

# Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca<sup>1</sup>

Diana Achury<sup>2</sup>  
Sandra Mónica Rodríguez-Colmenares<sup>3</sup>  
Lina Alejandra Agudelo-Contreras<sup>4</sup>  
Jeannette Rocío Hoyos-Segura<sup>5</sup>  
Jenny Alejandra Acuña-Español<sup>6</sup>

1 Artículo revisión de resultados de investigación. Recibido para evaluación: 30 de mayo de 2011  
Revisado: 1 al 15 de agosto de 2011. Aceptado para publicación: 2 de septiembre de 2011.

2 Enfermera, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia. Magister en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Profesora asistente Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: dachury@javeriana.edu.co.

3 Enfermera, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia. Especialista en Cardiopulmonar, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Magister en Política Social, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Profesora instructora, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: smrodriguez@javeriana.edu.co.

4 Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Clínica Abod Shaio. Correo electrónico: agudelo.l@javeriana.edu.co.

5 Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.  
Correo electrónico: rouss597@hotmail.com.

6 Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Hospital San José-Servicio de Oncología, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: alefa75@hotmail.com.

## Resumen

La enfermedad cardiovascular es un problema de salud pública en expansión, pues es la principal causa de muerte en el mundo y afecta las dimensiones físicas, sociales y emocionales de la calidad de vida del paciente. Por lo anterior, se hace necesario que el profesional de enfermería intervenga en la mejora de la calidad de vida, promoviendo la participación de los pacientes en los programas de rehabilitación cardíaca y aplicando herramientas útiles para la determinación de la calidad de vida, a fin de lograr una medición más comprensiva, integral y válida del estado de salud de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y la efectividad de la atención ofrecida dentro del programa. El propósito de este artículo es proporcionar a los profesionales de enfermería fundamentos relacionados con la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asisten a programas de rehabilitación cardíaca y los instrumentos genéricos o específicos que se pueden utilizar como herramientas útiles de valoración y seguimiento de la calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** calidad de vida, programas de rehabilitación cardíaca, pacientes con enfermedad cardiovascular.

**CITAR COMO:** Achury D, Rodríguez-Colmenares SM, Contreras-Agudelo LA, Hoyos-Segura JR, Acuña-Español JA. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca. *Investig Enferm. Imagen Desarro.* 2011;13(2): 49-74.

## Quality of Life of Patients with Cardiovascular Disease to Attending Cardiac Rehabilitation

### Abstract

Cardiovascular disease has become a public health problem in expansion, being the leading cause of death worldwide and affecting the physical, social and emotional quality of life of patients. Therefore, it is necessary that the nurse involved in improving the quality of life, promoting the participation of patients in cardiac rehabilitation programs, using tools for determining the quality of life, thus achieving a more comprehensive measurement and valid health status of patients with cardiovascular disease and the effectiveness of care offered within the program. The purpose of this review paper is to provide research results to nurses foundation related to quality of life of patients with cardiovascular disease who attend cardiac rehabilitation programs and generic or specific instruments that can be used as tools assessment and monitoring of the quality of life.

**KEY WORDS:** Quality of life, heart, rehabilitation, patients, cardiovascular system, disease.

## Qualidade de vida de pacientes com doença cardiovascular para atendimento reabilitação cardíaca

### Resumo

Doença cardiovascular tornou-se um problema de saúde pública em expansão, sendo a principal causa de morte no mundo e que afetam a qualidade física, social e emocional da vida dos pacientes. Portanto, é necessário que a enfermeira envolvida na melhoria da qualidade de vida, promovendo a participação dos pacientes em programas de reabilitação cardíaca, o uso de ferramentas para determinar a qualidade de vida, alcançando assim uma medida mais abrangente e estado de saúde válido de pacientes com doença cardiovascular ea eficácia dos cuidados oferecidos dentro do programa. O objetivo deste artigo de revisão é fornecer resultados de pesquisa para enfermeiras fundação relacionados à qualidade de vida de pacientes com doenças cardiovasculares que freqüentam programas de reabilitação cardíaca e instrumentos genéricos ou específicos que podem ser usados como ferramentas de avaliação e monitoramento da qualidade de vida.

**PALAVRAS CHAVE:** qualidade de vida, o coração, de reabilitação, os pacientes, o sistema cardiovascular, doença.

## Introducción

La enfermedad cardiovascular es un problema de salud pública en expansión. Es la principal causa de muerte en mundo, tanto que en el 2005 causó 17,5 millones de muertes originadas por factores de riesgo cardiovascular y determinantes subyacentes, como el envejecimiento, la globalización, la urbanización y los estilos de vida poco saludables (1). Tal problemática no es ajena a Colombia, dado que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad del país, con una tasa de mortalidad de 130,2 por cada cien mil habitantes (2).

El impacto derivado de estas enfermedades se ve reflejado en diferentes aspectos. En el plano económico, en grandes gastos, tanto para las instituciones como para los pacientes, por los altos costos derivados de la atención médica y los reingresos que causan incapacidades y ausentismos laborales. En el plano físico, porque el paciente experimenta, derivado de las limitaciones por su sintomatología clínica (disminución de la respiración, fatiga muscular y dolor en el pecho), disminución en la tolerancia al ejercicio, lo cual lleva a una percepción de discapacidad mayor (3). Y en el plano emocional, gran ansiedad, incluso, depresión. Todos estos factores son reconocidos como generadores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, que van afectar la dinámica familiar y a dar como resultado conflictos familiares y sociales, entre otros.

Es evidente que la enfermedad cardiovascular genera un impacto negativo en la calidad de vida del paciente cardíopata. Por lo anterior, es importante resaltar que el profesional de enfermería debe intervenir en la mejora de la calidad de vida y que se hace necesario crear estrategias que brinden resultados destinados al control y manejo de los factores de riesgo y la enfermedad cardiovascular de una manera integral. Una de las estrategias que se han desarrollado para enfrentar la enfermedad cardiovascular son los programas de prevención de factores de riesgo y de rehabilitación cardíaca, dirigidos a pacientes adultos medios y adultos mayores con alteraciones y factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular.

Los programas de prevención de factores de riesgo son estrategias de prevención primaria y utilizan como principal herramienta la educación en salud, que busca proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud; sin embargo, se limitan a proveer información generalizada de momento, sin tener en cuenta las características individuales de cada paciente (4,5).

Los programas de rehabilitación cardíaca son estrategias de prevención secundaria y terciaria, cuyo fin es lograr que el paciente se reintegre a su vida emocional, familiar y laboral. En este se encuentran los programas de rehabilitación cardíaca, los cuales son una alternativa para restaurar la calidad de vida, la autonomía y la integración social, además de mejorar la capacidad física.

La rehabilitación inició cuando, en la primera mitad del siglo XX, el reposo en cama, se consideró una regla general de tratamiento después de un infarto agudo de miocardio (IAM). Se pensaba en esta época que seis semanas de reposo absoluto en cama eran indispensables, ya que este periodo era el necesario para transformar la zona necrótica del corazón en cicatriz. Fue en 1962 cuando Levine y Loung demostraron que el descanso en un sillón durante la primera semana postinfarto tenía efectos benéficos (6). Desde este momento se empezaron a observar los beneficios de la movilización precoz y se acortó al máximo el periodo de reposo y convalecencia, al tiempo que se les dio vital importancia a los problemas emocionales y a la reincorporación laboral. Hoy, no cabe duda, la movilización precoz y el ejercicio físico controlado constituyen el tratamiento adecuado para el manejo de la enfermedad coronaria.

