

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Ana María Abreu Sánchez

Fecha de lectura: 20 de diciembre 2011

Bajo la dirección de los doctores:

**Ana María Carrasco González
José Luis Sánchez Ramos**

Huelva, 2012

**ISBN: 978-84-15633-91-4
D.L.: H 259-2012**

Tesis doctoral

Dña. Ana Abreu Sánchez

Calidad de vida, apoyo social, autoeficacia y necesidades percibidas en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva.

Calidad de vida, apoyo social, autoeficacia y necesidades percibidas en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva.



Directores:

Dr. D. José Luis Sánchez Ramos

Dra. Dña. Ana María Carrasco González

Huelva 2011

Universidad de Huelva. Departamento de Enfermería



Calidad de vida, apoyo social, autoeficacia y necesidades percibidas en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva.

Directores:

Dra. Dña. Ana María Carrasco González
Dr. D. José Luis Sánchez Ramos

Dña. Ana Abreu Sánchez
Tesis doctoral
Huelva, Diciembre de 2011



El presente estudio ha sido financiado con una beca del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e innovación. Proyecto FIS: PI070511.

A Manuel y Teresa, mis padres. A Ana y Paula, mis hijas.

Mi calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Son muchos y merecidos,

En primer lugar a los profesores Dra. Dña. Ana María Carrasco González y Dr. D. José Luis Sánchez Ramos codirectores de mi tesis. Sin vuestra ayuda no habría sido posible la realización de la misma. Gracias por tanto tiempo de dedicación, por vuestra confianza en mí, por vuestro ánimo, amistad, interés y apoyo.

Gracias a la Unidad de Hospitalización, a su Jefe de Servicio y al Hospital, que me han facilitado durante todo este tiempo el acceso a los pacientes. A los pacientes y a sus familias, verdaderos protagonistas de esta investigación, por su inestimable colaboración. Agradezco también a todas las personas que durante mi etapa de enfermera asistencial, me enseñaron tanto de la vida, de la salud y de la enfermedad, despertando en mí la necesidad de llegar hasta aquí.

A Teresa y Manuel, mis padres. Por vuestra paciencia, generosidad y respeto. Por estar siempre cerca sin esperar nada. Gracias por todo.

A Ana y Paula, mis niñas cuando empecé este camino, mujeres hoy. Gracias por vuestra ayuda y comprensión, por tantos ratos robados, y por entender siempre, qué es lo más importante en mi vida.

A Salva. Gracias por tu presencia y compañía, tu templanza y tu comprensión. Sin tus cuidados me habría costado mucho más.

A Maite y Manuela, mis hermanas. Gracias por entender mis ausencias y por haber suplido mis faltas. Sin que hubiérais estado ahí, habría sido más difícil.

A mis amigas. A Margarita, por su amistad, su ayuda y apoyo en el proyecto. Gracias por haber estado junto a mí en todo el camino sin olvidarte ni un solo día. A Macarena. Gracias por seguir en el mismo lugar de siempre, sin cansarte de esperar. A Paloma, por su ayuda, impulso, y entusiasmo. Gracias por facilitar que este trabajo esté ahora en mis manos.

A mis compañeros de la Universidad y del Hospital, a todos aquellos

profesionales que a lo largo de estos años, han colaborado de algún modo en este trabajo.

Al Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y competitividad, por haber becado este proyecto. Y en dicho proyecto, gracias a mi compañera Margarita por su colaboración incondicional. Y a Margarita y Mari Carmen por vuestra profesionalidad e inestimable ayuda en la confección y desarrollo de las entrevistas en profundidad.

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) constituyen la principal causa de muerte en el mundo y suponen un grave problema de salud pública y un objetivo de salud por la alta morbilidad y mortalidad que ocasionan, así como por los elevados costes que de ellas se derivan. No se debe olvidar que más personas mueren anualmente por enfermedad cardiovascular que por cualquier otra causa (OMS, 2011). Según la OMS, se estima que 17,1 millones de personas murieron a causa de enfermedades cardiovasculares en el año 2004, lo que representó el 29% de las muertes globales.

En las próximas décadas se prevé que las enfermedades cardiovasculares serán asimismo las responsables de la primera causa de mortalidad y de años de vida perdidos, ajustados por discapacidad en todo el mundo. Para el año 2030, casi 23,6 millones de personas morirán a causa de enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares y estos últimos se mantendrán como la principal causa de muerte (Guterman & Gaede, 2011; OMS, 2011).

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011), en el año 2009 las enfermedades del sistema circulatorio fueron responsables del 31,2% del total de las defunciones (120.053 de un total de 384.933 defunciones). Concretamente, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho...) y las cerebrovasculares ocuparon el primer y segundo lugar en número de muertes (con 35.607 y 31.143 fallecidos, respectivamente). En las mujeres, el grupo de las enfermedades cerebrovasculares fue la primera causa de muerte, seguidas de las enfermedades isquémicas del corazón, mientras que en los hombres las isquemias cardíacas fueron la principal causa y las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el tercer lugar.

Los costes de las enfermedades cardiovasculares suponen 181.000 millones de euros al año en el conjunto de la Unión Europea. En España supone un coste de 7.100 millones de euros al año, representando la mayor carga económica. Unos 4.000 millones corresponden al gasto sanitario empleado en el tratamiento de la enfermedad y los 3.000 millones restantes soportan los

costes por las pérdidas de productividad debido a enfermedad o mortalidad prematura y el cuidado prestado a enfermos (Luengo, Leal, Gray, Petersen, & Rayner, 2006).

Por otro lado, es cierto que la supervivencia de los pacientes después de un infarto de miocardio (IM) está aumentando gracias a los avances tecnológicos y a los nuevos tratamientos, pero dicho aumento en la supervivencia de los pacientes no implica que éstos hayan recuperado la capacidad física, psíquica o social para satisfacer sus necesidades. Después de sufrir un infarto de miocardio, los pacientes pueden presentar distintos niveles de dependencia de los profesionales de salud y servicios sanitarios o de cuidadores informales. En la medida en que persista esta situación de discapacidad será preciso elaborar estrategias de cuidados diferenciadas con objeto de que las personas mantengan una adecuada calidad de vida (CV).

La introducción teórica de la presente investigación arranca con un abordaje introductorio de la magnitud de las enfermedades cardiovasculares como problema sanitario y económico, ya expuesto. Asimismo, se hace un recorrido por los diversos factores de riesgo, tanto conductuales como psicosociales, de las enfermedades cardiovasculares. Se comentan las iniciativas españolas y europeas para afrontar las enfermedades cardiovasculares y se especifican determinadas particularidades de la enfermedad cardiovascular que son necesarias tener en cuenta para el abordaje de las mismas. Se cierra este bloque de las enfermedades cardiovasculares exponiendo las principales novedades en las guías de práctica clínica y en los tratamientos de dichas enfermedades.

La cardiopatía isquémica es prevenible de forma integral, es decir, desde antes de su ocurrencia y una vez que ha ocurrido, son prevenibles sus impactos negativos. Por ello se dedica especial atención a las estrategias de prevención, intervención y seguimiento. Se aborda el papel de la prevención primaria y secundaria en las enfermedades cardiovasculares y se describen distintos programas de intervención comunitaria que se han realizado teniendo en cuenta que ciertos estilos de vida, más que la predisposición genética, podrían ser la causa más importantes de la mayoría de muertes por enfermedad coronaria. Mención especial merecen los programas de rehabilitación cardíaca (RC) por el importante papel que desempeñan en la

mejora de la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio. Son expuestos diversos estudios que demuestran la eficacia de la rehabilitación cardíaca como medida de prevención secundaria para recuperar el bienestar y mejorar las condiciones físicas, psicológicas y sociales de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y de sus respectivas familias. Finalmente, se cierra el bloque dedicado a la prevención describiendo la situación de la prevención de la enfermedad cardiovascular en los últimos años y la lenta implementación de las estrategias de prevención, a pesar de ser tan necesarias.

El análisis del papel que ejerce la calidad de vida en el proceso de recuperación del paciente que ha sufrido un infarto de miocardio constituye una de las piedras angulares de la presente investigación. Se analiza la calidad de vida como indicador del bienestar integral de las personas con enfermedad cardiovascular. Concretamente, se hace alusión a la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)*, término relacionado con «estado de salud» y «salud autopercibida» y que representa el efecto funcional de la enfermedad y de su tratamiento sobre el paciente tal como es percibido por éste. Asimismo, se hace un recorrido por los distintos instrumentos que existen para medir la calidad de vida, haciendo especial hincapié en el utilizado en la presente investigación, el denominado “Cuestionario español de Calidad de Vida en pacientes postinfarto” (Velasco, del Barrio, Mestre, Penas & Ridocci, 1993).

El grado de éxito conseguido con los pacientes en la mejora de su calidad de vida y en la percepción de bienestar que ellos alcancen será proporcional a la efectividad de las intervenciones elegidas. Para ello, se hace necesario seleccionar las intervenciones basadas en la evidencia más adecuadas al problema que se desea solucionar, y seguir las recomendaciones de expertos. Por consiguiente, se ha descrito de manera detallada los cuidados profesionales a los pacientes con enfermedades cardiovasculares y la situación de los pacientes postinfarto según la evidencia científica.

