomentar el auto-cuidado del paciente a fin de reducir el número de reingresos y consultas a urgencias. Además, prevenir en los demás integrantes de la familia posibles eventos cardiovasculares, modificando y disminuyendo los factores de riesgo, con la finalidad de mejorar y mantener una buena calidad de vida^{386 387}. Simultáneamente se debe dar educación al cuidador para que no centre su vida alrededor de la enfermedad, no abandone sus metas y su propósito de vida³⁸⁸.

Con relación al diagnóstico el 36.6 % eran pacientes post-quirúrgicos, seguidos por un 30% que tenían IAM. Esto concuerda con lo consultado en la literatura en donde se evidencia que la mayoría de los pacientes que son remitidos a rehabilitación cardiaca son postquirúrgicos^{389 390 391}, dado que el corazón es un órgano al que se le atribuye un carácter de primicia en relación con los otros, la cirugía cardiovascular tiene un impacto emocional, social y físico³⁹².

³⁸² BETTENCOURT, et al. Op. cit., p. 692.

³⁸³ HURTADO. Op. cit., p. 53

³⁸⁴ MILANI, y LAVIE. Impact of Cardiac Rehabilitation on Depression and Its Associated Mortality. Op. cit., p.801

³⁸⁵ MORAES y DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Op. cit., p. 323-329.

³⁸⁶ ROCA, et al. Op. cit., p. 60.

³⁸⁷ FUENTES LEONARDO, Op.cit., p. 199.

³⁸⁸ RIVERA A. Op. cit., p. 124-133.

³⁸⁹ VALDIVIA, et al. Op. cit., p

³⁹⁰ BÁEZ, Laura P. y et al. Op. cit., p. 90-96

³⁹¹ ROCA Cazorla y et al. Op. cit., p.60

³⁹² Ignacio Plaza Pérez. Op. cit., p. 757-60

Es importante resaltar que en este grupo de pacientes el apoyo del profesional de enfermería es fundamental dado que gracias a la preparación física y emocional brindado a través de la psicoterapia cognitivo-conductual (test psicológicos, terapia de grupo, ejercicios de relajación y meditación, orientación, psicoeducación al paciente y familiares, técnicas de afrontamiento y manejo del estrés)³⁹³ con el fin de estimular la toma de conciencia acerca de la situación que está viviendo y las respuesta a ella. De este modo se logra reducir su ansiedad y depresión³⁹⁴, disminuir las reacciones emocionales negativas fomentar la expresión de emociones fortalecer los sentimientos de seguridad y autoestima³⁹⁵. Estas medidas ayudan al paciente y su familia a tener una experiencia menos traumática, reducir la incidencia de complicaciones respiratorias, se genera una creencia de mayor control personal sobre el proceso de recuperación y promueve la cooperación para una pronta recuperación en el post-operatorio mediano y tardío³⁹⁶.

El 30% de los pacientes dentro del estudio tienen como diagnóstico IAM. Según la literatura, esta patología es una de las más frecuentes dentro de la rehabilitación cardíaca^{397 398 399} pues es la principal causa de muerte en el adulto medio (hombres y mujeres) en Colombia, por ello la rehabilitación cardíaca resulta una herramienta fundamental para aquellos pacientes que no son candidatos a procedimientos de revascularización coronaria, ya que al proporcionar un programa adecuado de ejercicio y control de factores de riesgo se estabiliza el proceso de la aterosclerosis, mejora la calidad de vida, reduce la morbilidad y la aparición de nuevos eventos cardíacos^{400 401 402}.

³⁹³ ALARCÓN VELANDIA y VALLEJO. Op. cit., p. 362-379

³⁹⁴ LAHAM. Op. cit., p. 162

³⁹⁵ CASTILLERO A. Op. cit., p.55.

³⁹⁶ PINSON G. Educación del paciente cardiovascular en los programas de rehabilitación cardíaca. Op. cit., 25-30.

³⁹⁷ BETTENCOURT, et al. Op. cit., p. 687-696.

³⁹⁸ LEYVA G. y RAMÍREZ R. Op. cit., p 552-60.

³⁹⁹ WERNER BENZER, et al. Op. cit., p. 442-47.

⁴⁰⁰ LIDELL E. Op. cit., p. 67-74.

⁴⁰¹ MARQUEZ. Op. cit., .p. 185-206

⁴⁰² PLAZA PÉREZ, Ignacio. Op. cit., p. 757-60.

4.2 Descripción de la calidad de vida global del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca.

A continuación se presenta la calidad de vida de los pacientes cardiovasculares asistentes al programa de rehabilitación cardiaca en fase II, reflejada en las dimensiones contempladas en el instrumento Macnew (dimensión física, social y emocional). Para este análisis se tuvieron en cuenta los rangos ponderales establecidos para determinar la calidad de vida a nivel global y por dimensiones, teniendo en cuenta el número de ítems que compone cada una de estas y la extensión de la escala de likert.

Tabla 7. Descripción de la calidad de vida a nivel global del paciente cardiovascular al iniciar y finalizar el programa de rehabilitación cardiaca (PRCH) en fase II

<i>VARIABLE</i>	<i>INICIO DEL PRCH</i>		<i>FINAL PRCH</i>	
	<i>N(30)</i>	<i>%(100)</i>	<i>N(30)</i>	<i>%(100)</i>
GLOBAL				
MALA	0	0	0	0
REGULAR	16	53.3	7	23.3
BUENA	14	46.7	23	76.7

FUENTE: resultados del estudio

En este estudio se evidencio que la calidad de vida a nivel global mejoro, dado que al inicio del programa el 53.3% de los pacientes tenían una calidad de vida

regular. Al finalizar el programa de estos 16 pacientes, 9 que corresponde al 56%, lograron alcanzar una buena calidad de vida. Estos resultados son congruentes con las investigaciones consultadas en las cuales se demuestran que pacientes que han completado el PRCH mejoran su calidad de vida^{403 404 405 406 407 408} especialmente los que están basados en el ejercicio, consejería, asesoría psicológica y educación^{409 410}, debido a este enfoque multifactorial el PRCH se ha convertido en un componente esencial del tratamiento de pacientes cardiovasculares por que posee una buena relación costo-beneficio⁴¹¹.

De estos 9 pacientes, se evidencia que la dimensión que tuvo mayor impacto fue la emocional, seguida por la física y la social. Estos resultados no concuerdan con lo reportado en la literatura, dado que la dimensión física es la que mas mejora en los programas de rehabilitación cardiaca^{412 413 414 415}. Sin embargo, se infiere que a pesar de que la institución no cuenta con un protocolo estandarizado de intervención psicocardiologica, la mejoría en la dimensión emocional es debido a que el profesional de enfermería líder del programa con su carisma y toque humano logra satisfacer las necesidades emocionales de los pacientes; lo cual se ve complementado por el apoyo brindado al paciente dado que la mayoría de ellos cuentan con un pareja estable o con sus hijos; el contar con esta red de apoyo es muy importante dado que los pacientes con escaso soporte social y familiar presentan un riesgo aumentado de mortalidad, por ello como profesionales de enfermería es

⁴⁰³ ANTEPARA. Op. cit., p. 1.

⁴⁰⁴ SALAZAR L, et al. Op. cit., p. 79.

⁴⁰⁵ BETTENCOURT, et al. Op. cit., p. 693.

⁴⁰⁶ BÁEZ, et al. Op. cit., p. 94.

⁴⁰⁷ ROSELLÓ-ARAYA, y GUZMÁN-PADILLA. Op. cit., p. 22.

⁴⁰⁸ ILARRAZA LOMELÍ. Op. cit., p. 52-53.

⁴⁰⁹ ADES y COELLO. Op. cit., p. 258.

⁴¹⁰ ANTONAKOUDIS, et al. Op. cit., p. 179.

⁴¹¹ MONPERE. Op. cit., p. 143-156.

⁴¹² WERNER BENZER, et al. Op. cit., p. 444.

⁴¹³ BENIAMINI, et al. Op. cit., p. 841-846

⁴¹⁴ LAVIE, y MILANI. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training on exercise capacity, coronary risk factors, behavioral characteristics, and quality of life in women. Op. cit., p. 340-343.

⁴¹⁵ GARCÍA-MANZANARES, et al. Op. cit., p. 15.

fundamental integrar a la familia al proceso de rehabilitación, ya que favorece la mejoría psicológica y beneficia el cuidado del paciente⁴¹⁶.

Conjuntamente al ser un programa basado en el ejercicio tiene beneficios a nivel emocional dado que disminuye los estados de depresión y ansiedad, genera menor dependencia emocional, aumenta la independencia e incrementa la tolerancia al estrés, promueve una actitud positiva y mejora la interrelación con los demás; asimismo reduce la discapacidad, disminuye la fatiga subjetiva y permite volver al paciente a las actividades socio-recreativas y a su trabajo⁴¹⁷
⁴¹⁸ ⁴¹⁹ ⁴²⁰. Todo esto ocurre porque el PRCH al estar basado en el ejercicio, provee una base social de contactos para los pacientes cardiovasculares que les permite socializar recuperando así la confianza en sí mismo facilitando una reincorporación plena a nivel social, emocional y físico.

Llama la atención que de los 16 pacientes que tuvieron calidad de vida regular al inicio del PRCH, 7 quedaron en este mismo nivel después de finalizar la rehabilitación cardíaca, esto se debe a que la mayoría de estos pacientes no cuentan con un apoyo social directamente de su pareja dado que son viudos, separados o solteros. Este grupo de pacientes se caracteriza por tener una mayor necesidad de ayuda y una menor calidad de vida global; además esta falta de apoyo social ha sido reconocido como un factor que aumenta la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares porque el no tener un red que les ayude a enfrentar la enfermedad conduce a aumentar el estrés y la depresión. Esta situación es influenciada negativamente por el bajo nivel socioeconómico que conduce a conflictos en el núcleo familiar, dificultando las relaciones, aumentando sentimientos de inutilidad, frustración y desesperanza generando un incremento de padecer un nuevo evento cardíaca⁴²¹ ⁴²² ⁴²³.