En 1964, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la rehabilitación cardíaca como el “conjunto de actividades necesarias para asegurar a los enfermos del corazón, una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar normal en la sociedad” (7). Entre tanto, la Sociedad Colombiana de Cardiología define la rehabilitación cardíaca como un conjunto de actividades necesarias para que el paciente cardiovascular tenga un proceso de reacondicionamiento gradual que le permita alcanzar y mantener una funcionalidad óptima desde los puntos de vista físico, mental y social, por medio de las cuales pueda reintegrarse a la sociedad y a su actividad laboral (8).

La American Heart Association y el American College of Cardiology reconocen los programas de rehabilitación cardíaca como parte esencial del cuidado de los pacientes cardiovasculares y, por ello, son recomendados como útiles y eficaces (clase I). Un consenso realizado entre la American Heart Association, la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation y la Agency for Health Care Policy concluyó que los programas de rehabilitación cardíaca deben ofrecer, de forma multifacética y multidisciplinar, intervenciones que permitan la reducción del riesgo cardiovascular; de manera que los programas que solo ofrecen entrenamiento físico no pueden ser considerados rehabilitación cardíaca.

Las anteriores definiciones coinciden en la inclusión de algo más que la actividad física como único tratamiento de la enfermedad cardiovascular y considerar otros elementos (educación, apoyo social y emocional) que promuevan la calidad de vida. También se puede observar el concepto de prevención secundaria implícito, pues las acciones terapéuticas que se aplican a mediano y largo plazo en el paciente cardiovascular se traducen en esfuerzos orientados a reducir los factores de riesgo coronario a largo plazo, con el propósito de disminuir la probabilidad de un nuevo evento coronario y enlentecer o, tal vez, detener la progresión de la enfermedad coronaria (7).

Los programas de rehabilitación cardíaca se dividen en tres fases, cada una de las cuales especifica su tiempo de desarrollo y las actividades que deben llevar a cabo los individuos en su recuperación. La fase I o intrahospitalaria tiene una duración aproximada de ocho a doce días, en la cual se involucran todos los pacientes cuya condición hemodinámica lo permita. El objetivo principal de las actividades desarrolladas en esta fase es contrarrestar los efectos del reposo prolongado (1), como lo es el mantener el tono muscular, prevenir la hipotensión postural, disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda y preparar psicológicamente al paciente y a su familia para afrontar la situación en curso (5). Se considera que este es el momento ideal para iniciar las actividades de prevención secundaria, por medio de las cuales se brinda educación al paciente y su familia sobre la enfermedad, la dieta, los factores de riesgo y su modificación, los medicamentos, los cuidados que ha de tener en casa, la actividad física permitida y los signos de alarma (1,9).

La fase II, conocida también como fase activa, ambulatoria supervisada o poshospitalaria, tiene una duración de tres a seis meses y tiene como objetivo principal aumentar la capacidad funcional del paciente (1), para conseguir que este se desenvuelva de forma independiente dentro de su hogar y fuera de este. En dicha etapa cobra gran importancia la adherencia del paciente al ejercicio físico regular y a las actividades educativas enfocadas en el conocimiento de la enfermedad, el cambio en los estilos de vida y la readaptación familiar, ocupacional y social (5,9).

Por último, se desarrolla la fase III, o también conocida como fase de mantenimiento, cuya duración está entre los cuatro y los seis meses, e incluso puede llegar a prolongarse de manera indefinida. En esta fase el individuo no requiere supervisión continua durante la realización de la actividad física (usualmente del tipo de resistencia), sino que desarrolla su actividad conforme a un plan de entrenamiento establecido al finalizar la segunda fase de la rehabilitación, con lo que se busca mantener la capacidad funcional ya adquirida.

Cada uno de los objetivos de las diferentes fases del programa de rehabilitación cardíaca coincide en buscar mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Día tras día, el interés por la calidad de vida ha aumentado, y para esto se debe retroceder en la historia a la época burguesa, cuando la calidad de vida se asociaba al proceso de modernización y urbanización, cuando aumentaron las interacciones sociales y se reflejó un cambio en los patrones de vida y, a su vez, en el mejoramiento de la salud de las personas, debido a los avances científicos.

Ello también marcó un hito importante en la construcción de la definición de calidad de vida, que permite integrarse, a su vez, con la definición de salud dada por la OMS, al tomar al paciente como un ser biopsicosocial. Otro hito que marcó la historia de la humanidad es el acceso de la población a los servicios médicos y la mejora en las condiciones de salubridad; sin embargo, la aparición del concepto de calidad de vida como tal y la preocupación por su determinación sistemática y científica es reciente. La idea comenzó a popularizarse en la década de los sesenta hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general (9).

La expresión *calidad de vida*, a través de la historia, surge al pretender realizar una medición integral de la salud. Esta pretende determinar el estado de salud o enfermedad de los individuos mediante métodos objetivos y medidas, como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o, simplemente, empleando el uso de indicadores epidemiológicos, como los de morbilidad y mortalidad, esperanza de vida y años potencialmente perdidos. Si bien esa ha sido una de las formas tradicionales de medir la salud, puede parecer obvio que para estimar el perfil de salud se deba tener en cuenta la enfermedad, la discapacidad y la muerte de las personas.

No obstante, la definición de salud en la actualidad adopta nuevos elementos, los cuales dentro de su estimación incorporan otros factores que inciden en el resultado de salud de la comunidad. Por lo tanto, se reconoce que la salud es la resultante de la interacción de múltiples factores: sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. Ello permite valorar la dimensión física, social y emocional desde la mirada del propio paciente (mirada subjetiva).

La calidad de vida, dentro del contexto de salud, es una construcción del individuo que, como ser biopsicosocial, hace desde sus dimensiones física, social y emocional; en contraste con la continua interacción con su realidad. Es una valoración subjetiva, en la que se reflejan las vivencias que tienen los pacientes (9-11).

A partir de 1946, cuando la OMS definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad, se desarrolla un concepto en el que la determinación de la salud no se puede limitar a factores biológicos, ya que solo se está valorando el estado objetivo de la salud, sin valorar la parte subjetiva, que engloba el sentido de satisfacción y percepción de la propia salud (12). Teniendo en cuenta que el concepto de salud está fundamentado en un concepto biopsicológico, socioeconómico y cultural, que tiene la percepción de los valores positivos y negativos que afectan la vida del paciente en función social y su percepción, a partir de los años setenta tomó auge la expresión *calidad de vida*. Esta se mostró como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene en el individuo en sus contextos individual, familiar y social; así como la satisfacción, que se convierten en elementos indispensables para el desarrollo de la calidad de vida de cada paciente (13).

La OMS define calidad de vida como la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (14). Dentro de este marco ha de considerarse que, al hablar de calidad de vida, se incluyen determinantes económicos, sociales y culturales, y cuando se habla de *calidad de vida relacionada con salud* (CVRS) integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar. Esta valoración nos permite detectar alteraciones e intervenir precozmente, así como comparar las distintas opciones terapéuticas y centrarse de una manera importante en la persona y no en la enfermedad (15).