Tradicionalmente, en los estudios realizados en el campo de la salud ha primado el uso de métodos cuantitativos, pero en los últimos años las publicaciones de investigaciones cualitativas en revistas del ámbito sanitario han aumentado. En el ámbito de las ciencias de la salud, cada vez es más

utilizada la investigación cualitativa, ya sea de manera aislada, o bien combinada con los métodos cuantitativos, ya que dicha complementariedad aumenta la comprensión de la realidad estudiada y permite abordarla desde múltiples perspectivas. Por ello se ha dedicado en la introducción un bloque a la investigación cualitativa en el ámbito de la salud, destacando la importancia de la misma y realizando un recorrido por los principales métodos y técnicas de investigación cualitativa, haciendo especial hincapié y explicando de manera detallada el enfoque fenomenológico, tomado como referente al realizar el estudio cualitativo de la presente investigación. El bloque dedicado a la investigación cualitativa se cierra con el apartado referente a los criterios de calidad en la investigación cualitativa.

Durante mucho tiempo el pronóstico a largo plazo de la cardiopatía isquémica, y en concreto del Infarto de miocardio, se ha medido en términos de mortalidad, morbilidad, función ventricular o grado funcional, entre otros. Hoy día se considera necesario que además deben realizarse medidas que evalúen la dependencia, incapacidad, felicidad, relación con el entorno, es decir, medidas de calidad de vida relacionada con la salud (Brotons & Permanyer, 1997; Dixon, Lim, & Heller, 2001). Como han apuntado diversos autores (Hoffmann, Pfiffner, Hornung, & Niederhauser, 1995; Roebuck, Furze, & Thompson, 2001), es preciso realizar un seguimiento interdisciplinar a los pacientes tras un infarto de miocardio, tan pronto como sea posible, con objeto de promover en ellos la recuperación y mejorar su calidad de vida.

El presente trabajo, además de realizar dicho seguimiento durante siete años, se ha centrado en analizar la influencia que sobre la calidad de vida de dichos pacientes tienen determinados factores sociodemográficos (edad, género, nivel de estudios, posición socioeconómica, entre otros), así como la percepción de apoyo social (AS) y las creencias de autoeficacia (AE). Se ha considerado de interés analizar esta dos últimas variables dado que el proceso de recuperación del paciente, las alteraciones que pueden presentar los pacientes tras un infarto pueden diferir según la red de apoyo sociofamiliar, el nivel de apoyo social percibido y las expectativas de autoeficacia del paciente, entre otros aspectos psicosociales. La percepción de apoyo social y las características de la red social de la persona que ha sufrido un infarto, ocupan un papel cada vez más relevante y de vital

importancia en la recuperación de las enfermedades coronarias, habiendo sido considerado el apoyo social limitado, un factor de riesgo (FR) asociado a una recuperación insuficiente en los pacientes con infarto de miocardio. Asimismo, la percepción de autoeficacia se ha considerado como una variable mediadora de la mejora de la calidad de vida de los pacientes, reforzando la autoestima y motivando la implicación en las conductas saludables, lo que puede dar lugar a una mejor integración social y a una más rápida recuperación.

Por todo ello, es necesario estudiar en profundidad, y el presente trabajo así lo pretende, la calidad de vida en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio y la relación de la misma con determinadas variables sociodemográficas y psicosociales.

Además, los expertos aconsejan que se evalúen las necesidades de actuaciones en la prevención, promoción y control de la salud determinando perfiles de riesgo en la enfermedad cardiovascular para obtener mayores beneficios en los pacientes, y subrayan la necesidad de crear estrategias personalizadas en la prevención de los infartos de miocardio, así como cubrir el vacío de educación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003; Velasco et al., 2000). En este sentido, los cuidados enfermeros suponen un importante recurso para los Sistemas Sanitarios, de un lado, por el enfoque integral ante los problemas de las personas que es inherente al paradigma de la disciplina enfermera (persona- salud- cuidados- entorno). De otro lado, porque la propia metodología de trabajo enfermero permite mediante los planes de cuidados valorar y monitorizar al paciente en cualquier etapa del proceso (asistencia especializada, primaria, domiciliaria) para poder aplicar programas de cuidados o intervenciones enfermeras específicos según los problemas detectados, con el objetivo de ayudar a las personas a recuperar su salud y favorecer la autonomía e independencia bien sea dentro de un equipo multidisciplinar, o con un trabajo individual con el paciente y su familia o con grupos de personas (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2005). Se pretende que las personas mejoren su calidad de vida, es decir que sientan bienestar y autosatisfacción en el desarrollo de sus roles y relaciones, según sus expectativas y su entorno, sin estar negativamente influidos por las repercusiones de la enfermedad, y se pretende también que valoren como

positivo su estado de salud.

La presente tesis doctoral tiene como principal objetivo, el estudio de la calidad de vida en un grupo de pacientes supervivientes a un infarto agudo de miocardio pertenecientes a un área sanitaria de la provincia de Huelva. Concretamente se ha centrado en analizar la evolución de la calidad de vida de dichos pacientes desde los seis meses del episodio coronario hasta transcurridos siete años y medio después del mismo. También ha pretendido analizar la influencia que sobre la calidad de vida de dichos pacientes tienen determinados factores sociodemográficos, la percepción de apoyo social y las creencias de autoeficacia. Además, se ha profundizado en los sentimientos y sensaciones de los pacientes, en sus vivencias sobre la enfermedad y en sus necesidades.

La presente investigación se trata de un estudio longitudinal, cuya recogida de datos se ha realizado en tres fases: Fase I: momento en el que se realizó la primera recogida de datos, transcurridos entre 6 y 12 meses del infarto de miocardio (IM); Fase II: periodo en el que se efectuó la segunda recogida de datos sobre la Calidad de vida de los pacientes participantes en la primera fase, una vez pasados entre 2 años y 2,5 años del infarto y Fase III: momento en el que se efectuó la tercera recogida de datos y con una distancia de 7 años y 7,5 años del infarto.

Para alcanzar los objetivos planteados se ha utilizado tanto una metodología cuantitativa como cualitativa. A través del método cuantitativo se ha pretendido analizar la influencia que sobre la calidad de vida de dichos pacientes tienen determinados factores sociodemográficos y las variables psicosociales, percepción de apoyo social y creencias de autoeficacia. Mediante el método cualitativo basado en la fenomenología, se ha pretendido conocer las percepciones y vivencias de los pacientes después de un infarto, así como sus problemas, experiencias y necesidades de salud percibidas desde que sufrieron el infarto.

La muestra procede de los 108 pacientes ingresados entre el 1 de febrero al 31 de agosto de 2001 en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital de la provincia de Huelva, diagnosticados de un primer infarto agudo de miocardio. Para las entrevistas en profundidad los pacientes se seleccionaron

de la misma cohorte.

Las variables consideradas en el estudio cuantitativo se concretan en las siguientes, así como los instrumentos utilizados para la recogida de información de cada una de ellas:

- a) Calidad de vida relacionada con la salud: para su valoración se ha utilizado el Cuestionario Español de Calidad de vida en Pacientes Postinfarto (Velasco et al., 1993) con el propósito de disponer de una medida específica de calidad de vida para los pacientes postinfarto adaptada a nuestro contexto cultural. El cuestionario elaborado consta de 40 ítems agrupados en 9 áreas temáticas, Salud, Sueño-descanso, Comportamiento emocional, Proyectos de futuro, Movilidad, Relaciones sociales, Comportamiento de alerta, Comunicación y Tiempo de ocio y trabajo.
- b) Apoyo social percibido: para su valoración se ha utilizado la Escala de Apoyo Social Funcional Duke-UNK modificada por Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan (1988) que ha tenido un proceso de adaptación cultural y ha sido validada por Revilla et al. (1991), mostrando ser apto para su uso en nuestro contexto. Es un cuestionario de autoevaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ayudarlo ante dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva.
- c) Creencias de autoeficacia: Para su medida se ha utilizado la Escala de Autoeficacia General adaptada a la población española por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000), tras un proceso de validación en la que mostró una fiabilidad muy elevada, con una consistencia interna obtenida ($\alpha=0,87$) así como la correlación entre dos mitades (0,88).
- d) Variables sociodemográficas: Sexo, edad, actividad laboral, nivel de estudios, nivel de ingresos económicos anuales, lugar de residencia, tipo de convivencia y estado civil.

En el estudio cualitativo las herramientas utilizadas para la obtención de los datos fueron la entrevista en profundidad, la entrevista semiestructurada, la observación no participante y el cuaderno de recogida de campo o diario de campo que nos permitiría conocer lo que la gente hace, piensa y sabe. En

concreto, se ha efectuado una entrevista estructurada para la obtención de los datos sociodemográficos, una entrevista en profundidad para conocer y profundizar, valga la redundancia, sobre el objeto de nuestro estudio y un Guión de temas, que nos ha servido para efectuar otra entrevista al paciente, en este caso semiestructurada. Dicho Guión de temas ha sido útil para reconducir la entrevista y explorar todas las áreas necesarias, o bien para dirigirnos a preguntar sobre otras cuestiones, actuando siempre como hilo conductor de la entrevista en profundidad.

El procedimiento seguido para la recogida de datos en las tres fases del estudio cuantitativo se detalla a continuación: una vez aprobado el proyecto de la presente investigación por el Comité Ético y de Ensayos Clínicos de la provincia, se localizó a los pacientes por teléfono y se les explicó el propósito del estudio solicitando su participación y explicando nuestra disponibilidad a lo largo de todo el proceso. A aquellos que aceptaron participar se les envió por correo y con previa autorización de los autores, los diversos instrumentos mencionados una vez transcurridos seis meses de haber sufrido un episodio de infarto de miocardio, período que la mayoría de los autores indican como el más adecuado para efectuar una primera determinación de la calidad de vida postinfarto.