⁴¹⁶ KRISKOVICH JURE. Op. cit., p. 45.

⁴¹⁷ PINSON G. Op. cit., p. 97-103

⁴¹⁸ WENGER. Op. cit., p. 1625.

⁴¹⁹ ARBOLEDA NARANJO. Op. cit., p. 8.

⁴²⁰ ADES y COELLO. Op. cit., p. 255.

⁴²¹ HURTADO REYES. Op. cit., p. 81.

⁴²² BÁEZ, et al. Op. cit., p. 94

⁴²³ VARGAS TOLOZA, et al. Op. cit., p. 40-48.

Asimismo la mayoría de estos pacientes se dedicaban al hogar y tenían un bajo nivel de escolaridad, estos factores han sido asociados negativamente con la actividad física y con el estado de salud por lo cual presenta un nivel de calidad de vida bajo. Además pueden presentar menos adherencia a la rehabilitación dado que es de esperarse que este tipo de pacientes tengan dificultades para acercarse a la institución, ya sea por transporte, falta de dinero o por falta de compañía ^{424 425}

4.3 Descripción de la calidad de vida del paciente cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca en fase II por dimensiones

Tabla 8. Descripción de la calidad de vida del paciente cardiovascular al iniciar y al finalizar el programa de rehabilitación cardiaca en fase II en la dimensión física

<i>VARIABLE</i>	<i>INICIO DEL PRCH</i>		<i>FINAL PRCH</i>	
	<i>N(30)</i>	<i>%(100)</i>	<i>N(30)</i>	<i>%(100)</i>
<i>DIMENSIÓN FÍSICA</i>				
<i>MALA</i>	0	0	1	3.3
<i>REGULAR</i>	15	50	7	23.33
<i>BUENA</i>	15	50	22	73.3

FUENTE: resultados del estudio

En la dimensión física el 50% de los pacientes al iniciar el programa se evidencio una regular calidad de vida a nivel físico. En los ítems donde se evalúa esta dimensión se encontró que el 90% se sentían agotado, el 70 %

⁴²⁴ LEGUIZAMÓN. Op. cit., p. 46.

⁴²⁵ GUTIÉRREZ VICÉN. Op. cit., p. 766-769.

tuvieron limitaciones, el 70% refirieron tener disnea, además, un 63.3% de los pacientes manifestaron poseer dificultades en sus relaciones sexuales, el 63.3% describieron no tener seguridad al realizar ejercicio físico y el 63.3% refirieron sentir dolor torácico (ver anexo 8). Estos síntomas se presentan por que en la enfermedad cardíaca existe un desbalance en el aporte y la demanda de O₂ al músculo cardíaco lo que conduce a una pérdida de la capacidad física dada por la disminución del gasto cardíaco en reposo que no se incrementa adecuadamente durante la actividad física por diversas causas: insuficiencia cronotrópica relativa, disminución de la contractilidad, lesión orgánica o constricción de las arterias coronarias⁴²⁶.

Por otro lado el ítem relacionado con la parte sexual, se ve afectado de manera significativa tras el diagnóstico de una cardiopatía, dado que los pacientes disminuyen su actividad sexual después de haber sufrido un IAM⁴²⁷ a causa de los medicamentos (bloqueadores beta, diuréticos), fenómenos psicológicos (depresión y temor por la precipitación de un evento cardíaco), comorbilidades (ateroesclerosis) y por falta de información, la cual puede generar divorcios, distanciamiento entre la pareja y abstinencia sexual. Esto ocasiona disminución en la satisfacción en las relaciones sexuales, cambios en los hábitos, disminución en la frecuencia, disminución del libido, dificultad para alcanzar el orgasmo, insatisfacción, dificultades para la erección y trastornos en la eyaculación, sobreprotección de la pareja, dolor torácico, disnea y debilidad general durante la actividad sexual^{428 429 430}.

Estos resultados concuerdan con lo referido por la literatura, donde en general los pacientes después de un evento coronario tienen mala calidad de vida relacionada con la dimensión física, pues experimentan limitaciones originadas por su sintomatología clínica (disnea, fatiga muscular y dolor torácico) que

⁴²⁶ KRISKOVIČ JURE. Op. cit., p.43

⁴²⁷ GRANERO MOLINA, et al. Op. cit., p.36-48.

⁴²⁸ RODRÍGUEZ. Op. cit., p.28-34.

⁴²⁹ AVILA, Op. cit., p. 133-148.

⁴³⁰ JIMÉNEZ, et al. Op. cit., p. 32-36.

causa la disminución de la tolerancia al ejercicio y dolor corporal⁴³¹, por lo cual se sienten la mayoría del tiempo cansados. Esto dificulta la realización de sus actividades y trabajo e impide que alcancen una independencia a nivel emocional, y laboral que conduce a la pérdida de confianza en sí mismos y autonomía, aumentando así el aislamiento y el estrés. Finalmente, altera los roles familiares dando como resultado mayor probabilidad de la ocurrencia de un nuevo evento coronario^{432 433}.

A partir de estos resultados y lo encontrado en la literatura se recomienda a los profesionales de enfermería realizar una evaluación personalizada del nivel de calidad de vida de los pacientes en todas sus dimensiones para así diseñar programas de entrenamiento físico integrales que posibiliten un incremento eficaz de la capacidad funcional del enfermo e influyan positivamente sobre los aspectos psíquicos y sociofamiliares de la enfermedad. A causa de ello, es necesario que los profesionales de enfermería conozcan los instrumentos que evalúan la calidad de vida pues permiten hacer una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de los pacientes y permite identificar los puntos débiles y fuertes dentro de la intervención de enfermería.

Simultáneamente, como profesionales de enfermería, respecto a la parte sexual del paciente se deben tener en cuenta los factores antes mencionados para fomentar una reincorporación sexual plena del paciente, al brindar una adecuada orientación sexual encaminada a aclarar las dudas y preocupaciones del enfermo cardiovascular y su familia que contribuyan a disminuir la ansiedad, asesorando dentro de un ambiente de confianza y seguridad sobre las alternativas para un desarrollo sexual pleno advirtiendo los factores de riesgo y teniendo en cuenta los antecedentes y características personales de cada paciente. Esta asesoría sexual es sumamente importante pues la

⁴³¹ SALAZAR L, et al. Op. cit., p 77-81.

⁴³² VARGAS TOLOZA, et al. Op cit., p. 40-48.

⁴³³ CARVALHO VILAI, et al. Op cit., p. 3-6

actividad sexual es fundamental dentro de la dinámica familiar del paciente⁴³⁴. Además al realizarla se garantiza una mayor calidad de vida⁴³⁵ y una mejoría significativa en el retorno a la actividad sexual^{436 437}.

Al finalizar la rehabilitación cardiaca en la dimensión física se evidencio una gran mejoría dado que el 73.3% de los pacientes tenían una buena calidad de vida. En los ítems donde se evalúa esta dimensión, los pacientes no presentaron limitación en las relaciones sexuales (50%), sentían mayor seguridad en el ejercicio (50%), no experimentaban disnea(46.7%), no tenían limitación (40%), ni dolor torácico (40%) y no se sentían agotados (30%)(ver anexo 11). Estas ventajas son producto de que el programa donde se realizo el estudio, está basado en el entrenamiento físico que produce efectos benéficos a nivel fisiológico, como son el aumento de la contractibilidad miocárdica, disminución de la frecuencia cardiaca en reposo, mejor distribución circulatoria periférica y del retorno venoso, disminución del riesgo de tromboflebitis, mejoría de la cinética del diafragma e incremento del tono muscular; los cuales en su mayoría son producto de la liberación del oxido nítrico el cual mejora la perfusión miocárdica^{438 439 440 441}. Por otro lado, otra ventaja del programa dentro de esta dimensión derivada de la actividad física es la sensación de seguridad al realizar ejercicio, dado que el paciente al ser monitorizado se siente más tranquilo y logra manejar realmente sus capacidades, su tensión arterial y sus pulsaciones permitiéndole así saber en su totalidad su capacidad de movilización y conocer hasta donde llegan sus límites⁴⁴².

⁴³⁴ AVILA, Guadalupe. Op. cit., p. 133-148.

⁴³⁵ JIMÉNEZ, P y et al. Op. cit., p. 32-36.

⁴³⁶ MANN, S., J. G. YATES y E. B. RAFTERY. Op. cit., p. 187-193.

⁴³⁷ BERTIE, J y et al. Op.cit., p 147-151.

⁴³⁸ PINSON G, Ana G. Rehabilitación cardiaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica. Op. cit. , p 97-103.

⁴³⁹ ARBOLEDA NARANJO. Op. cit., p. 8.

⁴⁴⁰ ANTONAKOUDIS H. Op. cit., p. 176-181.

⁴⁴¹ SINGH, et al. Op. cit.

⁴⁴² ANTEPARA, et al. Op cit.

Estos resultados concuerdan con lo referido por las investigaciones, pues los pacientes al finalizar la rehabilitación experimentan un mejor estado físico⁴⁴³ reflejado en menos cansancio y agotamiento^{444 445}; aumentan la capacidad física y su tolerancia al ejercicio y al esfuerzo^{446 447 448} por ende adquieren mayor capacidad de movilidad. Todo esto según Coats⁴⁴⁹ conduce a una disminución de la disnea, con aumento de las posibilidades de realizar actividades habituales^{450 451}. Se reduce la sensación de dolor general^{452 453}, y disminuye el dolor torácico^{454 455 456}.