En el contexto de la rehabilitación cardíaca, el profesional de enfermería y, en general, el equipo interdisciplinario que participa en el programa, deben enfocarse en analizar las variables relacionadas con la salud y la calidad de vida en las diferentes fases, en especial en la fase II. Esto conduce a incorporar la medida de la CVRS, que se ha convertido en una de las mayores innovaciones en las valoraciones de programas en el área de la salud (16,17).

En contraste con todo lo anterior, la determinación de la CVRS en los pacientes con enfermedad cardiovascular asistentes al programa de rehabilitación cardíaca es muy importante, debido a que ello posibilita planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios de salud. Así, su utilidad es evidente, porque se sale del margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado (18). Esto hace la diferencia frente a cualquier otro tipo de determinación, al considerar la percepción que tienen los pacientes de su propia vida y el grado de bienestar en sus diferentes dimensiones: física (salud y

habilidades funcionales), social (relaciones sociales, actividades de ocio, satisfacción, apoyo social, condiciones económicas, seguridad social y aspectos culturales) y emocional, que a su vez depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. La determinación de la calidad de vida es un proceso que debe estar liderado por el profesional de enfermería y se convierte en un indicador que permite:

- Detectar alteraciones en el estado funcional del paciente.
- Identificar errores en la implementación de los programas.
- Aumentar la seguridad en el paciente, dado que logra conocer los efectos del programa de rehabilitación cardíaca sobre su calidad de vida.
- Detectar tempranamente pequeños cambios que se producen en las dimensiones física, social y emocional, a partir de los cuales se pueden orientar las intervenciones pertinentes a fin de fomentar y potenciar el autocuidado del paciente, para su control, y cambios en su estilo de vida que, de no ser modificados, lo conducirán a enfrentarse con varios riesgos potencialmente letales.
- Determinar el estado funcional y de salud del paciente en las esferas social, físico y emocional al inicio y al final de la rehabilitación cardíaca y su nivel de satisfacción al concluir el programa en relación a los objetivos planteados (19).
- Fortalecer los programa en términos de calidad y eficacia con el fin de alcanzar una calidad asistencial adecuada, segura, efectiva, eficiente y equitativa para ayudar al profesional sanitario a tomar medidas más acertadas y razonables (20). De esta manera se disminuyen reingresos, número de pacientes hospitalizados, días de estancia hospitalaria, consultas ambulatorias y costos (21).
- Promover en el profesional la aplicación de herramientas útiles para la determinación de la calidad de vida en los programas de rehabilitación cardíaca, 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 cardíaca.
- Conocer la efectividad de las intervenciones realizadas con el paciente cardiovascular y realizar un seguimiento de los cuidados ejecutados a estos pacientes.

En la determinación de la calidad de vida, el profesional de enfermería debe analizar las variables sociodemográficas de los pacientes asistentes al programa, las cuales son factores de riesgo o protectores que se deben considerar en el desarrollo de cada una de las acciones del programa. Así mismo, debe utilizar instrumentos generales o específicos para analizar las dimensiones que componen la calidad de vida (física, social y emocional).

## Variables sociodemográficas

### Educación

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 ellos (20). En la literatura consultada se observa que el grado de escolaridad es importante en la adherencia terapéutica de los programas, pues a las personas con nivel educativo bajo se les dificulta la comunicación con el personal de la salud y con su familia (22). Respecto al bajo nivel de escolaridad, la literatura refiere que estos pacientes presentan un perfil de persona más desfavorecida, en cuanto a la calidad de vida, lo cual puede dificultar la comunicación con el personal de salud y, por ende, desarrollar mayor riesgo de abandono del tratamiento.

### Estado civil

En los pacientes que se encuentran casados o tienen un compañero estable se evidencia una mayor satisfacción con el apoyo familiar. Este se relaciona positivamente con la disminución de la ansiedad y la depresión y apoyo en cambios en el estilo de vida (dieta). Ello facilita la adherencia terapéutica, al mejorar el cumplimiento de uno de los objetivos del programa: alcanzar y mantener una funcionalidad óptima desde los puntos de vista físico, mental y social, y así reintegrarse a la sociedad y a su actividad laboral (23).

Los pacientes solteros o viudos que carecen de una compañía cercana que se dedique a su cuidado tienen mayor dificultad en su rehabilitación, debido a que existe una percepción de apoyo social insatisfactorio, que provoca un sentimiento de incapacidad para cambiar y mostrar

comportamientos favorables frente a su salud cardíaca, como practicar ejercicio físico, tener una dieta adecuada y dejar de fumar (24).

### Género femenino

La baja participación de las mujeres en los programas de rehabilitación cardíaca y su abandono han sido descritos por diferentes autores. Ello se atribuye a que muchas mujeres niegan o malinterpretan sus síntomas, hecho que no permite diagnosticar o identificar una enfermedad coronaria. Además, se observa que las mujeres están enfrentadas a numerosos obstáculos específicos para participar en el programa de rehabilitación cardíaca, debido que se incluyen roles de cuidador informal (hijos/nietos, esposo o familiar dependiente de ellas en el hogar), demanda de roles múltiples, imagen corporal negativa, cuestiones de seguridad, falta de experiencia previa con ejercicio y limitado apoyo cultural para estilo de vida físicamente activo (25).

### Estrato económico

El nivel socioeconómico alto se asocia con mejores ingresos económicos, más posibilidades y satisfacción en el trabajo, lo cual contribuye a una mejor calidad de vida (26). Los estratos bajos se pueden considerar un estresor crónico para enfermedades cardiovasculares, dado que la situación económica desencadena conflictos en el núcleo familiar (falta de dinero, dificultad en el traslado, ausencia de acompañante, etc.), que dificulta las relaciones; fomenta sentimientos de inutilidad, frustración y desesperanza, y genera un incremento de riesgo de padecer nuevamente un IAM. Tales hechos repercuten negativamente en la calidad de vida (5).

## Herramientas para determinar la calidad de vida

Los instrumentos para determinar la calidad de vida permiten detectar problemas percibidos por los pacientes en las dimensiones física, social y emocional. Estos instrumentos se dividen en dos grupos: instrumentos genéricos e instrumentos específicos.

El profesional de enfermería debe identificar el mejor instrumento para determinar la calidad de vida de acuerdo con las características de su población, grado de validez y confiabilidad, y una adecuada amplitud de rango (capacidad del instrumento para medir las dimensiones relevantes de una forma completa) y lo más aproximada al contexto de la realidad.

## Instrumentos genéricos

Estos instrumentos proporcionan una medición global de la CVRS. A la vez, permiten comparaciones entre diferentes condiciones clínicas (27) y determinar los efectos de una intervención en las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Por lo tanto, no incluyen aspectos específicos para la determinación de la calidad de vida en una enfermedad específica y son pocos sensibles al cambio (15).

El *Cuestionario de Salud SF-36* es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center. Posee una fiabilidad mayor de 0,7 (valor mínimo recomendado) y concretamente entre 0,78 (para la dimensión de vitalidad) y 0,96 (dimensión del rol físico); así mismo, una fiabilidad interobservador mayor de 0,80 (28).