El procedimiento seguido para realizar el estudio cualitativo es el siguiente: En un primer momento, se solicitó permiso al comité ético de investigación de la provincia y, una vez aprobado, se confeccionó el cuaderno del investigador. Se siguieron en todo momento las normas de la Declaración de Helsinki.

Se comenzó contactando por teléfono con los 5 primeros pacientes y se les solicitó nuevamente ser visitados para efectuarles una entrevista en profundidad. Se les explicó que se pretendía conocer sus vivencias y experiencias acerca de su enfermedad, y si tenían algunas necesidades o problemas relacionados con dicha enfermedad, y que esta entrevista era la continuidad de la parte anterior del trabajo en el que habían colaborado con nosotros y que era muy importante para nosotros saber lo que podían decirnos acerca de todo ello. Se les recordó acerca de la privacidad y confidencialidad que seguirían todos los datos y grabaciones, y que los fragmentos que fuera necesario utilizar de sus entrevistas se tratarían de manera anónima, siendo conocidos únicamente por los investigadores del

presente estudio. Todos los pacientes que telefoneamos accedieron a colaborar.

Los encuentros para efectuar las entrevistas se realizaron en el domicilio de los pacientes, porque, por un lado, todos ellos, tras ser preguntados, encontraban más cómodo que los visitáramos en su domicilio y, por otro lado, porque los investigadores deseábamos llevar a cabo una observación no participante y, por tanto, visitar a los pacientes en su propio entorno nos permitiría añadir datos sobre el contexto a nuestro cuaderno de campo. Así pues, una vez convenido el día y la hora que mejor les venía a los pacientes, les visitamos en su domicilio para efectuar las entrevistas donde se les volvió a informar de los propósitos del estudio, se les leyó y entregó el consentimiento informado para que leyeran por escrito lo que les habíamos explicado respecto a la libertad para pertenecer al estudio, la retirada de él, el uso de las transcripciones de su grabaciones de voz y los miembros del equipo que conocería sus datos. Se les explicó además que en todo momento prevalecerían los derechos del paciente, el principio de confidencialidad y el anonimato.

Los datos de la parte cuantitativa del trabajo, han sido tratados estadísticamente mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Se han utilizado técnicas de análisis univariadas y bivariadas. En concreto, se utilizaron medidas de frecuencia y prevalencia para conocer la ocurrencia de ciertas características sociodemográficas, de la calidad de vida global, y de las áreas de calidad de vida que componen el cuestionario utilizado, y se efectuaron dichas mediciones en cada fase del estudio. En la Fase III se efectuaron además mediciones de la autoeficacia de los pacientes y de su apoyo social percibido. Se efectuaron medidas de tendencia central como la mediana, media y moda, medidas de posición: cuartiles y percentiles. Para definir la variabilidad de dichos valores numéricos, se utilizaron las medidas de dispersión siguientes: rango, desviación típica, varianza y coeficiente de variación, para un Intervalo de confianza de un 95%.

Se realizó un análisis descriptivo y comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud, según diversas características sociodemográficas mediante las pruebas de la t de Student o ANOVA. Sin embargo, dado el tamaño muestral disponible, el análisis estadístico de los datos cuantitativos

obtenidos de la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con los aspectos sociodemográficos, el apoyo social y la autoeficacia se efectuó con procedimientos que minimizaran el número de subgrupos a formar, utilizando métodos no paramétricos, como las pruebas apareadas de Wilcoxon, Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis cuando no se cumplían las condiciones de validez de los procedimientos habituales para la comparación de medias. Se efectuaron también correlaciones de la calidad de vida y de las áreas temáticas de calidad de vida entre sí en las tres fases, y para conocer cómo había evolucionado la calidad de vida global y las áreas de calidad de vida a lo largo de las tres fases, se efectuó un análisis apareado entre fases, es decir, se apareó y comparó a cada paciente consigo mismo a lo largo de las tres fases.

Para determinar la fuerza de asociación existente entre variables con una distribución normal en la población, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, y en el caso de que la distribución no fuera normal, el coeficiente de medida de la fuerza de correlación utilizado sería el de Spearman. Las variables cualitativas se expresaron como número y porcentaje, y la comparación entre ellas se realizó mediante la prueba de la χ^2 . Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Con la intención de conocer si la calidad de vida, el apoyo social, o la autoeficacia están interrelacionadas entre sí, o si dichas variables (consideradas como dependientes o de resultado) están influenciadas por las variables sociodemográficas estudiadas y en ese caso cuantificar el grado de relación existente, se ha efectuado un análisis aplicando técnicas de regresión lineal simple o múltiple entre las variables expuestas, en función de que hubiera una o más de una variable independiente o predictora.

Para la parte cualitativa, se eligió la perspectiva fenomenológica descriptiva e interpretativa, al considerar que era la metodología cualitativa más adecuada para el propósito de esta parte del trabajo: conocer los problemas de los pacientes y la percepción que tenían de sus necesidades y sus alternativas a la atención sociosanitaria recibida desde que sufrieron el Infarto de miocardio. La información ha sido recogida mediante entrevistas profundas mantenidas personalmente con los pacientes, siendo el análisis de contenido y del discurso, así como el análisis categorial, las técnicas utilizadas para analizar

dicha información. El software de apoyo en el análisis cualitativo ha sido el ATLAS.ti v. 5.6.

Algunos de los principales resultados obtenidos se concretan en los siguientes:

- El perfil sociodemográfico de los pacientes participantes en el estudio es el siguiente: la mayoría de pacientes son hombres, con una media de edad de 67,7 años, casados, en situación de inactividad laboral, con un bajo nivel de estudios e ingresos y procedentes del medio rural. La calidad de vida de estos pacientes a los 6-12 meses del infarto (Fase I) fue la que mostró peores niveles de afectación respecto a las dos mediciones posteriores. Sin embargo, la calidad de vida percibida por los pacientes experimentó una recuperación a los 2 años y 2,5 años del infarto (Fase II) respecto a la medición inicial en la Fase I, para empeorar de nuevo finalmente a los 7 y 7,5 años (Fase III), sin llegar a superar los niveles de afectación iniciales.
- Las áreas de calidad de vida que, según los pacientes, se han visto más afectadas a lo largo de los años han sido, por este orden: Tiempo de ocio y trabajo, Salud, Comportamiento emocional y, por último, empeoró muy discretamente el área de Movilidad. Por el contrario, en la Fase III se hallaron mejorías significativas en las áreas de Comportamiento de alerta y de Proyectos de futuro, respecto a la Fase I.
- Los aspectos concretos de salud alterados en los pacientes postinfarto a nivel físico, emocional o social fueron la reducción del número de salidas fuera de casa, el no poder caminar distancias tan largas, el descenso de su actividad sexual, el tipo de trabajo más liviano o ligero que desarrollaban, el deseo de no trabajar más, la mayor dedicación a pasatiempos en vez de a actividades físicas, y reaccionar con mayor nerviosismo o inquietud que antes.
- Al analizar la calidad de vida en función del género, se ha hallado que los hombres percibían tener una peor calidad de vida global y una mayor alteración de las dimensiones de salud que las mujeres a lo largo de todo el estudio. No obstante, los hombres se estabilizaron y mejoraron discretamente a lo largo del tiempo. Las mujeres, por el contrario, mostraron un empeoramiento de su calidad de vida global y de las

diferentes áreas a lo largo del estudio, de tal modo que en la Fase III mostraron una importante afectación en las áreas de salud, aspecto emocional, movilidad, futuro y ocio y trabajo.

- Aunque la actividad sexual tras el infarto se reduce tanto en hombres como en mujeres, en la fase inicial del estudio el ítem relativo a la actividad sexual ("He descendido mi actividad sexual por mi problema coronario") destacó por manifestarse más afectado o alterado en hombres que en mujeres.
- Las personas que permanecían incorporadas al trabajo durante las fases del estudio, mostraron una progresiva mejoría de su calidad de vida frente a quienes estaban retirados del trabajo.
- En cuanto a la posición socioeconómica, los pacientes con rentas menores de 9000 €/año presentaban una peor calidad de vida global y una mayor afectación de las áreas que los pacientes con rentas superiores a 9000 €/año a lo largo de las tres fases del estudio.
- Los pacientes que viven en un pueblo perciben tener una mejor calidad de vida global y de sus respectivas áreas que quienes viven en la ciudad. Los pacientes que viven en la ciudad presentaron un mayor empeoramiento en las áreas Proyectos de futuro, Comportamiento de alerta y Comunicación.
- Los pacientes que vivían sin pareja presentan a los 7 años y 7,5 años del infarto una mayor afectación de su calidad de vida y un mayor número de áreas afectadas que quienes convivían con pareja.
- El aumento de la autoeficacia implicaba una mejora de la calidad de vida y de sus áreas. Es decir, al mejorar la autoeficacia mejoraba la calidad de vida percibida y las áreas de calidad de vida. La influencia ejercida por la autoeficacia sobre la calidad de vida global y sobre las áreas de Proyectos de futuro y sobre las Relaciones sociales era especialmente importante; llegamos a encontrar que dicha influencia de la autoeficacia rondaba el 50% de variabilidad. Es decir, hasta un 50% de mejoría en la calidad de vida y en las dos áreas mencionadas podíamos encontrar al mejorar la auteficacia.
- En ocasiones los pacientes no reconocían que les faltara información o

que dicha información tuviera la capacidad de mejorar su calidad de vida debido a que el desconocimiento sobre ciertos temas era tan rotundo que ignoraban que pudieran obtener alguna información.