A partir de los resultados de este estudio y lo encontrado en la literatura los profesionales de enfermería deben educar sobre los beneficios derivados de la práctica regular de actividad física en todos los niveles de prevención y fomentar su realización a largo plazo en la vida del pacientes para así contribuir a una reintegración familiar, social y laboral plena teniendo un impacto especial sobre la calidad de vida y la reducción de la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular.

⁴⁴³ HÖFER, et al. Op. cit., p. 400-403.

⁴⁴⁴ SALAZAR L, et al. Op. cit., p 77-81.

⁴⁴⁵ BETTENCOURT, et al. Op. cit., p. 687-696.

⁴⁴⁶ LEYVA G. y RAMÍREZ. Op. cit., p 552-60.

⁴⁴⁷ ROSELLO ARAYA, GUZMAN PADILLA y BOLANOS ARRIETA. Op. cit., p.15-20.

⁴⁴⁸ MARCHIONNI N, et al. Op. cit., p. 2201.

⁴⁴⁹ COATS A, et al. Op. cit., p. 36-39.

⁴⁵⁰ KENNEDY, et al. Op. cit., p. 1

⁴⁵¹ ROCA, et al. Op. cit., p. 60.

⁴⁵² SALAZAR L, et al. Op. cit., p. 79

⁴⁵³ BETTENCOURT, et al. Op. cit., p. 687-696

⁴⁵⁴ ROCA, et al. Op. cit., p. 60.

⁴⁵⁵ KENNEDY, et al. Op. cit., p.1

⁴⁵⁶ HÖFER, et al. Op. cit., p. 400-403.

Tabla 9. Descripción de la calidad de vida del paciente cardiovascular al iniciar y al finalizar el programa de rehabilitación cardíaca en fase II en la dimensión emocional.

VARIABLE	INICIO DEL PRCH		FINAL PRCH	
	<i>N(30)</i>	<i>%(100)</i>	<i>N(30)</i>	<i>%(100)</i>
<i>DIMENSIÓN EMOCIONAL</i>				
<i>MALA</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>3.3</i>
<i>REGULAR</i>	<i>13</i>	<i>43.3</i>	<i>3</i>	<i>10</i>
<i>BUENA</i>	<i>17</i>	<i>56.7</i>	<i>26</i>	<i>86.6</i>

FUENTE: resultados del estudio

En la dimensión emocional, un 56.7% de los pacientes al iniciar el programa presentaron una buena calidad de vida, pues la mayoría refrieron no ser incompetentes (43.3%), ni sentir miedo (40%) y sentirse seguros de sí mismo (40%)(ver anexo 9) todo esto atribuye a que la mayoría de los pacientes cuentan con un alto apoyo emocional dado que conviven con su pareja o hijos además tienen un alto nivel educativo y socioeconómico esto han sido como factores facilitadores de la rehabilitación cardíaca. El tener una buena calidad de vida al inicio del programa puede ser considerado como un factor potencializador de la rehabilitación cardíaca, dado que un estado emocional satisfactorio contribuye a reforzar la autoestima y disminuye la irritabilidad, la labilidad emocional y la ocurrencia de trastornos en el patrón de sueño lo cual se refleja en una mayor vitalidad del pacientes ⁴⁵⁷. Esto no concuerda con lo

⁴⁵⁷ PARADA, Op. cit. , p. 3.

referido en la literatura, los pacientes después de una enfermedad cardiovascular tiene una mala calidad de vida a nivel emocional ^{458 459}.

Lo anterior invita a que como profesional de enfermería al iniciar el programa de rehabilitación cardiaca se identifique y refuerce los aspectos positivos de cada paciente para así motivarlos a participar y liderar los grupos de autoayuda entre ellos mismos, convirtiéndose así en facilitadores de la rehabilitación de sus compañeros del programa, al compartir su vivencia, consejos y empatía que conducen a aumentar la sensación de bienestar y la calidad de vida en todos los participantes.

Cabe resaltar que al inicio de la rehabilitación cardiaca, el 43.3% de los paciente dentro de esta dimensión refirieron tener una calidad de vida regular dado que sentían depresión (86.4%), estrés (83.4), ira (83.4%) y ansiedad (73.3%), (ver anexo 9) esto se debe a la mayoría de estos pacientes eran adultos mayores post-IAM y sometidos a cirugías cardiacas que se enfocaban laboralmente inactivos y tenían un nivel de escolaridad bajo. Estos sentimientos surgen según la literatura del desconocimiento por parte de los pacientes con respecto a su situación, sus posibilidades y sus perspectivas. Estos quieren informarse, pero la mayoría de las veces no encuentra ni el momento ni el profesional adecuado que le despeje sus dudas, por lo que se deja llevar por creencias sociales que más que darle respuestas, le introducen en marcos erróneos que traen como consecuencia el aumento de sus miedos y preocupaciones; con el subsiguiente empeoramiento de sus perspectivas afectando indirectamente la calidad de vida⁴⁶⁰.

Esto concuerda con la literatura consultada en donde los pacientes al inicio de la rehabilitación presenta trastornos psicológicos como son ansiedad, estrés, irritabilidad y episodios depresivos ⁴⁶¹ que generan el surgimiento de creencias sobre la precariedad de la salud personal y conllevan a aumentar conductas de

⁴⁵⁸ GARCÍA DE VICUÑA ARANGUREN, et al. Op cit., p. 13.

⁴⁵⁹ VARGAS TOLOZA, et al. Op. cit., p. 40-48.

⁴⁶⁰ GRANERO MOLINA J, et al. Op. cit., p. 47.

⁴⁶¹ GARCÍA DE VICUÑA ARANGUREN, et al. Op cit., p. 13.

riesgo como el consumo de alcohol y cigarrillo, el incumplimiento de recomendaciones médicas y el aislamiento social⁴⁶², lo cual repercute negativamente en la calidad de vida. Por lo tanto, es preciso que dentro de las sesiones educativas realizadas en el PRCH, se generen espacios para resolver todas las dudas e inquietudes que surjan en el paciente y su familia aportando tranquilidad para favorecer los efectos del tratamiento y la posterior rehabilitación cardíaca⁴⁶³.

Se resalta que al finalizar la rehabilitación cardíaca se logró disminuir la ira(50%) y la depresión(30%) (ver anexo 12) como resultado de entrenamiento físico, dado que la rehabilitación permitió reducir la tensión psíquica de los pacientes y modifico favorablemente la reactividad a determinados factores estresantes, dicha situación fue reforzada porque este entrenamiento y el ambiente en el centro de rehabilitación suministro una base social de contactos a los pacientes cardiovasculares que permitió su socialización, recuperando la confianza en sí mismo. Estos resultados concuerdan con la literatura dado que las investigaciones han demostrado que la rehabilitación cardíaca disminuye los niveles de depresión⁴⁶⁴ ⁴⁶⁵ ⁴⁶⁶ e ira⁴⁶⁷. Al no continuar con niveles altos de depresión el paciente aumenta su interés en la vida, mejora los patrones de sueño, tiene más facilidad para concentrarse y adquiere mayor vitalidad entre otras⁴⁶⁸.

No obstante, no se obtuvo una mejoría significativa en los ítems de ansiedad(23.3%) y estrés(30%), esto puede deberse a que la mayoría de la población son pacientes post-quirúrgicos, siendo importante dado que la cirugía cardíaca ha sido identificada como un factor potencial de estrés y ansiedad, factores que comprometen la colaboración del paciente, el seguimiento de las

⁴⁶² FERNÁNDEZ-ABASCAL; MARTÍN DÍAZ y DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ. Op. cit., p. 615-630.

⁴⁶³ GRANERO MOLINA J, et al. Op. cit., p. 36-48.

⁴⁶⁴ SHEN; MYERS, y MCCREARY. Op. cit., p 3-11,

⁴⁶⁵ MILANI y LAVIE . Impact of Cardiac Rehabilitation on Depression and Its Associated Mortality. Op.cit., p. 799-806.

⁴⁶⁶ MILANI, LAVIE y CASSIDY. Op. Cit., p. 726-732

⁴⁶⁷ MICHIE, et al. Op. cit., p 88 – 95.

⁴⁶⁸ BUENO,. Op. Cit., p 171-180

prescripciones medicas y la efectividad del proceso de rehabilitación conduciendo a una mala calidad de vida en el año siguiente del evento coronario^{469 470}.

Con base en los resultados presentados anteriormente, es fundamental concientizar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de no solo disminuir los factores de riesgo tradicionales(hipertensión, diabetes, sedentarismo, tabaquismo etc.) sino también deben tener en cuenta los factores de riesgo psicológicos(trastorno de ansiedad, altos niveles de ira u hostilidad y trastornos depresivos generalizados) pues estos aumentan casi cuatro veces más las probabilidades de morir por causa de una enfermedad cardiovascular⁴⁷¹. Lo anterior invita a generar protocolos de intervención psicocardiologicas con el apoyo interdisciplinar (tratamiento psicológico de apoyo, técnicas de relajación, manejo del estrés, sesiones de grupo, orientación en cambio de hábitos, terapias cognitivas, tratamiento de la depresión, ansiedad y pánico con o sin tratamiento farmacológico, psicoterapia individual y grupal y relajación psicomuscular) dentro de los programas de rehabilitación cardíaca que acompañadas de un actitud empática y comprensiva por parte del equipo de rehabilitación cardíaca, permitan superar el impacto emocional adverso provocado por la enfermedad cardiovascular, modificar hábitos de comportamiento nocivos para evitar recaídas y lograr el reintegro rápido a las actividades sociales positivas y roles habituales⁴⁷².

⁴⁶⁹ LAHAM., Op. cit. p. 143-170.

⁴⁷⁰ CASTILLERO A. Op. cit., p. 52-63.