El SF-36 consta de 36 preguntas que cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional. Consta de ocho dimensiones sobre la salud, entre las que se encuentran: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, que detectan tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional. Este cuestionario fue traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente mediante el proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA).

La traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQOLA. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. En la actualidad se considera que el SF-36 es el mejor instrumento genérico de medida de CVRS en pacientes cardiovasculares por las evidencias psicométricas que presenta (28).

Además, aparte de que ha sido validado en numerosos estudios internacionales, tiene a su favor que discrimina diferencias por grupos de edad y sexo. Incluso el SF-36 ha demostrado su capacidad para detectar variaciones según el nivel socioeconómico, así como cambios de salud a través del tiempo (29,30). El SF-36 no incluye aspectos específicos, como trastornos del sueño, función cognitiva, función familiar y sexual, que son criterios muy importantes para el presente estudio, pues son aspectos que se ven directamente involucrados en la vida del paciente cuando este cursa con una enfermedad cardiovascular (31).

El *Nottingham Health Profile (NHP)* fue desarrollado originalmente en Gran Bretaña a finales de los años setenta para medir la percepción

subjetiva del impacto de los problemas de salud. Sus autores aseguran que se ha mostrado apropiado para: 1) la valoración de las intervenciones médicas o sociales, en diseños pre-post; 2) como medida de resultado para comparaciones entre grupos; 3) como herramienta de encuesta para poblaciones seleccionadas; 4) para el seguimiento a lo largo del tiempo de cambios en los pacientes con enfermedades crónicas; 5) como complemento a la historia clínica, y 6) para ensayos clínicos con grupos seleccionados de pacientes.

El cuestionario es más adecuado para pacientes con un cierto nivel de afectación del estado de salud, ya que el instrumento carece de ítems de salud positiva. Es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento (*distress*) físico, psicológico y social, asociado a problemas médicos, sociales y emocionales y del grado en que dicho sufrimiento afecta la vida de los individuos.

El NPH consta de dos partes: la primera está formada por 38 ítems pertenecientes a seis dimensiones de la salud: energía (tres ítems), dolor (ocho ítems), movilidad física (ocho ítems), reacciones emocionales (nueve ítems), sueño (cinco ítems) y aislamiento social (cinco ítems). Los ítems representan diferentes estados de salud. Los individuos que contestan deben indicar para cada uno de ellos si son aplicables a su persona mediante la respuesta “Sí/No”.

La segunda parte consiste en siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en siete actividades funcionales de la vida diaria: el trabajo, las tareas domésticas, la vida social, la vida familiar, la vida sexual, las aficiones y el tiempo libre (32). Una última observación sobre algunas desventajas se refieren a que es poco sensible a problemas de salud menores, y debe ser usado con precaución en jóvenes y población general sana, por la elevada proporción de resultado de 0 puntos y no discrimina entre cardiopatía y pacientes sanos (33).

Finalmente, se encuentra otro instrumento genérico denominado *Sickness Impact Profile (SIP)*. Es un cuestionario de salud desarrollado por Bergner y cols., en 1976, en Estados Unidos, con objeto de disponer de una medida de salud que se usara en la asignación de servicios sanitarios que permitieran medir la disfunción, basada en los cambios de conducta relacionada con la enfermedad, la planificación y la formulación de políticas de salud, así como servir de valoración de resultados sanitarios (34). Se ha sugerido que debería acortarse el número de ítems y categorías, por considerarse poco relevantes. Posee escasa sensibilidad para detectar cambios pequeños en cortos periodos, y en estos casos deberían valorarse más las categorías que la puntuación total (35).

## Instrumentos específicos

Estos instrumentos son útiles para el estudio de una enfermedad, población definida o condición bien determinada. Permiten identificar aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad específica y llegan a ser altamente sensibles a los cambios del problema específico de salud que se está evaluando. Su mayor desventaja es que no permite comparaciones entre patologías (36). Entre los principales instrumentos específicos desarrollados para pacientes con enfermedad cardiovascular se encuentran:

El *Seattle Angina Questionnaire (SAQ)*. Es un instrumento específico diseñado para valorar el estado funcional de pacientes con angina de pecho y la percepción de su estado de salud. Contiene diecinueve preguntas que cuantifican cinco dimensiones clínicamente relevantes: frecuencia de angina, estabilidad de la angina, limitación física, calidad de vida y satisfacción del tratamiento relacionado con la angina. Se describe por los autores como una medida del estado funcional, pero siete de las diecinueve preguntas tocan capítulos sociales y emocionales, lo que hace que el SAQ sea definido como una medida específica de calidad de vida relacionada con la salud (15).

El *Quality of Life-Cardiac Versión I (QLI)* fue inicialmente diseñado para uso en pacientes en diálisis; pero ha sido adaptado para su uso en otros grupos, entre estos los pacientes con enfermedad cardiovascular. El cuestionario más reciente del QLI de uso en pacientes cardíacos es el *QLI-Cardiac* versión III, que contiene 72 ítems y cuatro dimensiones. Estos ítems están divididos en dos partes iguales: la primera mide la satisfacción del paciente con varias dimensiones de la vida, y la segunda, la importancia de esas dimensiones para el paciente. Las puntuaciones de la primera parte son ponderadas por las respuestas de la segunda (15).

El *Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ)* es un cuestionario que tiene veintidós ítems divididos en cuatro escalas. Tiene buenas propiedades psicométricas para propósitos discriminantes, pero se necesitan más trabajos para examinar su sensibilidad y fiabilidad (37).

El *Cuestionario de Velasco-del Barrio* 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-IAM (38). Ha sido utilizado en investigaciones para evaluar la eficacia del programa de rehabilitación cardíaca e identificar los efectos de este en la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares

(incluidos los factores psicológicos) y la mejoría en la calidad de vida de los pacientes con esta patología (39,40).

El *Quality of Life After Myocardial Infarction (QLMI)* es un cuestionario en el que los veintiséis ítems que lo componen están agrupados en cinco dominios. La versión original fue diseñada y desarrollada para evaluar la efectividad de un programa de rehabilitación cardíaca, dado que puede ser aplicado, según los expertos, a varios grupos de diagnóstico que incluyen dentro de las indicaciones del programa cirugía cardíaca —y entre estos los pacientes con reemplazo valvular y con revascularización miocárdica, los portadores de cardiodesfibrilador implantable (CID), con infarto de miocardio con intervención coronaria percutánea y sin ella—, pacientes con angina de pecho estable con intervención coronaria percutánea y sin ella y pacientes con insuficiencia cardíaca (41). Recientemente se ha desarrollado una versión mejorada del instrumento con veintisiete ítems y tres dimensiones: el *Mac-New Heart Disease Questionnaire*, también conocido como el QLMI-2, diseñado para evaluar cómo las actividades diarias, al igual que las funciones físicas, sociales y emocionales, son afectadas por infarto de miocardio y otras patologías cardíacas diagnosticadas (15).

El QLMI-2 se convierte en el único instrumento mundial específico para medir la calidad de vida, fiable, que permita comparar pacientes cardiovasculares con diferentes presentaciones y síntomas de su enfermedad. Es fácil de manejar, corto, altamente sensible y, por lo tanto, adecuado para determinar la calidad de vida del paciente asistente al programa de rehabilitación cardíaca fase II (42).