Las principales conclusiones se concretan en las siguientes:

- En todo el proceso de seguimiento, casi la mitad de los pacientes ha presentado un nivel moderado de afectación de su calidad de vida tras el infarto de miocardio. Aunque dicho nivel de afectación no ha pasado a un peor estadiaje en todo el seguimiento, tampoco ha mejorado.
- Los pacientes con una peor calidad de vida son hombres, con bajo nivel de estudios, que viven en la ciudad, que viven solos, con una baja posición económica y que se encuentran inactivos laboralmente.
- Los pacientes menores de 65 años retirados del trabajo perciben tener una calidad de vida de vida deficiente y peor que los pacientes menores de 65 años activos laboralmente. Dicha inactividad laboral podría ser el origen de problemas emocionales, de relación, de perspectivas respecto al futuro, de alerta y de comunicación, o al menos podría generar un descontento o insatisfacción y alterar el terreno personal y familiar
- El nivel de calidad de calidad de vida que pueden presentar los pacientes tras un infarto pueden diferir según la red de apoyo sociofamiliar, el nivel de apoyo social percibido y las expectativas de autoeficacia del paciente.
- El apoyo social funcional (AS), el apoyo social confidencial (ASC), y el apoyo social afectivo (ASA) influyen de manera significativa sobre la calidad de vida global y sobre determinadas áreas de calidad de vida, como son Relaciones sociales, Comunicación y Tiempo de ocio y trabajo.
- El problema más frecuente mencionado por los pacientes fue el tener conocimientos deficientes sobre la enfermedad. Este problema afectaba a todas las áreas, lo que implicaba que los problemas de actividad, de sedentarismo, de desempeño del rol y la interacción social, el manejo del régimen terapéutico, la sexualidad, el afrontamiento y la autopercepción estaban relacionados con un conocimiento inadecuado en mayor o menor medida.
- Los pacientes manifestaban quejas e insatisfacción con el seguimiento y

con las citas de la asistencia sanitaria especializada después de haber sido dados de alta. Si bien es cierto que en algunos casos dicho descontento estaba justificado, en otros casos los pacientes tenían falsas creencias sobre cómo debía ser el seguimiento después del alta y quién debía realizarlo. Confiaban menos en la atención primaria o en otros profesionales que no fueran sus cardiólogos.

Con la información obtenida se ha pretendido proponer alternativas o sugerencias de intervención, de atención y de cuidados a pacientes.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	11
1.1.	LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: MAGNITUD DEL PROBLEMA.....	11
1.2.	LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES	14
1.2.1.	<i>Los factores de riesgo conductuales</i>	17
1.2.2.	<i>Factores de riesgo psicosociales</i>	28
1.2.3.	<i>Otros factores de riesgo cardiovascular</i>	44
1.3.	INICIATIVAS ESPAÑOLAS Y EUROPEAS PARA AFRONTAR LAS ECV	45
1.4.	ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO	49
1.4.1.	<i>Prevención primaria y prevención secundaria</i>	52
1.4.2.	<i>Programas de intervención comunitaria.</i>	53
1.4.3.	<i>Programas de Rehabilitación Cardíaca</i>	54
1.4.4.	<i>Situación de la prevención de la enfermedad cardiovascular.....</i>	61
1.4.5.	<i>La lenta implementación de las estrategias de prevención</i>	62
1.5.	PARTICULARIDADES DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	65
1.6.	NOVEDADES EN LAS GUÍAS Y EN LOS TRATAMIENTOS	72
1.7.	CALIDAD DE VIDA COMO INDICADOR DEL BIENESTAR INTEGRAL DEL PACIENTE CORONARIO	74
1.7.1.	<i>Calidad de vida relacionada con la salud.....</i>	75
1.7.2.	<i>La evaluación de la calidad de vida e instrumentos de medida.....</i>	77
1.8.	CUIDADOS AL PACIENTE CORONARIO: ENFERMERÍA Y EVIDENCIA CIENTÍFICA.....	80
1.8.1.	<i>Clasificación de los estudios de investigación según la evidencia científica ...</i>	82
1.8.2.	<i>Situación de los pacientes coronarios según la evidencia científica</i>	84
1.9.	LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.....	108
1.9.1.	<i>Importancia de la investigación cualitativa en el campo de la salud</i>	108
1.9.2.	<i>Investigación cualitativa: delimitación conceptual y características.....</i>	113
1.9.3.	<i>Tipos y métodos de investigación cualitativa</i>	115
1.9.4.	<i>Fenomenología e investigación cualitativa.....</i>	12615
1.9.5.	<i>Aspectos básicos sobre el análisis de datos cualitativos.....</i>	126
1.9.6.	<i>Fenomenología hermenéutica según Max van Manen.....</i>	128
1.9.7.	<i>Criterios de calidad en la investigación cualitativa.....</i>	133
1.10.	JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	138
2.	OBJETIVOS.....	193
2.1.	OBJETIVOS GENERALES	193
2.1.1.	<i>Objetivos específicos.....</i>	193

3. MATERIAL Y MÉTODOS	197
A. ENFOQUE CUANTITATIVO	197
3.1. DISEÑO	197
3.2. MUESTRA.....	198
3.2.1. Selección de la cohorte.....	199
3.3. INSTRUMENTOS Y VARIABLES	201
3.3.1. Calidad de vida relacionada con la salud	202
3.3.2. Apoyo social percibido.....	203
3.3.3. Expectativas de autoeficacia.....	205
3.3.4. Variables sociodemográficas.....	206
3.4. PROCEDIMIENTO.....	207
3.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	208
3.6. ANÁLISIS DE DATOS	209
B. ENFOQUE CUALITATIVO	212
3.7. CALIDAD Y RIGOR EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	216
3.8. LA ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	217
3.9. MUESTRA.....	218
3.10. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOGIDA DE DATOS.....	219
3.10.1. La entrevista en profundidad	220
3.11. PROCEDIMIENTO.....	229
3.12. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	231
3.12.1. Análisis de contenido.....	232
3.12.2. Análisis del discurso.....	235
3.12.3. Análisis temático	237
3.13. PROCESO DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS	238
4. RESULTADOS.....	247
A. RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	247
4.1. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA	247
4.1.1. Fase I	247
4.1.2. Fase II	248
4.1.3. Fase III	248
4.2. CALIDAD DE VIDA	249
4.2.1. Análisis de la CV en las tres fases del estudio.....	249

4.2.2.	<i>Niveles de afectación de la CV en las tres fases del estudio</i>	250
4.2.3.	<i>Evolución y diferencias de CV en las tres fases del estudio.....</i>	252
4.2.4.	<i>Áreas de CV en las tres fases del estudio</i>	254
4.2.5.	<i>Evolución de los ítems de CV en las tres fases del estudio</i>	258
4.2.6.	<i>Factores que afectan a la CV</i>	261
4.3.	APOYO SOCIAL.....	306
4.3.1.	<i>Factores sociodemográficos y Apoyo social.....</i>	307
4.3.2.	<i>Influencia conjunta de todos los factores en el Apoyo social.....</i>	311
4.4.	AUTOEFICACIA GENERAL.....	313
4.4.1.	<i>Factores sociodemográficos y Autoeficacia.....</i>	313
4.4.2.	<i>Influencia conjunta de todos los factores en la Autoeficacia.....</i>	317
4.4.3.	<i>Influencia del Apoyo Social en la Autoeficacia.....</i>	318
4.5.	DETERMINANTES DE CALIDAD DE VIDA	318
4.5.1.	<i>Influencia del apoyo social en la calidad de vida</i>	319
4.5.2.	<i>Influencia de la autoeficacia en la calidad de vida</i>	322
4.5.3.	<i>Otros factores que influyen en la calidad de vida</i>	325
B.	RESULTADOS CUALITATIVOS	327
4.6.	ANÁLISIS SOCIODEMOCRÁFICO	327
4.7.	ANÁLISIS DE CONTENIDO CATEGORIAL	328
4.8.	ANÁLISIS CUALITATIVO TEMÁTICO FENOMENOLÓGICO	337
4.8.1.	<i>Realidad vivida: incertidumbre e inseguridad.....</i>	338
4.8.2.	<i>Percepción de la información recibida y modos de vida.</i>	349
4.8.3.	<i>Incumplimiento-creencias-elecciones: tomando decisiones</i>	358
4.8.4.	<i>El impacto emocional por los cambios y por la enfermedad</i>	366
4.8.5.	<i>Esquemas explicativos del análisis temático fenomenológico.....</i>	382
5.	DISCUSIÓN.....	389
5.1.	CALIDAD DE VIDA.....	389
5.2.	EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	391
5.3.	CALIDAD DE VIDA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS	402
5.4.	CALIDAD DE VIDA Y POSICIÓN SOCIOECONÓMICA.....	417
5.5.	CALIDAD DE VIDA, APOYO SOCIAL DISPONIBLE Y EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA.....	422
5.6.	LA EXPERIENCIA VIVIDA POR LOS PACIENTES CON SU ENFERMEDAD.....	430
5.7.	LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	444
6.	CONCLUSIONES.....	449