⁴⁷¹ FERNÁNDEZ-ABASCAL, MARTÍN DÍAZ y DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ. Op. cit., p. 615-630.

⁴⁷² LUSIARDO, Op. cit., p.75-82.

Tabla10. Descripción de la calidad de vida del paciente cardiovascular al iniciar y al finalizar el programa de rehabilitación cardiaca en fase II en la dimensión social.

VARIABLE	INICIO DEL PRCH		FINAL PRCH	
	<i>N(30)</i>	<i>%(100)</i>	<i>N(30)</i>	<i>%(100)</i>
DIMENSIÓN SOCIAL				
MALA	1	3.3	0	0
REGULAR	12	40	7	23.33
BUENA	17	56.7	23	76.7

FUENTE: resultados del estudio

En la dimensión social, un 56.7% de los pacientes al iniciar el programa de rehabilitación cardiaca presentaron una buena calidad de vida, pues la mayoría refirieron ser capaces de relacionarse (80%), no sentirse una carga para los demás (53.3%), no pensar que las personas sienten desconfianza de ellos (46.7%) y se sienten en la capacidad para realizar actividades sociales (36.7%)(ver anexo 10). Cabe resaltar que la mayoría de la población del estudio tiene una buena dimensión social, puesto que la mayoría de los pacientes tienen un alto apoyo emocional dado por sus cónyuges o por sus hijos, debido a que en el transcurso de la enfermedad cardiovascular hay una acentuación de las relaciones con los familiares y amigos; este apoyo social se ha identificado como un factor protector que disminuye la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares porque permite enfrentar la enfermedad, disminuye el estrés y la depresión favoreciendo así la recuperación del

individuo y su calidad de vida ^{473 474 475}. Esto no concuerda con lo reportado en la literatura ^{476 477 478}, dado que la aparición de una enfermedad coronaria supone, en términos de rol, un encuentro nuevo e inesperado con una realidad distinta y no deseada, que afecta los ámbitos laborales, familiares y sociales del paciente al cambiar los roles, pues se relaciona la enfermedad cardiovascular como una entidad incapacitante que genera pérdida de la independencia alterando su calidad de vida ⁴⁷⁹.

Lo anteriormente descrito, establece la importancia de diseñar y ejecutar intervenciones en el programa de rehabilitación cardíaca tendientes a desarrollar, mantener, aumentar y utilizar las redes sociales existentes (familias y amigos) con el objetivo de estrechar los lazos en la red y disminuir los patrones de mal funcionamiento. Por otro lado en las familias aisladas y con pocos contactos, puede ser eficaz la creación de grupos de apoyo informales (grupos religiosos y grupos de apoyo mutuo basado en características socioculturales similares) cuyo propósito es apoyar la responsabilidad y el cambio personal brindando apoyo y educación dentro de un ambiente de confianza y seguridad.

Llama la atención que el 40% de los pacientes refirieron tener una calidad de vida regular a nivel social. Pues los ítems donde se evaluaba esta dimensión se encontró que el 80% sentía dependencia de otras personas, el 76.7% se sentía sobreprotegido dado que la mayoría están casados y conviven con sus hijos y pareja lo cuales como cuidadores principales por desconocimiento los sobreprotegían lo cual conduce a limitar al paciente e invadir su privacidad y autonomía, además el 66.7% de los pacientes refirieron sentirse excluidos que puede ser atribuido a el temor al rechazo y por sus problemas físicos o

⁴⁷³ FERNÁNDEZ-ABASCAL, MARTÍN DÍAZ y DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ. Op. cit., p. 615-630

⁴⁷⁴ MORAES y DANTAS. Op. cit., p. 323-329

⁴⁷⁵ MOOKADAM. Op. cit., p.1514-1518

⁴⁷⁶ GRANERO MOLINA, et al. Op.cit., , pp.36-48

⁴⁷⁷ VARGAS TOLOZA, et al. Op. cit., p. 40-48.

⁴⁷⁸ RIVERA A. Op. cit., p. 124-133.

⁴⁷⁹ GRANERO MOLINA, et al. Op.cit., p.36-48.

emocionales que le limitan realizar actividades sociales cotidianas con la familia y amigos; confirmando lo encontrado en la literatura consultada donde se evidencia que el paciente después de enfermedad cardiovascular tiene la dimensión social comprometida significativamente^{480 481}.

Con estos resultados, el profesional de enfermería con base a la evaluación del apoyo social del paciente, debe de prestar la información necesaria a los familiares para que mejoren su afrontamiento y conozcan la importancia de su papel como cuidadores, no solo en el desarrollo de actividades formadoras para la fase de recuperación, sino en otras intervenciones que contribuyan a mejorar la actitud familiar durante la evaluación de la enfermedad, lo cual redundarán sin duda en las capacidades inmediatas de recuperación de los pacientes⁴⁸².

En esta investigación se evidencio que al finalizar la rehabilitación cardiaca la dimensión social tuvo un incremento la calidad de vida, lo cual es representado por un 76.7%. En los ítem donde se evalúa esta dimensión se encontró que no se sienten excluidos (63.3%), y refieren ser independientes de las otras personas (40%)(ver anexo 13) aunque las intervenciones sicosociales no están protocolizadas en el programa de rehabilitación cardiaca donde se realizo el estudio, estos cambios pueden ser atribuido a que el profesional de enfermería líder, por medio de material educativo generaba espacios de conversación donde tanto familiares como pacientes podían comunicar sus preocupaciones y dudas respecto a la medicación, ejercicio, recomendaciones dietarías y alteraciones en su rol y relaciones. Lo cual concuerda con lo referido en la literatura, en donde se evidencia que los pacientes gracias a la rehabilitación cardiaca basada en el ejercicio y en las intervenciones sicológicas tienen una mejor interrelación con los demás, menor dependencia emocional, familiar y

⁴⁸⁰ VARGAS TOLOZA, et al. Op. cit., p. 40-48.

⁴⁸¹ RIVERA A. Op. Cit., p 124-133.

⁴⁸² GRANERO MOLINA, et al. Op.cit., p.36-48.

física⁴⁸³ ⁴⁸⁴, tienen una mejor adaptación y funcionamiento social⁴⁸⁵, mayor sentimiento de utilidad y ajuste a su problema de corazón⁴⁸⁶, aumentan su autoestima, se reducen los trastornos del comportamiento⁴⁸⁷, su autonomía se eleva considerablemente, disminuyen el aislamiento social; y mejora el ambiente en el hogar del paciente⁴⁸⁸.

No obstante, en esta investigación no evidencio un cambio significativo en el ítem de sobreprotección (76.7%vs73.3%), esta situación puede consecuencia de que la mayoría de los pacientes están casados, por lo tanto su principal cuidador es su conyugue que puede experimentar por falta de información, una preocupación excesiva por la salud del paciente y por las consecuencias de la enfermedad conduciendo a la sobreprotección que repercute negativamente en la recuperación del enfermo cardiovascular, porque limita su autonomía y su responsabilidad en sus propios cuidados. Además el conyugue tiene la máxima responsabilidad de cuidado, por lo tanto es el que soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente conduciéndolo a dejar de lado su actividades diarias y asumir para sí actividades que con anterioridad al episodio realizaba su pareja con normalidad⁴⁸⁹ ⁴⁹⁰ ⁴⁹¹.

Esto concuerda con lo encontrado en la literatura consultada dado que la familia sobreprotege al enfermo cardiovascular hasta el nivel de hacerle perder su independencia, ya que se le exime de tareas y se invade su espacio físico y personal, dando como resultado actitudes negativas por parte de los cuidadores del entorno familiar y generando conflictos familiares y de pareja debido a reacciones de defensa del paciente hacia esta situación de ayuda

⁴⁸³ ÁLVAREZ L, et al. Op cit., p.4.

⁴⁸⁴ PINSON G, Ana G. Op. cit., p. 99.

⁴⁸⁵ SINGH, et al. Op. cit., p. 15.

⁴⁸⁶ KENNEDY, Michael D. y et al. Op. cit., p.1

⁴⁸⁷ ARBOLEDA NARANJO, Luis Hernando. Op. cit., p. 8.

⁴⁸⁸ Ibid., p. 7.

⁴⁸⁹ GRANERO MOLINA J et al. Op.cit., pp.36-48

⁴⁹⁰ GIL ALONSO. Op. cit., p 436.

⁴⁹¹ SOLANO RUIZ, SILES GONZALEZ y FERNANDES DE FREITAS. Óp.. cit., p. 7-11.

inadecuada ⁴⁹² ⁴⁹³. Lo anteriormente descrito evidencia la necesidad de realizar intervenciones de enfermería apropiadas como dar apoyo al cuidador principal para que no se sienta culpable, proveer consejos que animen a los cuidadores y enseñar estrategias en las actividades de la vida diaria, para que puedan sentirse más cerca de la persona cuidada y a la vez que la salud del cuidador no se debilite, de esta manera se logra guiar a la familia sobre su adaptación adecuada del rol de cuidador frente a la enfermedad para que así esta se convierta en un agente potenciador de los beneficios de la rehabilitación cardíaca.

⁴⁹² GIL ALONSO. Op. cit., p 436.

⁴⁹³ SOLANO RUIZ; SILES GONZALEZ, y FERNANDES DE FREITAS. Op.. cit., p. 7-11 .