De este modo, el QLMI-2 ha demostrado tener con sus tres dimensiones (física, social y emocional) de calidad de vida una alta consistencia interna en puntos de medición. Cuenta con una validez y confiabilidad del 0,7 y consiste en veintisiete ítems que recaen en tres dominios (una escala de dominio de limitaciones físicas de diez ítems, una escala de dominio de función emocional de diez ítems y una escala de dominio de función social de siete ítems) (43). Se puede afirmar que este instrumento ha sido identificado como el instrumento de calidad de vida que más frecuentemente se ha utilizado en pacientes con cardiopatía coronaria. Puede ser utilizado para determinar la calidad de vida en pacientes cardiovasculares, ya que todas sus dimensiones son lo suficientemente sensibles para captar los cambios en las diferentes fases del programa y para todos los grupos diagnósticos en rehabilitación cardíaca. Este instrumento tiene como objeto medir la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular; por lo tanto, sirve como plataforma para documentar la calidad de los programas de rehabilitación cardíaca (44).

Además, se ha utilizado para valorar la eficacia y eficiencia de las diferentes intervenciones que se realizan en el programa de rehabilitación cardíaca, y con ello ha demostrado que estos programas mejoran la calidad de vida del paciente cardiovascular en sus tres dimensiones (45). Este instrumento, comparado con los otros, ha demostrado tener con sus tres dimensiones (física, emocional y social) una alta consistencia interna; por consiguiente, es el único específico para medir la calidad de vida y fiable que permite comparar pacientes cardiovasculares con diferentes presentaciones y síntomas de su enfermedad. Adicionalmente, es fácil de manejar y, por lo tanto, adecuado para el uso rutinario en un entorno clínico (42).

Las preguntas se responden mediante una escala de Likert con siete opciones de respuesta desde uno, que representa la peor situación, hasta siete, que representa la mejor. Para puntuar cada dimensión la media se obtiene de la puntuación de todos sus ítems. Dentro de los rangos de la calidad de vida se consideran, como mínimo, veintisiete puntos como una mala calidad de vida y máximo 189 puntos como una excelente calidad de vida. En la actualidad existe evidencia de la consistencia interna para cada una de las dimensiones en la versión en inglés —al menos doce estudios clínicos experimentales a más de 5.200 pacientes con enfermedad cardíaca, incluidos países latinoamericanos— (46).

La utilidad de los instrumentos se ve reflejada en la descripción de la calidad de vida. A continuación se muestra una revisión de algunos resultados de investigación sobre la calidad de vida, expresada en las tres dimensiones y el efecto del programa de rehabilitación cardíaca en cada una de ellas.

## Dimensión física

La dimensión física corresponde a la percepción que tiene cada individuo de su estado físico, entendido como el grado de ejecución de las actividades habituales relacionadas con la autonomía y el autocuidado, el gozo de un adecuado estado de salud y la percepción de no tener síntomas de enfermedad (7).

La enfermedad cardiovascular es considerada la primera causa de incapacidad física en el paciente coronario, especialmente en la tercera edad (47,48). Esto demuestra el alto impacto que la enfermedad cardiovascular tiene en la dimensión física, pues las personas limitan sus actividades de autocuidado y movilidad, debido a signos clínicos, como

dolor o disnea, que resultan de los esfuerzos y actividades moderados o intensos que realiza el paciente a lo largo de su vida cotidiana.

Ello los lleva a disminuir la frecuencia e intensidad de las actividades relacionadas con el rol diario (trabajo, estudio, alimentarse, dormir, caminar, etc.), debido básicamente a una disminución del gasto cardiaco en reposo que no se incrementa adecuadamente con la actividad física, por diversas causas: insuficiencia cronotrópica relativa (alteración en la frecuencia cardiaca), disminución de la contractilidad, lesión orgánica, obstrucción de las arterias coronarias, etc.

En el plano subjetivo, el paciente percibe una valoración baja sobre la salud actual, que se convierte en un indicador esencial respecto a su capacidad de trabajo, ganancia de dinero, cuidado de su familia, perspectivas de salud en el futuro. Por ende, se evidencian sentimientos de agotamiento, disnea, dolor torácico y dolor de piernas, limitación deportiva, mareo, inseguridad y dificultad sexual (47,49).

El ejercicio, como uno de los componentes de los programas de rehabilitación cardiaca, interviene de manera importante en la modificación de los factores de riesgo cardiovascular. Diversos estudios han demostrado que el entrenamiento físico mejora la tolerancia al ejercicio, de una manera segura y sin efectos adversos. A esto se añade, uno de los beneficios más importantes, ya que se evidencian reducciones, especialmente en el perfil lipídico (triglicéridos o colesterol total), e incremento de las lipoproteínas de alta densidad (50). A su vez, también se demuestra la eficacia del ejercicio físico —predominantemente aeróbico (trabajo dinámico)— sobre la hipertensión arterial (51,52). La modificación de aparición de arritmias malignas, en particular fibrilación ventricular, debido a la reducción de las concentraciones de actividad simpática o aumento del tono vagal, constituye una de las acciones más importantes que, a su vez, justificará la reducción de un 20% de mortalidad a los tres años en pacientes postinfarto de miocardio, que siguen un programa de entrenamiento físico (53,54).

Es importante resaltar que los efectos del ejercicio no son permanentes, sino transitorios, pues desaparecen al abandonar su práctica. Por ello es posible que desmejore el funcionamiento del cuerpo, lo cual favorece la incidencia y progresión de enfermedades crónicas (cardiorrespiratorias, diabetes mellitus y otras, por ejemplo), relacionadas con el proceso de inactividad. Por lo tanto, los programas de rehabilitación cardiaca deben construir estrategias para influir en los pacientes y animarlos a continuar con los programas de ejercicio indefinidamente (49).

Dado lo anterior, los pacientes con enfermedad cardiovascular necesitan una recuperación de su estado físico, para así realizar actividades de la vida diaria y, a la vez, adquirir hábitos saludables que les permita

llevar una vida normal, en la medida de lo posible. Todo ello se produce si la actividad física está oportunamente dosificada y planificada, de acuerdo con las necesidades de cada paciente (55).

En diversos estudios se evidencia que las personas que se ejercitan de forma regular manifiestan una sensación de bienestar relacionado consigo mismas. Esta sensación también es referida por quienes presentan enfermedad cardíaca, más concretamente los que han padecido un infarto de miocardio, pues les ayuda a superar la sensación de depresión, ansiedad, agotamiento, disnea, dolor torácico, mareo, limitación deportiva y dificultad sexual. Así mismo, el ejercicio aerobio puede reducir la tensión psíquica de los pacientes y modificar favorablemente la reactividad a determinados factores estresantes, al tiempo que reducen la posibilidad de desencadenar episodios de angina (47).

## Dimensión social

La dimensión social se define como el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. Ello se refleja en el trastorno de las actividades sociales normales y tiene que ver con las funciones, las relaciones, el afecto, la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. Dentro de esta dimensión hay que considerar también las actividades de rol, esto es, el desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia (7,56).