6.1.	CONCLUSIONES.....	449
7.	PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.	459
7.1.	PROGRAMAS E INTERVENCIONES CON IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	459
7.1.1	<i>Intervenciones para el control de los factores de riesgo</i>	460
7.1.2.	<i>Programas de RC: ejercicio e intervenciones psicosociales y educativas</i>	462
7.1.3.	<i>Intervenciones para el estrés y las alteraciones emocionales</i>	463
7.1.4.	<i>Intervenciones para mejorar la sexualidad del paciente coronario</i>	466
7.1.5.	<i>Intervenciones para mejorar el rol ocupacional.....</i>	468
7.1.6.	<i>Intervenciones para mejorar el rol personal</i>	469
7.1.7.	<i>Intervenciones para el bienestar general de los pacientes.....</i>	470
7.1.8.	<i>Intervenciones con las nuevas tecnologías.....</i>	474
7.2.	SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN	480
7.3.	LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	484
	REFERENCIAS	489
	ANEXO I: CUESTIONARIO ESPAÑOL DE CV EN PACIENTES POSTINFARTO (VELASCO COLS., 1993)	539
	ANEXO II: CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE DUKE- UNK (DE LA REVILLA Y COLS., 1991)	541
	ANEXO III: ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL, DE SANJUÁN Y COLS, 2000	543
	ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO	547
	ANEXO V: RESUMEN DE LA ENTREVISTA CUALITATIVA SEMIESTRUCTURADA	559
	ANEXO VII: ESQUEMAS Y GRÁFICOS DEL ANÁLISIS CATEGORIAL (NANDA)	561
	ANEXO VIII: GRÁFICOS DEL ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO	571
	ANEXO IX: RESUMEN DEL LISTADO DE CÓDIGOS, FAMILIAS, Y CATEGORIAS	583
	ANEXO X: PANTALLA DE LA UNIDAD HERMÉNÉUTICA DEL ATLAS.TI, EN EL ANÁLISIS CATEGORIAL	591
	ANEXO XI: GESTOR BIBLIOGRÁFICO REFWORKS 2.0.....	593
	ANEXO XII: CD CON LAS ENTREVISTAS CUALITATIVAS COMPLETAS.....	595

TABLAS

TABLA 1. CATEGORIZACIÓN DE LA EVIDENCIA.....	84
TABLA 2. NIVELES DE EVIDENCIA.....	84

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA EN LAS FASES I, II Y III	249
TABLA 4. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN LAS FASES I, II Y III	250
TABLA 5. DIFERENCIAS DE CALIDAD DE VIDA Y DE SUS ÁREAS ENTRE LAS FASES I-II, II-III Y I-III	254
TABLA 6. PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA EN LAS FASES I, II Y III	256
TABLA 7. AFECTACIÓN PORCENTUAL DE LAS ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA EN LAS FASES I, II Y III	256
TABLA 8. CORRELACIONES ENTRE LAS ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA EN LAS FASES I, II Y III	258
TABLA 9. PUNTUACIONES MEDIAS DE LOS ÍTEMS DE CV EN LAS FASES I, II Y III	261
TABLA 10. CV Y ÁREAS DE CV SEGÚN EL SEXO EN LAS FASES I, II Y III	263
TABLA 11. ÍTEMS DE CV EN FUNCIÓN DEL SEXO EN LAS FASES I, II Y III	266
TABLA 12. CV Y ÁREAS DE CV SEGÚN LA EDAD EN LAS FASES I, II Y III	268
TABLA 13. ÍTEMS DE CV EN FUNCIÓN DE LA EDAD EN LAS FASES I, II Y III	271
TABLA 14. CALIDAD DE VIDA Y ÁREAS SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL EN LAS FASES I, II Y III	273
TABLA 15. ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL EN LAS FASES I, II Y III	276
TABLA 16. CV Y ÁREAS EN PACIENTES <65 AÑOS SEGÚN SITUACIÓN LABORAL EN LAS FASES I, II Y III	279
TABLA 17. ÍTEMS DE CV EN PACIENTES <65 AÑOS SEGÚN SITUACIÓN LABORAL EN LAS FASES I, II Y III	282
TABLA 18. CALIDAD DE VIDA Y ÁREAS SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS EN LAS FASES I, II Y III	284
TABLA 19. ÍTEMS DE CV SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS EN LAS FASES I, II Y III	287
TABLA 20. CV Y ÁREAS SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS EN LAS FASES I, II Y III	289
TABLA 21. ÍTEMS DE CV SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS EN LAS FASES I, II Y III	292
TABLA 22. CV Y ÁREAS DE CV SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA EN LAS FASES I, II Y III	294
TABLA 23. ÍTEMS DE CV SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA EN LAS FASES I, II Y III	296
TABLA 24. CV Y ÁREAS DE CV SEGÚN EL TIPO DE CONVIVENCIA EN LA FASE III	297
TABLA 25. CV Y ÁREAS DE CV SEGÚN CONVIVENCIA “REAGRUPADA” EN LAS FASES I, II Y III	299
TABLA 26. ÍTEMS DE CV SEGÚN CONVIVENCIA “REAGRUPADA” EN LAS FASES I, II Y III	301
TABLA 27. CV Y ÁREAS DE CV SEGÚN EL ESTADO CIVIL EN LAS FASES I, II Y III	303
TABLA 28. ÍTEMS DE CV SEGÚN ESTADO CIVIL EN LAS FASES I, II Y III	306
TABLA 29. APOYO SOCIAL	307

TABLA 30. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y APOYO SOCIAL	308
TABLA 31. APOYO SOCIAL CONFIDENCIAL Y EDAD, ACTIVIDAD LABORAL Y LUGAR DE RESIDENCIA	312
TABLA 32. APOYO SOCIAL AFECTIVO, SEXO Y LUGAR DE RESIDENCIA	312
TABLA 33. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y AUTOEFICACIA	314
TABLA 34. AUTOEFICACIA Y TIPO DE CONVIVENCIA, EDAD, NIVEL DE ESTUDIOS Y ACTIVIDAD LABORAL	317
TABLA 35. APOYO SOCIAL CONFIDENCIAL, APOYO SOCIAL AFECTIVO Y AUTOEFICACIA.....	318
TABLA 36. APOYO SOCIAL Y CV Y ÁREAS DE CV	320
TABLA 37. APOYO SOCIAL CONFIDENCIAL Y CV Y ÁREAS DE CV.....	321
TABLA 38. APOYO SOCIAL AFECTIVO Y CV Y ÁREAS DE CV	322
TABLA 39. RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA Y CV Y ÁREAS	324
TABLA 40. CALIDAD DE VIDA, AUTOEFICACIA, APOYO SOCIAL, Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	326
TABLA 41. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA CUALITATIVA	327
TABLA 42. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	328
TABLA 43. PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS RETIRADOS DEL TRABAJO	328
TABLA 44. ESQUEMA DEL GUIÓN DE TEMAS BASADO EN LA TAXONOMÍA NANDA	330
TABLA 45. ESQUEMA DEL NIVEL 6: ACTIVIDAD/REPOSO SEGÚN EL GUIÓN DE TEMAS.....	330
TABLA 46. FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS POR PACIENTE DE LA MUESTRA.....	334
TABLA 47. FRECUENCIA DE CITAS EN LOS TEXTOS PARA CIERTOS DIAGNÓSTICOS.....	335
TABLA 48. RELACIONES ENTRE DÉFICIT DE CONOCIMIENTO Y OTROS DIAGNÓSTICOS.....	336

FIGURAS

FIGURA 1. FASES DE MEDICIÓN DE CV A LOS PACIENTES DESDE EL INFARTO	198
FIGURA 2. SELECCIÓN DE LA COHORTE Y CAMBIOS DESDE FEBRERO 2001 - JUNIO 2008	201
FIGURA 3. NIVELES DE AFECTACIÓN DE LA CV EN LAS FASES I, II Y III	252
FIGURA 4. AFECTACIÓN PORCENTUAL DE LAS ÁREAS DE CV EN LAS FASES I, II, III	257
FIGURA 5. AUTOEFICACIA Y CALIDAD DE VIDA	323
FIGURA 6- ESQUEMA GLOBAL: PACIENTES, DIMENSIONES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS.....	331
FIGURA 7. ESQUEMA GLOBAL DE TODAS LAS RELACIONES DE LA UNIDAD HERMENÉUTICA.....	332
FIGURA 8. ESQUEMA DE POSIBLES RELACIONES EN UN MISMO CÓDIGO.....	333
FIGURA 9. RELACIONES ENTRE CONOCIMIENTO DEFICIENTE Y OTROS DIAGNÓSTICOS	336
FIGURA 10. RELACIONES POSIBLES ENTRE SÍ DE PROBLEMAS EN UN PACIENTE.	337
FIGURA 10. ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO DEL CÓDIGO “INFORMACIÓN”	383
FIGURA 11. ESQUEMA DE TODOS LOS PACIENTES Y SUS CÓDIGOS.	384
FIGURA 12. ESQUEMA DE UN PACIENTE, SUS CÓDIGOS Y SUS CATEGORÍAS	385
FIGURA 13. UNIDAD HERMENÉUTICA “CUALITATIVA JULIO 2010” PARA EL ANÁLISIS TEMÁTICO.	386

I. INTRODUCCIÓN

1. Introducción

1.1. Las enfermedades cardiovasculares: magnitud del problema

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) constituyen un grave problema de salud pública y un objetivo de salud en el mundo por la alta morbilidad y mortalidad que ocasionan, así como por los elevados costes que de ellas se derivan.

Las enfermedades cardiovasculares se agrupan en enfermedades coronarias y enfermedades cerebrovasculares. Una publicación reciente de la Asociación Americana del Corazón (AHA; Roger et al., 2011) incide en algunos aspectos considerados básicos frente a estas enfermedades, y considera que si bien las tasas de mortalidad por causa cardiovascular han descendido, el riesgo de enfermedad continúa elevado y la prevalencia y el control de los factores de riesgo cardiovasculares siguen siendo un problema de salud a nivel mundial. En esta actualización de datos de 2011, la AHA incide en el problema de la obesidad y en su consideración de epidemia, y en que dicha consideración es el motivo de que se haya aumentado la cobertura para la enfermedad, sus antecedentes y consecuencias. Desde la AHA se incide también en la calidad asistencial en el campo cardiovascular, en los procedimientos y en los costes.