5. CONCLUSIONES

- Se identificó que los pacientes asistentes al programa de rehabilitación cardiaca del estudio se encontraban en un rango de edad entre 41-65 años, eran casados, trabajadores, vivían predominantemente con su conyugue e hijos, su nivel de escolaridad y socioeconómico fue alto (3 y 4). Estos factores estaban relacionados con una calidad de vida satisfactoria atribuida a un mejor estado salud, mayor ingresos económicos, menor limitación, más apoyo social, emocional y un adecuado conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares.
- La mayoría de los pacientes asistentes al programa de rehabilitación cardiaca que participaron en el estudio fueron hombres, el comportamiento de esta variable sociodemográfica en la rehabilitación cardiaca ha demostrado tener impacto en el nivel de calidad de vida, los hombres tienen mayor capacidad funcional y de ejercicio al inicio del programa, poseen una mejor adherencia que las mujeres porque tuvieron menos responsabilidades a nivel del hogar y un estrato socioeconómico alto; además presentaban menos aislamiento social dado que recibían más apoyo emocional brindado principalmente por su conyugue e hijos. En el estudio se evidenció que hubo poca participación de las mujeres que puede ser atribuido a su rol de cuidadoras, pues la mayoría se dedicaba al hogar y estaban casadas, estos aspectos han sido reconocidos en la literatura como barreras que limitan la adherencia en la rehabilitación, ya que tienen más probabilidades de tener un

cónyuge a cargo en casa y pueden sentirse obligadas a regresar antes al hogar debido a sus responsabilidades por lo cual no consultan a tiempo.

- Se evidenció que la calidad de vida a nivel global mejoró, dado que al inicio del programa más de la mitad de los pacientes cardiovasculares tenían una calidad de vida regular y al finalizar el programa de estos pacientes, 9 lograron alcanzar una buena calidad de vida, teniendo mayor impacto en la dimensión emocional, seguida por la física y la social; la mejoría en la dimensión emocional fue relacionada con que el profesional de enfermería líder del programa con su carisma y toque humano respondió a las necesidades emocionales de los pacientes; lo cual se ve complementado por el apoyo brindado al paciente dado que la mayoría de ellos cuentan con una pareja estable o con sus hijos. La mejoría en la dimensión física y social fue principalmente por los efectos benéficos a nivel fisiológico y social, integrado por el ambiente de la unidad de cardiología que se prestaba para que los pacientes pudieran relacionarse y expresar sus temores y preocupaciones.
- Llama la atención que de los 16 pacientes que tuvieron calidad de vida regular al inicio del PRCH, 7 quedaron en este mismo nivel después de finalizar la rehabilitación cardíaca, esto pudo ser debido a que la mayoría de estos pacientes no contaban con un apoyo social directamente de su pareja dado que son viudos, separados o solteros, además no se encontraban laboralmente activos, tenían bajo nivel socioeconómico y de escolaridad.
- Respecto a la dimensión física la mitad de los pacientes al iniciar el programa tuvieron una regular calidad de vida a nivel físico manifestaron algunos síntomas como disnea, agotamiento, dolor torácico, limitaciones, dificultades en sus relaciones sexuales y describieron no tener seguridad al realizar ejercicio físico. Al finalizar la rehabilitación cardíaca en esta dimensión se evidenció una gran mejoría, pues la mayoría lograron una buena calidad de vida. Estas ventajas pueden ser producto de que el programa donde se

realizó el estudio está basado en un entrenamiento físico dirigido, supervisado, gradual e individualizado según las capacidades y necesidades de cada paciente.

- Respecto a la dimensión emocional al iniciar el programa, los pacientes refirieron tener una calidad de vida regular ya que sentían depresión, estrés, ira y ansiedad; esto se debe a la mayoría de estos pacientes eran adultos mayores post-IAM y sometidos a cirugías cardíacas que se encontraban desempleados y tenían un nivel de escolaridad bajo debido a ello tienen un perfil menos favorable y susceptible a experimentar trastornos psicológicos por desconocimiento respecto a su situación, posibilidades de tratamiento y perspectivas frente a la rehabilitación. Al finalizar la rehabilitación cardíaca se logró disminuir la ira y la depresión como resultado del entrenamiento físico, dado que la rehabilitación permitió reducir la tensión psíquica de los pacientes y modificó favorablemente la reactividad a determinados factores estresantes.
- Respecto a la dimensión social al iniciar el programa, casi todos los pacientes indicaron tener una calidad de vida regular, pues se sentían dependientes de otras personas, sobreprotegidos y excluidos, lo que demuestra que existe un déficit de apoyo social en estos pacientes. Al finalizar la rehabilitación cardíaca, la dimensión social en la mayoría de pacientes alcanzó una buena la calidad de vida, pues no se sienten excluidos y refirieron ser independientes de las otras personas; aunque las intervenciones psicosociales no están protocolizadas en el programa de rehabilitación cardíaca donde se realizó el estudio, estos cambios se pueden atribuir a que el profesional de enfermería líder, por medio del material educativo generaba espacios de conversación donde tanto familiares como pacientes podían comunicar sus preocupaciones y dudas respecto a la medicación, ejercicio, recomendaciones dietarias y alteraciones en su rol y relaciones.

- La evaluación de la calidad de vida se convierte en un herramienta fundamental para el diseño de programas de rehabilitación cardiaca más eficaces y efectivos teniendo como base las necesidades sociales, psicológicas, biológicas y educativas de la comunidad afectada por las enfermedades cardiovasculares;
- Se evidenció que el programa de rehabilitación cardiaca es de suma importancia ya que mejora las condiciones de la calidad de vida global de los pacientes asistentes en la fase II.

RECOMENDACIONES


- Los profesionales de enfermería deben diseñar estrategias educativas protocolizadas de manera clara y adecuada teniendo en cuenta variables sociodemográficas como: sexo, diagnóstico clínico, nivel de escolaridad y estado civil con el objeto de mejorar la calidad de vida del paciente asistente al programa de rehabilitación cardíaca.
- Incentivar la realización de investigaciones sobre las conductas de la mujeres frente a la enfermedad cardiovascular, y con base a los resultados de estas estructurar estrategias para promover la consulta oportuna y participación activa en el programa de rehabilitación cardíaca por parte de este género.
- Estandarizar en el programa de rehabilitación cardíaca intervenciones sociales (creación de redes de apoyo emocional y social a nivel primario secundario e institucional) y emocionales elaborando protocolos de intervención psicocardiologicas incluyendo técnicas de relajación, manejo del estrés, orientación en cambio de hábitos, terapias cognitivas, tratamiento de la depresión, ansiedad.
- Implementar el uso de instrumentos genéricos y específicos por parte de los profesionales de enfermería a fin de realizar una valoración personalizada, comprensiva e integral del nivel de calidad de vida de los pacientes antes y después de la rehabilitación en todas sus dimensiones; con el fin de mejorar y fortalecer las intervenciones en el programa de rehabilitación cardíaca.

- Continuar con el proceso de validación de instrumentos específicos como el Macnew que miden la calidad de vida global y por dimensiones en programas de rehabilitación cardiaca, pues las dimensiones de este instrumento han demostrado ser sensibles, válidas y fiables para comparar los cambios en las diferentes fases del programa (específicamente fase II) y para todos los grupos de diagnósticos que tienen indicación de rehabilitación.
- Para una futura investigación se sugiere realizar un estudio comparativo para observar si realmente el programa de rehabilitación cardiaca mejora la calidad de vida de los pacientes o si esta obedece al curso natural de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. BROTONS CUIXART, Carlos y PERMANYER MIRALDA, Cayetano. La evaluación de resultados (outcomes) y de su relevancia clínica en cardiología: especial referencia a la calidad de vida [online], En: Revista Española de Cardiología. 1997. vol. 50, no. 3, [Citado 10 marzo de 2009] p. 192-200. . Available from internet: [citado el 28 de febrero de 2009]
2. BURDIAT RAMPA, GERARD. Programa práctico de Rehabilitación Cardiovascular. En: Rev.Urug.Cardiol., dic. 2006, vol.21, no.3, p.240-251. ISSN 0797-0048
3. CARVALHO VILA, Silva. y APARECIDA ROSSI, Vanessa. La calidad de vida bajo la perspectiva de clientes revascularizados en rehabilitación: un estudio etnográfico. EN: Rev Latino-am Enfermagem. 2008. Vol.16, no.1 [Artículo de Internet]. disponible en : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_01.pdf
4. DOUGHERTY, CM et al. Comparison of three quality of life instruments in stable angina pectoris: Seattle Angina Questionnaire, Short Form Health Survey (SF-36), and Quality of Life Index-Cardiac Version III. En: J Clin Epidemiol. 1998. Vo.5, no.7, p 569-75.
5. ESPEJO BAQUERO, Alfonso. Efectos cardiovasculares del programa de rehabilitación cardíaca de la Fundación Santafé de Bogotá en pacientes revascularizados miocárdicos. Medico. Tesis de Postgrado. Bogotá D.C.: Universidad del bosque. Facultad de Medicina. 1996. 37 p
6. VALADEZ FIGUEROA, Isabel; VILLASEÑOR FARÍAS, Martha y ALFARO ALFARO, Noé. Educación para la Salud: la importancia del concepto.