El programa de rehabilitación cardíaca es un espacio que permite una cohesión social y se convierte en un escenario muy especial, donde se interactúa con otros pacientes y familiares que también están pasando por el sufrimiento de una enfermedad cardiovascular. Con ello el paciente conoce otras vivencias y, a su vez, enriquece las propias. Igualmente, el equipo interdisciplinario que trabaja en pro del alcance de los objetivos del programa ocupa un lugar muy importante en esta interacción, ya que refuerza sus conocimientos y se involucra de manera terapéutica con el paciente, al permitirle expresar sus sentimientos y vivencias (57). Por ello, es preciso que los programas de rehabilitación cardíaca generen y mantengan espacios dedicados para sesiones educativas, donde se permita resolver las inquietudes del paciente y su familia y participar de una manera activa, que aporte tranquilidad y seguridad (58).

El aislamiento social también se ha relacionado con la mayor mortalidad global para las enfermedades cardiovasculares. Lo anterior se

demonstró en el estudio *Enhanced Recovery in Coronary Heart Disease Patients* (ENRICH), del cual se estima que el 25% de los pacientes con enfermedad cardíaca presentan depresión y aislamiento social después del IAM y un riesgo tres a cuatro veces mayor de mortalidad. Además, los sujetos con menor apoyo social tienen peor pronóstico después de una enfermedad cardiovascular (59).

Según diferentes estudios, la red de apoyo social ocupa un papel protector que brinda al paciente con enfermedad cardiovascular una disminución del número de eventos adversos y de la posibilidad de nuevos episodios de infarto. Por el contrario, la falta de apoyo social se asocia con un riesgo mayor de presentar eventos cardíacos fatales y no fatales, especialmente en pacientes de la tercera edad. Este hecho es más significativo en mujeres que en varones. Esto se debe a que los varones son más sensibles al estrés psicosocial y a que las mujeres son más sensibles a la falta de apoyo social después de sufrir un primer episodio de enfermedad cardiovascular.

Por lo tanto, disponer de una red social cumple varios propósitos: expresión de sentimientos positivos, confirmación de las propias creencias y motivación para la expresión abierta de sentimientos, como dependencia, incapacidad de realización de actividades sociales con la familia, sentimientos de desconfianza y ser una carga para los demás, sobreprotección, provisión de ayuda material y de información. De esta manera ocurre una creación de sistemas de apoyo mutuo (59,60).

La familia es un ente relevante en el desarrollo de los individuos. Esta ocupa un lugar importante, ya que es una fuente de apoyo emocional y social que contribuye a enfrentar problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad, así como otros inconvenientes sociales que envuelven el cotidiano de esas personas (61). A pesar de que no se han encontrado estudios que exploren el papel de la mujer como cuidadora, cabe señalar que en el seno de la familia colombiana la mujer ocupa un papel relevante, pues es ella quien asume el cuidado del paciente con enfermedad cardiovascular, sea cual sea el lugar que ocupe en la familia: madre, esposa, hija, hermana, nieta, etc. Esto es, a cargo de ella están los cuidados básicos como la alimentación —uno de los pilares fundamentales de los cambios en el estilo de vida que dependen directamente del apoyo que brinda la familia y en especial la mujer—. De aquí se desprende la importancia de involucrar a la familia y personas cercanas que se encuentren al cuidado del paciente asistente al programa de rehabilitación cardíaca, para generar una mayor impacto en el estilo de vida no solo del paciente, sino de la familia en general (62).

## Dimensión emocional

La dimensión emocional se define como la percepción y el conocimiento que le permite al ser humano actuar o decidir bajo parámetros de razón. Es ese estado biopsicológico que permite iniciar acciones y motivaciones y que está presente en la mayor parte de los procesos vitales, donde resulta fundamental el desarrollo humano, profesional, creativo, e incluso científico (63). Se relaciona con la presencia de malestar o bienestar, vinculados a la experiencia y la vivencia del problema de salud. En este se encuentran sentimientos como temor, ansiedad, depresión y frustración (64).

Los sentimientos que se pueden llegar a experimentar en la enfermedad cardiovascular son ira, ansiedad, estrés, hostilidad y depresión que, a su vez, pueden llegar a interferir en las actividades diarias de los sujetos e influir en el cumplimiento inadecuado del tratamiento, en la dificultad de modificar factores de riesgo (por la poca adherencia al tratamiento), en seguir las recomendaciones dietarias, en realizar cambios en el estilo de vida y en la capacidad de incrementar las cifras de sobrevida, lo que lleva a que sea más difícil la rehabilitación, más lenta y menos exitosa.

Existe consenso para afirmar que la enfermedad cardiovascular está íntimamente relacionada con crisis emocionales; sin embargo, diferentes investigaciones han demostrado que la presencia de estrés psicosocial y de trastornos psiquiátricos son factores de riesgo. La depresión es la segunda causa de incapacidad después del IAM; pero, con frecuencia, se asocia a los trastornos cardiovasculares e incrementa las cifras de morbimortalidad. Sin duda, existe una estrecha relación entre depresión, enfermedad cardiovascular y mortalidad.

Los pacientes deprimidos con enfermedad cardiovascular tienen un riesgo de morir entre tres y cinco veces más que los pacientes con enfermedad cardiovascular sin depresión (59). La rehabilitación es más difícil que la rehabilitación de los pacientes no deprimidos; por consiguiente, surgen sentimientos de incapacidad y limitación para desempeñar sus labores diarias, que se exteriorizan como tristeza, frustración, intranquilidad, desesperanza, ideas negativas, pérdida de ilusión por el futuro, ideas relacionadas con la muerte, llanto, retraimiento social, sin salida a la situación actual y disminución de la conversación (15).

Por lo anterior, el profesional de enfermería debe conocer e implementar instrumentos y acciones que le permitan identificar los trastornos psicológicos (65). 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 benéficos para la salud

del paciente y su calidad de vida, por medio de una percepción más satisfactoria de la vida, ya que logra reducir la frecuencia, las complicaciones o la presentación de nuevos acontecimientos coronarios (57,66).

Las habilidades que se deben fortalecer en los programas de rehabilitación cardíaca frente a la dimensión emocional es aumentar la capacidad de afrontar y superar las dificultades personales, a fin de consolidar una actitud de confianza personal (64). A su vez, promover la capacidad de adquirir compromisos y, por lo tanto, de ser más responsables, fomentando la motivación, la creatividad y la confianza en sus propias capacidades personales (por medio de la autonomía personal), que permitirá establecer relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias (67). Además, al tiempo que disminuye el sentimiento de incapacidad, mejora la autoconfianza (68), disminuyen la ira y el miedo (69), aumenta la percepción de control del paciente sobre su enfermedad, se gana mayor confianza y seguridad al mejorar su capacidad funcional, y todo ello proporciona una buena reintegración social (70).

El programa de rehabilitación cardíaca promueve la participación, y ello puede ser la causa de la mejoría en los aspectos psicológicos. Esto se debe a que los programas de ejercicio proveen una base social de contactos y contención de los pacientes cardiopatas que permiten su reintegración y socialización, al tiempo que recuperan la confianza en sí mismos. También se ha encontrado un sinnúmero de beneficios que proporciona la actividad física sobre las diferentes emociones que experimenta el ser humano; sin embargo, en la literatura consultada no se encuentra una relación causa-efecto, así que no se pueden explicar los mecanismos que rigen tal fenómeno (62,65).