En efecto las enfermedades cardiovasculares suponen un grave problema de salud pública, al ser la principal causa de muerte en el mundo. No se debe olvidar que más personas mueren anualmente por enfermedad cardiovascular que por cualquier otra causa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).

Según la OMS, se estima que 17,1 millones de personas murieron a causa de enfermedades cardiovasculares en el año 2004, lo que representó el 29% de las muertes globales. De estas muertes, se calcula que 7,2 millones se debieron a la cardiopatía coronaria y 5,7 millones a los accidentes vasculares cerebrales (AVC). Los países con menores recursos económicos se ven desproporcionadamente afectados: el 82% de las muertes por enfermedad cardiovascular se producen en dichos países y afectan por igual a hombres y mujeres (OMS, 2011).

En las próximas décadas, las enfermedades cardiovasculares serán asimismo las responsables de la primera causa de mortalidad y de años de vida perdidos, ajustados por discapacidad en todo el mundo. Para el año 2030, casi 23,6 millones de personas morirán a causa de enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Estos últimos se mantendrán como la principal causa de muerte y el mayor incremento porcentual se producirá en la Región del Mediterráneo Oriental. El mayor incremento en el número de muertes se producirán en la Región de Asia Sudoriental (Guterbaum & Gaede, 2011; OMS, 2011).

Según el Instituto Nacional de Estadística [INE] (2011), en el año 2009 en nuestro país, las enfermedades del sistema circulatorio fueron responsables del 31,2% del total de las defunciones (120.053 de un total de 384.933 defunciones) siendo el patrón de mortalidad similar al de años anteriores. Concretamente, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho,...) y las cerebrovasculares volvieron a ocupar el primer y segundo lugar en número de muertes (con 35.607 y 31.143 fallecidos, respectivamente). La cifra por género es la que sigue: en mujeres, el grupo de las enfermedades cerebrovasculares fue la primera causa de muerte en 2009 (con un 2,4% menos de fallecidas que el año anterior), seguidas de las enfermedades isquémicas del corazón (un 1,6% menos). En hombres en 2009 las isquemias cardíacas fueron la principal causa (con un descenso del 0,4% respecto al año anterior) y las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el tercer lugar (un 1,8% menos que el año anterior).

Los costes de las enfermedades cardiovasculares suponen 181.000 millones de euros al año en el conjunto de la Unión Europea. Tratar la enfermedad cardiovascular cuesta a cada ciudadano de la Unión Europea 230 euros de los costes de atención sanitaria, absorbe hasta un 12% de todo el gasto sanitario, supone 126 millones de días de ingreso hospitalario, 268,5 millones de días laborales perdidos y dificulta gravemente las actividades diarias de 4,4 millones de personas, uno de cada 100 ciudadanos europeos. En España, supone un coste de 7.100 millones de euros al año, representando la mayor carga económica. Unos 4.000 millones corresponden al gasto sanitario

empleado en el tratamiento de la enfermedad y los 3.000 millones restantes soportan los costes por las pérdidas de productividad debido a enfermedad o mortalidad prematura y el cuidado prestado a enfermos (Luengo, Leal, Gray, Petersen & Rayner, 2006).

En España las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad cardiovascular han disminuido en un 42% desde el año 1980 al año 2000, a expensas fundamentalmente del descenso de la mortalidad por ictus, siendo escaso el descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica. Esta tendencia se observa también en Andalucía al producirse una reducción del 36% en el mismo periodo. El descenso en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares es similar al nacional, pero en el caso de las coronariopatías el porcentaje de disminución es menor. La distribución de la mortalidad cardiovascular en todas las Comunidades Autónomas es variable, existiendo una relación de alrededor de 2:1 entre las de mayor y menor mortalidad. A causa del envejecimiento de la población, la mortalidad por enfermedad cardiovascular en términos absolutos no sólo no ha disminuido, sino que incluso ha aumentado, sobre todo la relacionada con la cardiopatía isquémica. Es de esperar que el impacto sanitario de estas enfermedades continúe aumentando en los próximos años. Desde un punto de vista comparativo, Andalucía, Murcia, Canarias y la Comunidad Valenciana son las comunidades autónomas que presentan las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más altas de España, tanto para el conjunto de las enfermedades cardiovasculares, como para la cardiopatía isquémica en particular.

Respecto a la morbilidad hospitalaria, las enfermedades del grupo del aparato circulatorio ocuparon el segundo lugar en número de ingresos en el año 2009 (12,8%). En mujeres, las enfermedades del aparato circulatorio supusieron un 10,6% y en los varones, de nuevo las enfermedades del aparato circulatorio dieron lugar a un mayor número de hospitalizaciones con el 15,4% del total (INE, 2011), todas ellas susceptibles de prevención mediante intervenciones adecuadas sobre los factores de riesgo cardiovascular.

Se estima que cada año aumentará un 1,5% el número de casos de infarto y angina que ingresarán en los hospitales españoles, es decir, que cada año

aumentará en unos 2.000 el número de personas ingresadas por infarto y angina (Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC], 2003). Aproximadamente 2/3 de los pacientes que sufren un infarto de miocardio mueren antes de llegar al hospital. Esta mortalidad es mayor en la población de más de 74 años, y en muchos casos es evitable con un acceso precoz a los servicios sanitarios. La mortalidad en este grupo de pacientes es similar a la observada en el resto de países industrializados. Por tanto, sólo el 61% del total de infartos recibe asistencia hospitalaria, mientras que algo más de un tercio muere antes de llegar al hospital.

Datos obtenidos de los registros y estudios clínicos nacionales multicéntricos impulsados por las sociedades científicas y el Ministerio de Sanidad y Consumo muestran que el retraso entre el inicio de los síntomas de un infarto agudo de miocardio hasta la monitorización en el hospital oscila entre los 120 y 156 minutos. Estos intervalos de tiempo son excesivos con relación a las recomendaciones de las sociedades científicas y se han mantenido estables, sin acortarse. No obstante, la mortalidad hospitalaria se está reduciendo a causa de los nuevos tratamientos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, pero su uso en nuestro país varía ampliamente y la utilización de procedimientos que se observa es baja, siendo las mujeres, las personas de más edad y con mayor comorbilidad las que tienen menor utilización y peores resultados (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias [AETS], 2001).

1.2. Los factores de riesgo cardiovasculares

Un factor de riesgo (FR) es una característica biológica o una conducta que aumenta la probabilidad de padecer o morir por una enfermedad cardiovascular en aquellos individuos que la presentan.

Ciertos factores de riesgo como la dislipemia, el tabaquismo, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), la obesidad abdominal, los factores psicosociales, la pauta en el consumo de frutas, verduras y alcohol y el tipo y cantidad de actividad física regular, han mostrado ser responsables del mayor riesgo de infarto de miocardio en ambos sexos (90% en hombres y 94% en

mujeres) para todas las edades y en todas las regiones del mundo (Guterbaum & Gaede, 2011). Los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular varían enormemente en las diferentes regiones del mundo y están estrechamente relacionados con los estilos de vida.

Como se ha expresado con anterioridad, a pesar de que son múltiples las guías que aconsejan pautas para el adecuado control y prevención de la enfermedad cardiovascular, ésta continúa siendo la primera causa de muerte a nivel mundial. Por lo que es necesario conocer qué aspectos potencian y provocan la aparición de los factores de riesgo y por tanto de las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones.

Un estudio reciente sobre factores de riesgo cardiovascular en España situó en la población de 35-74 años la prevalencia estandarizada de HTA en el 43% y la de dislipemia (colesterol total ≥ 250 mg/dl) en el 41%. Más de la cuarta parte de dicha población era fumadora; el 29% obesa, y el 13% diabética. Más del 75% de la población se alejaba de los puntos de corte de colesterol total < 190 mg/dl o de cLDL < 115 mg/dl propuestos por las guías.

Se señaló un aumento en la prevalencia de obesidad y diabetes mellitus en la primera década del siglo XXI en España. No se observaron grandes diferencias entre comunidades autónomas en la prevalencia de diabetes mellitus, HTA, dislipemia, obesidad y tabaquismo, aunque destacaron las comunidades autónomas de Canarias, Andalucía y Extremadura por la mayor prevalencia de obesidad, diabetes mellitus, HTA o dislipemia en ambos sexos, presentando mayor mortalidad por cardiopatía isquémica que el resto de las comunidades (Grau et al., 2011).

En nuestra comunidad autónoma, el 70% de los andaluces entre 20 y 74 años presentan al menos un factor de riesgo. La distribución de los mismos en la población es la siguiente, siguiendo los datos recientes de Navarro et al. (2010):

- Fuman el 31,3% (34,2% hombres y 28,9% mujeres).
- El 29,9% son hipertensos (32,3% hombres y 27,8% mujeres).
- El 47,8% tienen dislipemia (53,4% hombres y 42,8% mujeres).

- El 14,4% presentan diabetes (16,6% hombres y 12,5% mujeres).
- El 29,5% son obesos (30% hombres y 29,1% mujeres).

Además, el 88% de los andaluces mayores de 16 años no realiza actividad física regular (83,3% hombres y 92,5% mujeres), según datos de la Encuesta Andaluza de Salud (Sánchez, Sánchez, Moya & Mayoral, 2010).

La elevada prevalencia de factores de riesgo en nuestra comunidad justifica, en parte, la preocupante situación expuesta, a pesar de ser la nuestra una de las comunidades autónomas menos envejecidas de España.