[Artículo de Internet]. En: Revista de Educación y Desarrollo. Enero-marzo. 2004. No. 1, p. 44-47. [Consultado 8 mayo 2008] Disponible en: <http://cenedic.ucol.mx/ccmc-construccion/recursos/1011.pdf>>

	Anexo 1. INSTRUMENTO MACNEW (QMLI-2) VERSIÓN ESPAÑOLA.	Versión: 1.0
		Paginas: 137 de 2

FECHA:							
NOMBRE:			TELEFONO 1:				
DIRECCION:			TELEFONO 2:				
1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:							
<p>A continuación encontrara una serie de preguntas que serán diligenciadas por la investigadora; le recomendamos que sea lo más sincero/a posible. Los datos son confidenciales y no serán divulgados favor no deje ninguna pregunta en blanco y responda con sinceridad</p>							
a. EDAD:	b. GENERO:	c. ESTAD O CIVIL:	d. ESCOLARIDA D:	e. OCUPACI ON:			
--18 – 27 Años ___ 28 – 37 Años ___ 38 – 47 Años ___ 48 – 57 Años ___ 58 – 67 Años ___ Mayor de 67 Años	___ Femenino ___ Masculino	___ Soltero/a ___ Unión libre ___ Casado ___ Viudo ___ Separado	___ Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___ Universitario ___ Otros ___ Ninguno	___ Estudiante ___ Empleado ___ Trabaj independ. ___ Pensionado ___ Desempleado ___ Otro			
f. N. SOCIO ECO:	g. DIAGNOSTI CO:	h. NUME RO DE SESIO NES:	i. ASISTENCIA AL PROGRAMA	j. CON QUIEN VIVE:			

1	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> 1 –	<input type="checkbox"/> Primera	<input type="checkbox"/> Solo
2	<input type="checkbox"/> Angina	10 veces	vez	<input type="checkbox"/> Esposa
3	<input type="checkbox"/> estable	<input type="checkbox"/> 10 –	<input type="checkbox"/> Segunda	<input type="checkbox"/> Esposa /
4	<input type="checkbox"/> Falla	20 veces	Ve	hijos
5	<input type="checkbox"/> cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Más de 2	<input type="checkbox"/> Hijo /
6	<input type="checkbox"/> Cardiop	Mayor de	veces	Nuera
	<input type="checkbox"/> dilatada	20		<input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> Arritmias			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> ardiodesfibril			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> Marcapasos			
	<input type="checkbox"/> post-			
	<input type="checkbox"/> quirúrgicos			

2. INSTRUMENTO MACNEW (QMLI-2) VERSIÓN ESPAÑOLA.

Nos gustaría hacerle unas preguntas sobre cómo se ha encontrado durante las 4 últimas semanas. Por favor, marque la casilla que corresponda con su respuesta.

1. ¿En general, cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas, se ha sentido frustrado/a, impaciente o enojado/a?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

2. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inútil, o que era un estorbo o incompetente?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

3. ¿En las últimas 4 semanas, cuantas veces se ha sentido muy confiado/a y seguro/a de lo que podría hacer frente a su problema del corazón?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces

	<input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
4. ¿En general, cuantas veces se ha sentido desanimado/a, o deprimido/a durante las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
5. ¿Durante las últimas 4 semanas, cuánto tiempo se ha sentido relajado/a y libre de tensiones?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
6. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agotad/a o bajo/a de energías?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
7. ¿Qué tan feliz, satisfecho/a, o contento/a, se ha sentido en su vida personal, durante las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho/a o infeliz la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Generalmente muy insatisfecho o infeliz <input type="checkbox"/> Algo insatisfecho/a o infeliz <input type="checkbox"/> Generalmente satisfecho/a o feliz <input type="checkbox"/> Feliz la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Muy feliz la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Extremadamente feliz, podría estar más
satisfecho/a o	contento

<p>8. ¿En general cuantas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agitado/a o como si hubiera tenido dificultad para intentar tranquilizarse?</p> <p> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca </p>
<p>9. ¿Cuán falto de aire se ha sentido durante las últimas 4 semanas, mientras hacia sus actividades físicas cotidianas?</p> <p> <input type="checkbox"/> Extremadamente falto de aire <input type="checkbox"/> Muy falto/a de aire <input type="checkbox"/> Bastante falto/a de aire <input type="checkbox"/> Moderadamente falta/o de aire <input type="checkbox"/> Algo falto/a de aire <input type="checkbox"/> Un poco falto/a de aire <input type="checkbox"/> Nada falto/a de aire </p>
<p>10. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido con ganas de llorar?</p> <p> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca </p>
<p>11. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, he sentido más dependiente de otras personas antes de tener su problema de corazón?</p> <p> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca </p>
<p>12. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido incapaz de hacer sus actividades sociales habituales o sus actividades sociales con su familia?</p> <p> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca </p>

___ Nunca

13. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, ha pensado que otras personas no tienen la misma confianza en usted que antes de tener su problema del corazón?

- ___ Siempre
- ___ Muchas veces
- ___ A menudo
- ___ Algunas veces
- ___ Pocas veces
- ___ Casi nunca
- ___ Nunca

14. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, ha tenido dolor en el pecho mientras hacía sus actividades cotidianas?

- ___ Siempre
- ___ Muchas veces
- ___ A menudo
- ___ Algunas veces
- ___ Pocas veces
- ___ Casi nunca
- ___ Nunca

15. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inseguro/a o falto/a de confianza en sí mismo/a?

- ___ Siempre
- ___ Muchas veces
- ___ A menudo
- ___ Algunas veces
- ___ Pocas veces
- ___ Casi nunca
- ___ Nunca

16. ¿Cuántas veces, durante las 4 últimas semanas, se ha sentido molesto/a por tener las piernas adoloridas o cansadas?

- ___ Siempre
- ___ Muchas veces
- ___ A menudo
- ___ Algunas veces
- ___ Pocas veces
- ___ Casi nunca
- ___ Nunca

17. ¿Durante las 4 últimas semanas, cuán limitado/a ha estado para hacer deporte o ejercicio por culpa de su problema de corazón?

- Extremadamente limitado
- Muy Limitado/a
- Bastante limitado
- Moderadamente limitado/a
- Algo limitado
- Un poco limitado
- Nada limitado/a

18. ¿Cuántas veces, durante las 4 últimas semanas, se ha sentido aprensivo/a o asustado/a?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

19. ¿Cuántas veces, durante las 4 últimas semanas, se ha sentido mareado/a o con sensación de flotar en él aire?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

20. ¿En general, durante las 4 últimas semanas, cuán impedido/a o limitado/a ha estado por su problema del corazón?

Siempre

Extremadamente limitado

Muy Limitado/a

Bastante limitado

Moderadamente limitado/a

Algo limitado

Un poco limitado

Nada limitado/a

21. ¿Cuántas veces, durante las últimas semanas, no se ha sentido seguro/a de cuánto ejercicio o actividad física debería hacer?

Siempre

Muchas veces

A menudo

Algunas veces

Pocas veces

Casi nunca

Nunca

22. ¿Cuántas veces, durante las 4 últimas semanas, ha sentido como si su familia le protegiera demasiado?

Siempre

Muchas veces

A menudo

Algunas veces

Pocas veces

Casi nunca

Nunca

23. ¿Cuántas veces, durante las últimas semanas, se ha sentido como si fuera una carga para los demás?

Siempre

Muchas veces

A menudo

Algunas veces

Pocas veces

Casi nunca

Nunca

24. ¿Cuántas veces, durante las 4 últimas semanas, se ha sentido excluido/a de hacer cosas con otras personas a causa de su problema de corazón?

Siempre

Muchas veces

A menudo

Algunas veces

Pocas veces

Casi nunca

Nunca

25. ¿Cuántas veces, durante las 4 últimas semanas, se ha sentido incapaz de relacionarse con la gente a causa de su problema de corazón?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

26. ¿En general, durante las 4 últimas semanas, cuán restringido/a o limitado/a físicamente ha estado por su problema del corazón?

- Extremadamente limitado
- Muy Limitado/a
- Bastante limitado
- Moderadamente limitado/a
- Algo limitado
- Un poco limitado
- Nada limitado/a

27. ¿Cuántas veces, durante las 4 últimas semanas, ha sentido que su problema de corazón limitaba o dificultaba sus relaciones sexuales?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces

Pocas veces

Casi nunca

Nunca

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

1. INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Evaluación de impacto de un programa de rehabilitación cardiaca (fase II), en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular en una institución De IV nivel de Bogotá, Colombia

PERSONAS A CARGO DEL ESTUDIO Y CONTACTOS

Este estudio es dirigido y conducido en La Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana por las Docentes Sandra Rodríguez, Diana Marcela Achury y por las Estudiantes de Enfermería Jenny Alejandra Acuña Español y Lina Alejandra Agudelo Contreras. En caso de cualquier duda usted puede ponerse en contacto personal con alguna de las estudiantes mencionadas o contacto telefónico al 3146512455 o al 3144800229 respectivamente.

DÓNDE SE VA A DESARROLLAR EL ESTUDIO

El estudio se realizará en la unidad de cardiología de una institución de IV nivel. Bogotá, Colombia (Hospital Universitario San Ignacio)

INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta investigación es mostrar la evaluación de impacto de los programas cardiovasculares como una herramienta fundamental en el diseño de programas más eficaces y efectivos teniendo como base las necesidades sociales, psicológicas, biológicas y educativas de la comunidad afectada por las alteraciones cardiovasculares con el fin de promover la planeación, mejoramiento o fortalecimientos de estrategias que mejoren la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Para la recolección de información se aplicara un cuestionario dirigido por medio del instrumento MacNew(QMLI-2) a los pacientes asistentes al programa de rehabilitación cardíaca en dos sesiones; la primera al inicio del programa para determinar su calidad de vida de entrada y la segunda cuando hayan terminado de 8-12 sesiones con el fin de evaluar los cambios en la calidad de vida; el tiempo aproximado para diligenciar el instrumento es aproximadamente de 30-35 minutos.

El análisis de los resultados y la presentación del informe final se presentaran a Hospital Universitario San Ignacio y a la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar el impacto de un programa de rehabilitación cardíaca en fase II; en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares en una institución de VI nivel en la ciudad de Bogotá en el periodo de marzo-abril de 2009.

PLAN DEL ESTUDIO

A las personas que decidan voluntariamente participar en el estudio se les aplicara el instrumento mencionado, que será diligenciado por los participantes en un tiempo aproximado de 30-35 minutos.