## Conclusiones

En el contexto de la rehabilitación cardíaca, el profesional de enfermería y, en general, el equipo interdisciplinario que participa en el programa debe enfocarse 1) en analizar las variables sociodemográficas de los pacientes, pues se convierten en factores de riesgo o protectores de la calidad de vida, y 2) en explorar las dimensiones de la calidad de vida. Estas dos herramientas son de gran utilidad a la hora de analizar los beneficios terapéuticos de los programas de rehabilitación y el desarrollo de cada una de las acciones del programa.

La determinación de la CVRS en los pacientes con enfermedad cardiovascular asistentes al programa de rehabilitación cardíaca es muy importante, pues con ello se planifican programas preventivos (así como acciones concretas de salud) y se organizan servicios de salud, y, de

este modo, se sale del margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado.

Se puede concluir que los instrumentos más recomendados para evaluar la calidad de vida —fáciles de manejar, cortos y altamente sensibles— son el cuestionario de salud SF-36, como instrumento genérico, y el QLMI-2, como el único instrumento del ámbito internacional específico. Ellos permiten comparar de manera fiable a los pacientes cardiovasculares con diferentes presentaciones y síntomas de su enfermedad y, por lo tanto, son adecuados para determinar la calidad de vida del paciente asistente al programa de rehabilitación cardíaca.

El ejercicio, como uno de los componentes de los programas de rehabilitación cardíaca, interviene de manera importante en la modificación de los factores de riesgo cardiovascular; sin embargo, no puede ser la única dimensión que contemple un programa: son necesarias las intervenciones de tipo social y emocional, que garanticen una rehabilitación integral y promuevan una adecuada calidad de vida.

## Referencias

1. World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke. Part three: the burden. [internet]; 2004 [citado 14 abril 2008]. Disponible en: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/cvd\\_atlas\\_03\\_risk\\_factors.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf).
2. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Indicadores de salud [internet]. Bogotá; 2007 [citado 16 abril 2008]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>.
3. Vila V, Rossi LA. La calidad de vida bajo la perspectiva de clientes revascularizados en rehabilitación: un estudio etnográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2008 [citado 30 marzo 2009];16(1):7-14. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_01.pdf).
4. García Ospina C. Algunas reflexiones sobre la educación para la salud. Hacia la Promoción de la Salud [internet]. 2001 [citado 8 mayo 2008];(6). Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206\\_3.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206_3.pdf).
5. Valadez Figueroa I, Villaseñor Fariás M, Alfaro N. Educación para la salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo* [internet]. 2004 [citado 8 mayo 2008];(1):44-7. Disponible en: <http://cenedic.ucol.mx/ccmc-construccion/recursos/1011.pdf>.
6. Denolin H. Readaptación y cuidado de los enfermos después de un infarto de miocardio. *Rev Latin Cardiol Euroamericana*. 1984:12-9.
7. Del Río C Germán et al. Protocolos y fases de la rehabilitación cardíaca: orientaciones actuales. *Medisan* [internet]. 2005 [citado 4 dic 2008];9(1):1-7. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_1\\_05/san14105.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_1_05/san14105.htm).
8. Rodríguez Artalejo F, Rey Calero J del. La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. *Rev Esp Salud Pública* [internet]. 1999 [citado 24 mayo 2008]. 73(4):435-7. Disponible en: <http://www.scielosp>.

org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1135-57271999000400001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1135-5727. doi: 10.1590/S1135-57271999000400001.

9. Revisión teórica sobre la calidad de vida [internet]; 2009 [citado 25 sep 2009]. Disponible en: <http://www.calicomovamos.org.co/calicomovamos/files/Quienes%20Somos/Calidad%20de%20Vida.pdf>.
10. Rueda S. Habitabilidad y calidad de vida [internet]; 1997 [citado 25 sep 2009]. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>.
11. Carvalho V, Aparecida L. La calidad de vida bajo la perspectiva de clientes revascularizados en rehabilitación: un estudio etnográfico. *Rev Latino-Am Enfermagen*. 2008;16(1):1-9.
12. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica*. 1997;108:9.
13. Navajas AJ. De la calidad de vida laboral a la gestión de la calidad: una aproximación psicosocial a la calidad como práctica de sujeción y dominación [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Unidad de Psicología Social; 2003.
14. Wenger N. Current status of cardiac rehabilitation. *J Am Coll Cardiol*. 2008; 51(7):1619-31.
15. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Soc Esp Dolor* [internet]. 2004;(11):505-14. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&nrm=iso).
16. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000;320(7226):50-2.
17. Álvarez Leiva M et al. evaluation of impact of the cardiac rehabilitation program at the University Virgen Macarena Hospital with respect to quality of life of its participants [internet]. Documento procedente del 5º Congreso Internacional de Cardiología en Internet; Argentina; 2007 [citado 25 sep 2009]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/tl007i/tl007i.php>.
18. Dulcey-Ruiz E, Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007;12:11-24.
19. Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*. Barranquilla. 2000;21:76-86.
20. García Alcaraz F, Alfaro Espín A, Moreno Sotos JL. Evaluación de resultados de salud: panorama sobre el uso de medidas de resultados de salud basadas en el paciente en la práctica clínica. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2(6):287.
21. Ilarraza Lomeli H. Rehabilitación y prevención cardiovascular: el complemento necesario a la terapéutica de hoy. *Arch Cardiol Méx*. 2003;73(4):247-52.
22. Leguizamón M. 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]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
23. Bettencourt N et al. Impacto da reabilitação cardíaca na qualidade-de-vida e sintomatologia depressiva após síndrome coronária aguda. *Rev Port Cardiol*. 2005;24(5):687-96.
24. Berkman B et al. Predicting cardiac patients at risk for readmission. *Soc Work Health Care*. 1991;16(1):21-38.
25. Loose MS, Fernhall B. Differences in quality of life among male and female cardiac rehabilitation participants. *J Cardiopulm Rehabil*. 1995;15(3):225-31.

26. Hurtado Reyes DA. "Yo tenía otra cosa en la cabeza": relevancia del estrés laboral en el contexto de la rehabilitación cardiaca [trabajo de grado]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2006.
27. Alpizar R, Avilés E, Díaz J. Validación de la versión en español del "Health Utility Index" (Torrence) para la estimación de la calidad de vida. *Rev Cost Cienc Med* [internet]. 1996 [citado 30 sep 2009];17(4):15-23. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v17n4/art1.pdf>.
28. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.
29. Brown N et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: En: Short form 36 scores compared with a normal population [internet]; 2008 [citado 30 sep 2009]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1728997>.
30. Zúñiga MA et al. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública México* [internet]. 1999 [citado 1 oct 2009];41(2):110-8. Disponible en: <http://www.scieloso.org/pdf/spm/v41n2/41n2a04.pdf>.
31. Vilagut G et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [internet]. 2005[citado 30 sep 2009];19(2):135-50. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v19n2/revision1.pdf>.
32. Antó JM, Alonso J, Hunt SM. Versión española del Nottingham Health Profile adaptada por Institut Municipal d'Investigació Mèdica. En: *La medida de la salud* [internet]. Barcelona; [citado 1 oct 2009]. Disponible en: [http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion\\_PSN\\_BiblioPRO\\_2009.pdf](http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_PSN_BiblioPRO_2009.pdf).
33. Gómez G, Adela M. Evaluación del paciente: calidad de vida [diapositiva]; [citado 7 oct 2009]. Disponible en: <http://www.sorecar.org/2.pdf>.
34. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract*. 1985;35:185-8.
35. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp*. 2004;76(2):71-7.
36. Armando M. Atención primaria: En: *Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier; 2003. p. 257.
37. Dempster M, Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart*. 2000;83:641.
38. Thompson DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease I: Assessment tools. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:42-7.
39. Báez LP et al. La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. *Rev Colomb Cardiol*. 2006;13:90-6.
40. Espinosa Calian S. Rehabilitación cardiaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo: resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Rev Esp Cardiol* [internet]. 2004 [citado 25 feb 2009];57(1):53-9. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=792640>.
41. Maes S et al. Is the MacNew quality of life questionnaire a useful diagnostic and evaluation instrument for cardiac rehabilitation? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008;15(5):518.
42. Höfer S. Cardiac rehabilitation in Austria: short term quality of life improvements in patients with heart disease. *Wien Klin Wochenschr*. 2006;118(23-24):744-53.