Los factores de riesgo cardiovasculares suelen potenciarse entre sí y se presentan frecuentemente asociados. Ciertos aspectos como, por ejemplo, la edad, cambian radicalmente la potencia predictora de los factores de riesgo. En este sentido, las personas jóvenes, el género masculino y el tabaquismo son los más importantes marcadores de riesgo. En la población de edad avanzada los principales serán la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes (Graham et al., 2008; Greenland et al., 2010; Kotseva & Wood, 2009; Mead et al., 2006; Mosca et al., 2011; MSC, 2003; Velasco et al., 2000; Velasco, Cosín, Oya de & Teresa de, 2004; Yoon et al., 2009).

La ausencia de factores de riesgo no excluye la posibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, y la presencia de ellos tampoco garantiza su aparición. Elevaciones ligeras de varios factores pueden suponer un riesgo para la persona que las presenta igual o superior a elevaciones intensas de un solo factor. La valoración de los factores de riesgo y la distinción entre la prevención primaria -pacientes con la posibilidad de padecer la enfermedad coronaria- y prevención secundaria -con ésta ya establecida- son fundamentales. El hecho de haber tenido ya manifestaciones clínicas de enfermedad aumenta el riesgo de volver a padecer otro acontecimiento cardíaco.

Los principales factores de riesgo que se asocian con la enfermedad coronaria son los siguientes: edad, género masculino, colesterol total, colesterol, hipertrigliceridemia, presión arterial, tabaquismo, diabetes, presencia de enfermedad coronaria, antecedentes familiares de la

enfermedad, obesidad y sedentarismo. Se han descrito otros factores de riesgo como los psicosociales a los que se atribuye menor responsabilidad en el desarrollo de la enfermedad coronaria, aunque es bien conocida la influencia sobre la enfermedad cardiovascular de ciertos factores de riesgo psicosocial, tales como el apoyo social o familiar, el estrés, la conducta ante la enfermedad, el aislamiento, la soledad, y el afrontamiento entre otros. Estos factores de riesgo psicosociales influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria de forma indirecta al intensificar los factores de riesgo clásicos y de forma directa incidiendo sobre la reactividad cardiovascular. No obstante, son necesarias investigaciones que profundicen en esta línea.

1.2.1. Los factores de riesgo conductuales

Se denominan factores de riesgo conductuales a aquellos factores de riesgo que dependen en gran medida de los estilos de vida, de características personales y de la percepción subjetiva que sobre el riesgo tienen las personas y sobre los que los profesionales sanitarios podemos promover cambios. El control de los factores de riesgo por medio de cambios de hábitos de conducta e indicaciones farmacológicas adecuadas constituye el principal objetivo dirigido a reducir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares mediante la prevención. Las medidas que han demostrado tener mayor eficacia sobre la reducción de la morbimortalidad han sido la abstención completa de tabaco, el tratamiento adecuado de la hipertensión arterial y la diabetes, los programas de rehabilitación cardíaca (RC) y, sobre todo, el control eficaz de los lípidos plasmáticos. No obstante, estudios más amplios que estudien la relación entre otros factores de riesgo y la enfermedad cardiovascular son precisos para determinar su influencia.

Dado que la población general prefiere información directa del médico o la enfermera antes que acudir a programas de salud, los profesionales podemos trabajar con los pacientes sobre dichos factores de riesgo denominados "conductuales" y que se concretan en los siguientes: tabaquismo, sobrepeso y sedentarismo, nutrición, actividad física, frecuencia cardíaca, presión arterial, lípidos plasmáticos, diabetes y síndrome metabólico.

El apoyo proporcionado por los profesionales de la salud, y compartir con

ellos la toma de decisiones, puede ayudar a los pacientes a mantener hábitos de vida saludables y adherirse al asesoramiento terapéutico. No obstante, malas experiencias previas de pacientes respecto a cambios de conducta infructuosos puede inhibirlos en sucesivos intentos y, a menudo, conducen a un nuevo fracaso. Para cambiar las malas experiencias en otras positivas y para hacer frente a los cambios que implica la enfermedad y las pautas que hay que cumplir, se aconseja seguir una serie de pasos en los cambios de comportamiento (Graham et al., 2008):

- Establecer una relación positiva entre profesional y paciente.
- Tener una actitud empática y respetuosa hacia el paciente.
- Utilizar un lenguaje calmado y claro.
- Mostrar interés hacia lo que explica.
- Averiguar sus preferencias y posibilidades frente a los cambios en el estilo de vida.
- Trazar con el paciente un plan con objetivos alcanzables y realistas e involucrarlo en la consecución de dichos objetivos.
- Dar pequeños pasos consecutivos.
- Asegurarnos de que el paciente ha comprendido bien la importancia del cambio conductual.
- Reforzar los logros en el seguimiento e incorporar a los pacientes en su autoevaluación.
- Incorporar al plan a otros profesionales, utilizando un enfoque multimodal y multidisciplinar en las intervenciones (educacionales, psicosociales etc.,)

A continuación se presentan los factores de riesgo conductuales, factores como hemos mencionado que dependen en gran medida de los estilos de vida y que por tanto los profesionales sanitarios podrían modificar.

➤ **Tabaquismo**

La evidencia existente del efecto adverso del tabaquismo sobre el organismo

es inmensa y se relaciona con la cantidad de tabaco fumado a diario y la duración del hábito. Los efectos del tabaquismo interaccionan con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la edad, el sexo, la hipertensión arterial y la diabetes (Graham et al., 2008), de manera que en los muy fumadores se encuentra una mayor incidencia de hiperlipemia, hipertensión arterial y sedentarismo ya que en un mismo individuo pueden coexistir diversos factores de riesgo.

En total, la epidemia de tabaquismo mata cada año a casi 6 millones de personas. De proseguir esa tendencia, para 2030 la cifra aumentará hasta más de 8 millones anuales. El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo (OMS, 2011).

El tabaquismo es responsable del 50% de todas las muertes evitables y del 29% de las producidas por enfermedad coronaria. El efecto negativo del tabaco tiene una relación directa con el número de cigarrillos fumados al día y con la antigüedad del hábito. El riesgo de enfermedad cardiovascular es especialmente elevado cuando se empieza a fumar antes de los 15 años de edad.

En el estudio EUROASPIRE se encontró que casi el 20% de los pacientes sigue fumando y esto no ha cambiado a lo largo de 12 años. Concretamente España es uno de los países europeos con más alta prevalencia de tabaquismo. En la última década se redujo discretamente el porcentaje de fumadores, aunque ha aumentado el hábito en el sexo femenino, especialmente en mujeres jóvenes entre 16 y 34 años y en estudiantes entre 14 y 18 años, con una edad media en el comienzo del consumo de tabaco de 13,3 años. Se han encontrado tendencias preocupantes como el aumento de mujeres fumadoras y del hábito de fumar en hombres y mujeres menores de 50 años. Hay un dato particularmente preocupante: la mitad de las mujeres menores de 50 años con enfermedad coronaria sigue fumando en el estudio EUROASPIRE III (2006-07), frente a un 30% en EUROASPIRE I (1995-96; Kotseva & Wood, 2009).

Los beneficios de dejar de fumar suelen ser casi inmediatos, habiéndose hallado que después de un infarto de miocardio la medida preventiva

potencialmente más eficaz de todas las existentes es dejar de fumar. Se sabe que la continuación del hábito tabáquico tras el infarto de miocardio duplica el riesgo de muerte, incrementa el riesgo de muerte súbita y de reinfartos (MSC, 2003; Velasco et al., 2000). Sin embargo, pese a las campañas de prevención y a la creciente disponibilidad de nuevos y eficaces tratamientos para la cesación tabáquica alrededor de una quinta parte de los pacientes coronarios sigue fumando (Kotseva & Wood, 2009). Por ello es tan importante emprender campañas para ayudar a dejar de fumar a los pacientes.

Ciertas intervenciones sobre el comportamiento tanto individuales como de grupo son efectivas para ayudar a los fumadores a abandonar el hábito tabáquico, aunque al parecer la calidad de la comunicación entre médico y paciente es más relevante que las intervenciones en grupo. Por otro lado, el apoyo por parte de la pareja y la familia es muy importante. Asimismo, ciertos fármacos parecen ser eficaces en la ayuda para dejar de fumar (Graham et al., 2008).

➤ **Sobrepeso y obesidad**

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas tanto en niños como en adultos. Actualmente se calcula que en todo el mundo hay más de mil millones de personas con sobrepeso y más de 300 millones son obesos. Más de un tercio de los niños tienen sobrepeso o son obesos. Su creciente prevalencia en los niños es altamente preocupante por el impacto que a largo plazo tendrá en la incidencia de enfermedades crónicas y cardiovasculares y por las consecuencias fatales que ya conocemos según la OMS (Puska, Nishida & Porter, 2008).

La prevalencia de obesidad en la población española entre 25 y 60 años es del 14,5%, cifra igualmente elevada en el grupo de niños y adolescentes entre los 2-24 años, en los que el porcentaje de obesidad es del 13,9%. Los individuos con un índice de masa corporal alto tienen una mortalidad superior al resto de individuos de bajo peso o peso normal. El exceso de mortalidad causada por el sobrepeso es de causa cardiovascular. La obesidad tiene además una influencia adversa sobre otros factores de riesgo (presión arterial, lipoproteínas de baja densidad [LDL], lipoproteínas de alta densidad

[HDL], y colesterol total). Esto explica en gran parte su efecto sobre la morbimortalidad cardiovascular y por esta razón es importante la reducción del sobrepeso en pacientes con infarto de miocardio y en individuos sanos con otros factores de riesgo asociados (MSC, 2003; Velasco et al., 2000).