Podrán Participar en el estudio pacientes mayores de 18 años que inicien su programa y los que hayan completado 12 sesiones cuyo diagnostico cardiovascular sea síndrome coronario agudo con isquemia o sin isquemia residual; angina estable en pacientes no revascularizables, síndrome de falla cardiaca, sincope cardiogenico, cardiopatía dilatada con una o mala fracción de eyección, arritmias, post quirúrgicos cardiovasculares(revascularización miocárdica, cambios vasculares o trasplante cardiaco) y pacientes con cardiodesfibriladores o marcapasos implantables

BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Al participar en el estudio, usted conocerá de manera clara si su calidad de vida ha mejorado significativamente al participar en las diferentes sesiones del programa de rehabilitación cardiaca al cual asiste.

En este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes se puedan beneficiar de los conocimientos obtenidos.

RIESGOS DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

No se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS ARCHIVOS Y ANONIMATO

Con el objeto de mantener la confidencialidad de la información obtenida de usted, su nombre no será utilizado durante el análisis ni al reportar los resultados del estudio, y solo el personal del estudio tendrá acceso a la información.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderá los beneficios que ya haya obtenido.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de este Informe de Consentimiento Informado.

Firma del participante

Fecha

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 3. ESCALA DE BORG.

TABLA 5. Escala de Borg para clasificar el esfuerzo percibido

1	
6	
7	Muy, muy leve
8	Muy leve
9	
10	Bastante leve
11	
12	Un poco fuerte
13	
14	Fuerte
15	
16	Muy fuerte
17	
18	
19	Muy, muy fuerte
20	

Las equivalencias entre la sensación subjetiva de esfuerzo (Borg) y la intensidad de ejercicio podrían resumirse en: < 12: leve = 40-60% del máximo; 12-14: moderado, un poco fuerte = 60-75% del máximo; > 14: fuerte intenso = 75-90% del máximo.

TABLA 4. RELACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DEL ESFUERZO PERCIBIDO Y PORCENTAJES DE LA FC MÁXIMA TEÓRICA Y DEL CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO (MODIFICADO DE BERTOLASSI) (35)

<i>Escala de Borg</i>	<i>Intensidad</i>	<i>FC máx (%)</i>	<i>VO₂ máx (%)</i>
<10	Muy liviano	<35	<30
10-11	Liviano	35-59	30-49
12-13	Moderado	60-79	50-74
14-16	Intenso	80-89	75-85
>16	Muy intenso	>90	>85

FC máx (%): porcentaje de la FC máxima. VO₂ máx (%): porcentaje del consumo máximo de oxígeno

Fuente: BURDIAT RAMPA, GERARD. Programa práctico de Rehabilitación Cardiovascular. *Rev.Urug.Cardiol.*, dic. 2006, vol.21, no.3, p.240-251. ISSN 0797-0048.

**ANEXO 4. RELACIÓN DE VELOCIDAD CON CANTIDAD DE METS
REALIZADOS EN BANDA SIN FIN Y ELÍPTICA**

V/I	0	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	5.5	6.0
0.8	1.4	1.5	1.5	1.7	1.8	1.8	1.9	2.0	2.1	2.1	2.2	2.2
0.9	1.6	1.8	1.8	1.9	1.9	2.0	2.1	2.1	2.2	2.3	2.3	2.4
1.0	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.1	2.2	2.3	2.3	2.4	2.5	2.5
1.1	1.8	1.9	1.9	2.1	2.1	2.2	2.2	2.4	2.5	2.6	2.6	2.7
1.2	1.9	1.9	2.0	2.1	2.2	2.2	2.3	2.5	2.5	2.7	2.8	2.9
1.3	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4	2.6	2.7	2.8	2.8	2.9	3.0
1.4	2.0	2.1	2.2	2.4	2.4	2.5	2.7	2.8	2.9	3.0	3.1	3.2
1.5	2.0	2.2	2.3	2.5	2.5	2.6	2.8	2.9	3.0	3.1	3.2	3.3
1.6	2.1	2.3	2.4	2.6	2.6	2.7	2.9	3.1	3.2	3.3	3.4	3.4
1.7	2.2	2.5	2.6	2.7	2.7	3.0	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.7
1.8	2.3	2.6	2.7	2.8	2.8	3.1	3.2	3.3	3.4	3.6	3.7	3.8
1.9	2.3	2.7	2.8	2.9	2.9	3.2	3.3	3.5	3.6	3.7	3.8	4.0
2.0	2.4	2.8	2.9	3.0	3.1	3.3	3.4	3.6	3.7	3.9	4.0	4.1
2.1	2.6	2.8	3.0	3.1	3.2	3.4	3.6	3.7	3.9	4.0	4.1	4.3
2.2	2.6	2.9	3.1	3.2	3.3	3.5	3.7	3.8	4.0	4.2	4.3	4.5
2.3	2.7	3.0	3.2	3.3	3.5	3.7	3.8	4.0	4.1	4.3	4.5	4.6
2.4	2.8	3.1	3.3	3.4	3.6	3.8	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8
2.5	2.9	3.2	3.4	3.6	3.7	3.9	4.1	4.2	4.4	4.6	4.8	4.9
2.6	2.9	3.3	3.5	3.7	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.7	4.9	5.1
2.7	3.0	3.4	3.6	3.8	3.9	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3
2.8	3.1	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.4
2.9	3.2	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.4	5.6
3.0	3.2	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7
3.1	3.3	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.5	5.7	5.9
3.2	3.4	3.8	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.2	5.4	5.6	5.8	6.0
3.3	3.5	3.9	4.2	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5	5.8	6.0	6.2
3.4	3.5	4.0	4.3	4.5	4.7	5.0	5.2	5.4	5.7	5.9	6.1	6.4
3.5	3.6	4.1	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.6	5.8	6.0	6.3	6.5
3.6	3.7	4.2	4.5	4.7	4.9	5.2	5.4	5.7	5.9	6.2	6.4	6.7
3.7	3.8	4.3	4.5	4.8	5.1	5.3	5.6	5.8	6.1	6.3	6.6	6.8
3.8	3.9	4.4	4.6	4.9	5.2	5.4	5.7	6.0	6.2	6.5	6.7	7.0
3.9	3.9	4.5	4.7	5.0	5.3	5.6	5.8	6.1	6.4	6.6	6.9	7.2
4.0	4.0	4.6	4.8	5.1	5.4	5.7	5.9	6.2	6.5	6.8	7.0	7.3
4.1	4.1	4.3	4.7	4.9	5.2	5.5	5.8	6.3	6.4	6.6	6.9	7.5
4.2	4.2	4.7	5.0	5.3	5.6	5.9	6.2	6.5	6.8	7.1	7.3	7.6
4.3	4.2	4.7	5.1	5.4	5.7	6.0	6.3	6.6	6.9	7.2	7.5	7.8
4.4	4.3	4.9	5.2	5.5	5.8	6.1	6.4	6.7	7.0	7.4	7.7	8.0
4.5	4.4	5.0	5.3	5.6	5.9	6.3	6.6	6.9	7.2	7.5	7.8	8.1
4.6	4.5	5.1	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	8.0	8.3
4.7	4.5	5.2	5.5	5.8	6.2	6.5	6.8	7.1	7.5	7.8	8.1	8.4
4.8	4.6	5.3	5.6	5.9	6.3	6.6	6.9	7.3	7.6	7.9	8.3	8.6
4.9	4.7	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.1	7.4	7.7	8.1	8.4	8.8
5.0	4.8	5.5	5.8	6.2	6.5	6.8	7.2	7.5	7.9	8.2	8.6	8.9

**ANEXO 5. RELACIÓN DE VELOCIDAD CON CANTIDAD DE METS
REALIZADOS EN BICICLETA ESTÁTICA.**

VELOCIDAD (KM/H)	METS
4-4.9	1
5-5.9	2
6-6.9	3
7-7.9	4
8-8.9	5
Mayor de 9	6

ANEXO 6. PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

DENOMINACIÓN	ITEMS	DIMENSIONES
<i>GENERICOS</i>		
<i>Cuestionario de Salud SF-36</i>	36	Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental
<i>Nottingham Health Profile</i>	38	Energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad.
<i>Sickness Impact Profile</i>	136	Sueño y descanso, trabajo, nutrición, tareas domésticas, ocio y pasatiempos, desplazamiento, movilidad, cuidado y movimiento corporal, relaciones sociales, actividad intelectual, actividad emocional y comunicación
<i>ESPECÍFICOS</i>		
<i>Quality of Life After Myocardial Infarction</i>	26	Síntomas, limitaciones, confianza, autoestima y emoción.
<i>Quality of Life After Myocardial Infarction-2 27</i>	27	Emocional, física y social
<i>Seattle Angina Questionnaire</i>	19	Frecuencia de angina, estabilidad de la angina, limitación física, calidad de vida y satisfacción del tratamiento relacionado con la angina
<i>Quality of Life-Cardiac Version</i>	72	Salud y funcionalidad, socioeconómica, psicosocial/espiritual y familia
<i>Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire</i>	22	Actividades físicas, síntomas somáticos, distress emocional y satisfacción por la vida
<i>Cuestionario de Velasco-Del Barrio</i>	44	Salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación, tiempo de ocio y trabajo.
<i>Myocardial Infarction Dimensional Assessment</i>	35	Actividad física, inseguridad, reacción emocional, dependencia, dieta, aspectos de medicación y efectos secundarios

Scale

Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile 37

Angina, falta de respiración, edemas maleolares, cansancio, movilidad, vida social y actividades de ocio, actividades en el hogar, asuntos relacionados con preocupaciones y género

Fuente: SOTO, Failde. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquemia. Revista de la Sociedad Española del Dolor [online]Diciembre 2004, vo.11, no.8 [cited 24 mayo 2008] pp54-60. Available from internet :http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=pt&nrm=.htm