43. Monpere C. Cardiac rehabilitation: guidelines and recommendations. *Disease Management & Health Outcomes*. 1998;4(3):143-56.
44. Sosa V. Rehabilitación cardíaca: evolución histórica y estado actual. En: Espinoza Caliani S, Bravo Navas C, editores. *Rehabilitación cardíaca y atención primaria*. 2nd ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 1-3.
45. Leyva M, Ramírez H. Efecto de la rehabilitación cardíaca en pacientes isquémicos no sometidos a revascularización coronaria. *Arch Inst Cardiol Mex*. 2000;70:552-60.
46. Roselló-Araya M, Guzmán-Padilla S. Implementación de un programa de rehabilitación cardíaca (fase II) en el Hospital Max Peralta. *Acta Méd Costarric* [internet]. 2003 [citado 1 oct 2009];45(1). Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022003000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022003000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es).
47. Kriskovich Juré JO. Rehabilitación en el enfermo coronario [internet]. Documento procedente del Congreso Internacional de Cardiología por Internet; Argentina; 2003 [citado 25 sep 2009]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c309/kriskovi.PDF>.
48. Ilarraza LH. La importancia de la rehabilitación y prevención cardiovascular Salud (i) Ciencia [internet]. 2008 [citado en 25 sep 2009];16(5):502-3. Disponible en: <http://www.siicisalud.com/dato/sic/165/siicinforma165.pdf>.
49. Pérez Esther D, Rey Blas, JR. Cardiopatía isquémica: angina de pecho. En: *Tratado de cardiología* [internet]. Buenos Aires: Sociedad de Cardiología del Oeste Bonarense. Disponible en: [http://www.scob.intramed.net/cap\\_6.pdf](http://www.scob.intramed.net/cap_6.pdf).
50. Kennedy MD et al. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life and exercise tolerance in women: A retrospective analysis. *Curr Control Trials Cardiovasc Med* [internet]. 2003 [citado 10 abril 2009];4(1):1. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=155628>.
51. Sanagua J, Acosta G, Rasmussen R. Ejercicios y rehabilitación cardíaca En: *Cardiología del ejercicio*. Corrientes: Instituto de Cardiología de Corrientes; 2005. p. 218-40.
52. Montserrat L-L. Temas de actualidad en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(Supl 1):4-13.
53. Serra GR et al. Entrenamiento físico en la rehabilitación cardíaca. *Cardiología Deportiva* [internet]. 2007 [citado 25 sep 2009];2. Disponible en: [http://74.125.113.132/search?q=cache:iuVxuu\\_OrK0J:www.cardiologiadeportiva.com/entrenamiento\\_fisico\\_en\\_la\\_rehab.htm+cambios+a+nivel+fisico+programa+de+rehabilitacion+cardiaca&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co&lr=lang\\_es](http://74.125.113.132/search?q=cache:iuVxuu_OrK0J:www.cardiologiadeportiva.com/entrenamiento_fisico_en_la_rehab.htm+cambios+a+nivel+fisico+programa+de+rehabilitacion+cardiaca&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co&lr=lang_es).
54. Cazorla Roca M, Galán Fernández S, Corcoy Rigola R, Carrau Vidal E, Gusi Tragant G, Martínez Rubio A. Rehabilitación cardíaca. ¿cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes? *Enfermería en Cardiología*. 2004;(32-33):58-61.
55. Toscano W, Rodríguez L. Actividad física y calidad de vida. En: *Hologramática*. 2008;1(9):3-17.
56. Vargas Toloza R et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto. *Revista Ciencia del Cuidado*. 2008;5(1):40-8.
57. Laham M. Psicocardiología, su importancia en la prevención y rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*. 2008;15(1):143-70.
58. Granero Molina J et al. Mitos, creencias y temores en la cardiopatía isquémica. *Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico* [internet]. 2002 [citado 10 abril 2008];2(2): 36-48. Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/Revista03/PDF/mitosp.pdf>.

59. Téllez Vargas J. Depresión, ansiedad y enfermedad cardiovascular [internet]; [citado 8 oct 2009]. Disponible en: <http://avances.psiquiatriabiologica.org.co/vol3/articulos/articulo5.pdf>.
60. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* [internet]. 2005 [citado 30 ene 2009];1(2):125-137. Disponible en: [http://ciruelo.uninorte.edu.copdfsalud\\_uninorte218\\_La%20Calidad%20de%20Vida.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.copdfsalud_uninorte218_La%20Calidad%20de%20Vida.pdf).
61. Beniamini Y et al. Effects of high-intensity strength training on quality-of-life parameters in cardiac rehabilitation patients. *Am J Cardiol*. 1997;80(7):841-6.
62. Márquez S et al. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardíaca en el Sistema Nacional de Salud español: la rehabilitación cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56(8):775-82.
63. De la Torre S. Dimensión emocional y estilos de vida. En: Los canales transmisores de dicha cultura [internet]. 1997 [citado 25 sep 2009]. Disponible en: [http://www.ub.es/sentipensar/pdf/dimension\\_emocional.pdf](http://www.ub.es/sentipensar/pdf/dimension_emocional.pdf).
64. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol*. 2003;35(2):161-4.
65. Fernández-Abascal EG, Martín Díaz MD, Domínguez Sánchez FJ. Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. 2003;15(4):615-30.
66. Alarcón Velandia R, Ramírez Vallejo E. Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular II: consideraciones sobre el tratamiento. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2006;35(3):362-79.
67. Espejo Baquero A. Efectos cardiovasculares del programa de rehabilitación cardíaca de la Fundación Santafé de Bogotá en pacientes revascularizados miocárdicos. [tesis de posgrado]. Bogotá: Universidad del Bosque; 1996.
68. Márquez S. Beneficios psicológicos de la actividad física. *Rev Psicol Gen Apl*. 1995;48(1):185-206.
69. Lavie C, Milani R. Prevalence of hostility in young coronary artery disease patients and Effects of cardiac rehabilitation and exercise training. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(3):335-41.
70. Michie S et al. Cardiac rehabilitation: the psychological changes that predict health outcome and healthy behavior. *Psychology, Health & Medicine*. 2005;10(1):88-95.