ANEXO 7. CARACTERÍSTICAS DE LAS MEDIDAS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Abordaje	Ventajas	Limitaciones	Instrumentos
Genérico			
Perfil de salud	Instrumento único. Detecta efectos en diferentes aspectos del estado de salud. Permite comparaciones entre diferentes programas de salud.	Puede que no se adecúen para un área concreta de interés. Pueden tener baja reactividad.	Nottingham Health Profile Sickness Impact Profile McMaster Health Index Qu. Medical Outcomes Study I
Utilidades (índice)	Un único número representando el impacto neto en calidad y en cantidad de vida. Posible análisis de costo-utilidad. Incorpora la categoría muerte.	Dificultad en determinar los valores a la utilidad. No permite examinar el efecto en diferentes aspectos de la calidad de vida. Pueden tener baja reactividad.	Quality of Well-Being Scale
Específico			
De enfermedad	Clinicamente adecuados	No permite hacer comparaciones con otras enfermedades.	The Arthritis Impact Measurement Scale
De población	(útiles en ensayos clínicos).		
De función	Alta reactividad	Puede limitarse a determinadas poblaciones o intervenciones.	The Oswestry low back pain questionnaire
De problemas			Measuring Quality of in Asthma

Fuente: BROTONS CUIXART, Carlos y PERMANYER MIRALDA, Cayetano. La evaluación de resultados (outcomes) y de su relevancia clínica en cardiología: especial referencia a la calidad de vida [online], En: Revista Española de Cardiología. 1997. vol. 50, no. 3, [Citado 10 marzo de 2009] p. 192-200. . Available from internet: http://www.revespcardiol.org/cardio/ctl_servlet?_f=40&ident=438 [citado el 28 de febrero de 2009]

ANEXO 8. DIMENSIÓN FÍSICA AL INICIO DEL PROGRAMA

Nº	ITEM	1		2		3		4		5		6		7		0	
		30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%
6	Agotamiento	3	10.0	6	20.0	3	10.0	5	16.7	8	26.7	2	6.7	3	10.0		
9	Disnea	1	3.3	4	13.3	0	0	7	23.3	2	6.7	7	23.3	9	30.0		
14	Dolor Torácico	3	10.0	5	16.7	1	3.3	5	16.7	2	6.7	3	10.0	11	36.7		
16	Dolos en las piernas	3	10.0	7	23.3	2	6.7	4	13.3	4	13.3	3	10.0	7	23.3		
17	Limitación para hacer deporte	6	20.0	3	10.0	4	13.3	2	6.7	4	13.3	2	6.7	9	30.0		
19	Mareo	0	0	4	13.3	4	13.3	7	23.3	4	13.3	3	10.0	8	26.7		
20	Limitación	3	10.0	3	10.0	2	6.7	5	16.7	5	16.7	7	23.3	9	30.0		
21	Seguridad en la cantidad de ejercicio	3	10.0	3	10.0	1	3.3	7	23.3	3	10.0	2	6.7	11	36.7		
26	Limitación Física	2	6.7	6	20.0	3	10.0	4	13.3	2	6.7	5	16.7	8	26.7		
27	Dificultad en las relaciones sexuales	4	13.3	2	6.7	1	3.3	4	13.3	2	6.7	3	10.0	11	36.7	3	10.0

Fuente: resultados del estudi

ANEXO 9. DIMENSIÓN EMOCIONAL AL INICIO DEL PROGRAMA

Nº	ITEM	1		2		3		4		5		6		7	
		30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%
1	Ira	0	0	5	16.7	1	3.3	10	33.3	8	26.7	1	3.3	5	16.7
2	Incompetencia	4	13.3	4	13.3	1	3.3	4	13.3	2	6.7	2	6.7	13	43.3
3	Desconfianza frente a la enfermedad	1	3.3	6	20.0	1	3.3	3	10.0	6	20.0	5	16.7	8	26.7
4	Depresión	3	10.0	4	13.3	3	10.0	6	20.0	5	16.7	5	16.7	4	13.3
5	Relajado	2	6.7	2	6.7	6	20.0	9	30.0	3	10.0	3	10.0	5	16.7
7	Felicidad	1	3.3	1	3.3	5	16.7	11	36.7	6	20.0	4	13.3	2	6.7
8	Ansiedad	4	13.3	3	10.0	3	10.0	5	16.7	4	13.3	3	10.0	8	26.7
10	Llanto	3	10.0	3	10.0	3	10.0	5	16.7	3	10.0	4	13.3	9	30.0
15	Inseguridad en si mismo	0	0	0	0	1	3.3	5	16.7	3	10.0	7	23.3	12	40.0
18	Miedo	0	0	5	16.7	2	6.7	3	10.0	4	13.3	4	13.3	12	40.0

Fuente: resultados del estudio

ANEXO 10. DIMENSIÓN SOCIAL AL INICIO DEL PROGRAMA

Nº	ITEM	1		2		3		4		5		6		7	
		30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%
11	Dependencia de otras personas	3	10.0	7	23.3	2	6.7	5	16.7	5	16.7	2	6.7	6	20.0
12	Incapacidad para realizar actividades sociales	1	3.3	8	26.7	1	3.3	3	10.0	5	16.7	1	3.3	11	36.7
13	Desconfianza de otras personas	3	10	3	10	2	6.7	5	16.7	3	10.0	0	0	14	46.7
22	Sobreprotección	8	26.7	4	13.3	2	6.7	7	23.3	2	6.7	0	0	7	23.3
23	Carga para los demás	1	3.3	0	0	2	6.7	4	13.3	4	13.3	3	10.0	16	53.3
24	Exclusión	3	10.0	2	6.7	3	10.0	6	20.0	3	10.0	3	10.0	10	33.3
25	Incapacidad de Relacionarse	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	0	0	2	6.7	24	80.0

Fuente: resultados del estudio

ANEXO. 11. DIMENSION FISICA AL FINALIZAR EL PROGRAMA

N°	Ítem	1		2		3		4		5		6		7		NADA	
		30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%		
6	Agotamiento	1	3.3	2	6.7	3	10.0	8	26.7	4	13.3	3	10.0	9	30.0		
9	Disnea	1	3.3	0	0	3	10.0	3	10.0	3	10.0	6	20.0	14	46.7		
14	Dolor Torácico	3	10.0	0	0	0	0	7	23.3	4	13.3	4	13.3	12	40.0		
16	Dolor En Las Piernas	3	10.0	4	13.3	0	0	3	10.0	7	23.3	3	10.0	10	33.3		
17	Limitación Para Hacer Deporte	3	10.0	2	6.7	0	0	4	13.3	4	13.3	5	16.7	12	40.0		
19	Mareo	2	6.7	2	6.7	1	3.3	4	13.3	2	6.7	6	20.0	13	43.3		
20	Limitación	1	3.3	2	6.7	1	3.3	5	16.7	1	3.3	8	26.7	12	40.0		
21	Seguridad en el Ejercicio	2	6.7	2	10.0	1	3.3	4	13.3	2	6.7	3	10.0	15	50.0		
26	Limitación Física	0	0	4	13.3	1	3.3	3	10.0	3	10.0	10	33.3	9	30.0		
27	Dificultad En Las Relaciones Sexuales	0	0	2	6.7	3	10.0	2	6.7	2	6.7	2	6.7	15	50.0	3	10

ANEXO. 12. DIMENSION EMOCIONAL AL FINALIZAR EL PROGRAMA

N°	Ítem	1		2		3		4		5		6		7	
		30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%
1	Ira	0	0	1	3.3	1	3.3	6	20.0	6	20.0	1	3.3	15	50.0
2	Incompetencia	1	3.3	2	6.7	0	0	4	13.3	4	13.3	2	6.7	17	56.7
3	Desconfianza Frente La Enfermedad	3	10.0	0	0	0	0	4	13.3	1	3.3	6	20.2	16	53.3
4	Depresión	2	6.7	1	3.3	0	0	8	26.7	3	10.0	7	23.3	9	30.0
5	Estrés	14	46.7	2	6.7	3	10.0	4	13.3	3	10.0	3	10.0	1	3.3
7	Felicidad	2	6.7	1	3.3	2	6.7	10	33.3	10	33.3	3	10.0	2	6.7
8	Ansiedad	2	6.7	5	16.7	2	6.7	6	20.0	6	20.0	2	6.7	7	23.3
10	Llanto	3	10.0	0	0	1	3.3	5	16.7	5	16.7	0	0	16	53.3
15	Inseguridad En Si Mismo	1	3.3	1	3.3	1	3.3	2	6.7	6	20.0	4	13.3	15	50.0
18	Miedo	1	3.3	0	0	1	3.3	4	13.3	5	16.7	3	10.0	16	53.3

Fuente: resultados del estudio

ANEXO. 13. DIMESION SOCIAL AL FINALIZAR EL PROGRAMA

N°	Ítem	1		2		3		4		5		6		7	
		30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%	30	100%
11	Dependencia De Otras Personas	0	0	3	10.0	1	3.3	3	10.0	8	26.7	3	10.0	12.	40.0
12	Incapacidad Para Realizar Actividades Sociales	2	6.7	1	3.3	1	3.3	0	0	2	6.7	3	10.0	21	70.0
13	Desconfianza De Otras Personas	1	3.3	1	3.3	0	0	7	23.3	2	6.7	6	20.0	13	43.3
22	Sobreprotección	11	36.7	3	10.0	0	0	3	10.0	4	13.3	1	3.3	8	26.7
23	Carga Para Los Demás	2	6.7	0	0	0	0	4	13.3	4	13.3	0	0	20	66.7
24	Exclusión	2	6.7	1	3.3	0	0	5	16.7	3	10.0	0	0	19	63.3
25	Incapacidad De Relacionarse	1	3.3	0	0	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	25	83.3

Fuente: resultados del estudio