El tipo de obesidad se define por el índice de circunferencia cintura/cadera. Según las evidencias existentes, el diámetro de la cintura es suficiente para juzgar el grado de obesidad, diámetro relacionado con el índice de masa corporal y que además proporciona información sobre el tipo de obesidad. Se recomienda este índice como medida y control del sobrepeso. Los valores que se consideran normales son de < 94 cm para varones no obesos y de < 80 cm para las mujeres normales; los valores de alerta son de 94-101 cm para los varones y de 80-87 cm para las mujeres. Los valores de > 102 cm para varones y de > 88 cm para mujeres son considerados objeto de intervención para la reducción del peso (MSC, 2003; Velasco et al., 2000).

Según la encuesta EUROASPIRE más del 80% de los pacientes con enfermedad coronaria son considerados obesos o con sobrepeso (EUROASPIRE; Kotseva & Wood, 2009). El sobrepeso y la obesidad han avanzado de manera espectacular. La población analizada aumentó 4,9 kg entre la primera (1995) y la tercera encuesta (2007) y, en la actualidad, cuatro de cada cinco pacientes presentan sobrepeso y más de una tercera parte son obesos. En más de la mitad de todos los pacientes obesos, la misma está centralizada en el abdomen. Estas tendencias negativas en el peso y la distribución de la grasa corporal se reflejan también en la población general, contribuyendo de forma significativa al aumento del riesgo cardiovascular.

Como recomienda la OMS, es preciso poner en marcha programas destinados a promover hábitos saludables como acceso a una alimentación apropiada y oportunidades de actividad física regular como medidas importantes a implementar particularmente en las etapas tempranas de la vida (Puska et al., 2008).

➤ **Nutrición**

En España, el patrón típico mediterráneo se ha ido modificando de manera que se ha aumentado el porcentaje de energía aportado por la grasa total y

grasas saturadas debido al mayor consumo de huevos, leche y derivados lácteos, en vez de la energía aportada por los hidratos de carbono al descender el consumo de cereales y legumbres. También existe evidencia de consumos insuficientes de frutas y verduras en todos los grupos de población, especialmente entre la población más joven, situación que nos aleja sustancialmente de las recomendaciones dietéticas publicadas por los organismos internacionales (MSC, 2003; Velasco et al., 2000; World Health Organization [WHO], 2003).

Los ácidos grasos regulan el equilibrio del colesterol y de lípidos en general y afectan a otros factores de riesgo cardiovascular, como la PA, la hemostasia y el peso corporal, a través de varios mecanismos. El consumo de grasas saturadas y la concentración sanguínea de colesterol guarda una estrecha relación gradual con la aparición de enfermedad cardiovascular y se considera que dicha relación es causal. Por el contrario, los ácidos grasos omega 3 han mostrado tener efectos protectores contra los episodios fatales en pacientes que ya han tenido un infarto. La ingesta de cloruro sódico influye en la presión arterial y, por tanto, en el riesgo de hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca. Además, se han relacionado los patrones en la dieta como el consumo de frutas y vegetales, aceite rico en ácidos grasos monoinsaturados (como el aceite de oliva) y productos lácteos bajos en grasa, con una reducción en la incidencia de episodios cardiovasculares (Graham et al., 2008).

Todos los pacientes con enfermedad cardiovascular y riesgo elevado deben recibir asesoramiento profesional dietético para reducir el riesgo cardiovascular. Se aconseja mantener un régimen calórico variado y equilibrado y practicar ejercicio regularmente. Estas recomendaciones dietéticas deben ser individuales según el nivel socio cultural de cada localidad o región, y según los factores de riesgo: dislipemia, hipertensión, diabetes y obesidad (Graham et al., 2008).

➤ **Actividad física**

La inactividad física es un problema importante de salud pública en Europa. Los niños se han vuelto menos activos físicamente y sólo en unos pocos

países los niños tienen acceso a las recomendaciones de actividad física. Más de la mitad de los adolescentes se vuelven sedentarios después de dejar la escuela y los adultos por motivos laborales suelen volverse inactivos. El 46% de la población española de 16 o más años declara no realizar actividad física alguna durante el tiempo libre, y un 71,8% de la población entre 25 y 60 años no hace práctica deportiva (MSC, 2003).

Está suficientemente demostrado que la inactividad física representa un factor de riesgo cardiovascular, en particular para la cardiopatía isquémica. Un estilo de vida sedentario se asocia al doble de riesgo de muerte prematura y a un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular, por lo que evitar el estilo de vida sedentario durante la vida adulta puede alargar la esperanza total de vida y la esperanza de vida libre de enfermedad cardiovascular entre 1,3-3,5 años (Graham et al., 2008).

Los cambios en el estilo de vida desde el sedentarismo a una vida físicamente activa por poco que sea, conlleva importantes beneficios en la prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica, tanto en personas de edad media como en personas ancianas, así como beneficios para la salud en general. Su acción se produce a través de la importante modificación beneficiosa de otros factores de riesgo coronario, como la hipertensión arterial y las dislipemias.

El ejercicio físico intenso evita la obesidad y produce disminución del peso en los obesos, aumenta las lipoproteínas HDL (de alta densidad) y disminuye las LDL (lipoproteínas de baja densidad) y los triglicéridos (TG). Es también importante su acción beneficiosa para controlar la diabetes. El mantenimiento de la forma física es considerado un factor protector independiente para la cardiopatía isquémica. Asimismo, se sabe que protege de los efectos deletéreos agudos sobre el sistema cardiovascular que puede tener un ejercicio violento y que puede desencadenar un infarto agudo de miocardio, sin entrar en su efecto sobre el estado de ánimo, la ansiedad, depresión o el estrés.

Diversos estudios en prevención primaria han analizado la actividad física realizada durante la actividad laboral o en el tiempo libre. Un metaanálisis que

incluía a más de 900.000 sujetos ha demostrado un descenso significativo de mortalidad y de cardiopatía isquémica en los más activos y una protección significativa frente a la aparición de las enfermedades cardiovasculares como consecuencia de niveles de actividad física de moderados a altos (Heran et al., 2011). En otro metaanálisis reciente, se ha evaluado la mortalidad cardiovascular y la mortalidad por cualquier causa en relación con la actividad física realizada. Los autores concluyen que la actividad física se asocia con una marcada disminución en la mortalidad cardiovascular y en la mortalidad por cualquier causa, tanto en varones como en mujeres (León, Mazón, Marcos & Gracia, 2009).

En prevención secundaria, en pacientes que sobreviven a un infarto agudo los programas de entrenamiento y de rehabilitación física que se complementan con otras medidas de prevención, como abandono del tabaco, dieta, etc., pueden reducir la mortalidad total y cardiovascular en un 20-25% (Heran et al., 2011).

A los pacientes hay que aconsejarles sobre la necesidad de mantener una vida lo más activa posible, aprovechando oportunidades en el trabajo (subir escaleras) en familia o con amigos para hacer actividades al aire libre, por su efecto protector contra las enfermedades cardiovasculares. Hay que incidir en el hecho de que los beneficios añadidos incluyen sensación de bienestar, reducción del peso y mayor autoestima.

➤ **Frecuencia cardiaca**

El aumento de la frecuencia cardiaca está asociado a un aumento del riesgo de mortalidad de cualquier causa, mortalidad por enfermedad cardiovascular y desarrollo de enfermedad cardiovascular en la población general, hipertensos y diabéticos y en aquellos con enfermedad arterial coronaria preexistente (Graham et al., 2008).

Los estudios han demostrado que el beneficio alcanzado está relacionado con el grado de reducción de la frecuencia cardiaca. En la población general se pueden recomendar medidas sobre el estilo de vida, dirigidas a evitar una frecuencia cardiaca elevada recomendando la actividad física regular, evitación del estrés psicológico y el uso excesivo de estimulantes como la

cafeína.

➤ **Presión arterial**

Se ha demostrado suficientemente en múltiples estudios epidemiológicos la repercusión que tiene el aumento de las cifras de presión arterial para el riesgo de sufrir cardiopatía isquémica entre otras patologías.

El número de pacientes con hipertensión no ha cambiado desde 1995. En los años de duración de la encuesta EUROASPIRE (1995-2007), el manejo de la hipertensión arterial no mostró cambios significativos. La mitad de todos los pacientes mantenía la presión arterial (PA) por encima del objetivo recomendado (PA <140/90 mm Hg). Sólo el 41% de los pacientes alcanzaron la meta de PA <140/90 mm Hg (<130/80 mmHg en la diabetes) en la primera encuesta, en comparación con el 39% en el tercer estudio.

Frecuentemente, los individuos con HTA presentan asociados otros factores como diabetes, dislipemia, obesidad, etc., que conjuntamente producen un riesgo cardiovascular exageradamente alto. La HTA después de un infarto de miocardio tiene muy mal pronóstico y se asocia a un incremento importante de reinfarto y de muerte. Por el contrario, en amplios estudios aleatorizados y controlados se ha demostrado que la reducción de las cifras de hipertensión con fármacos hipotensores disminuye la morbimortalidad cardiovascular (Velasco et al., 2000).

➤ **Lípidos plasmáticos**

El colesterol es el principal factor de riesgo cardiovascular, especialmente para la cardiopatía isquémica. Su fuerte correlación positiva ha sido sobradamente demostrada en sucesivos estudios, evidenciando así el papel causal del colesterol en la cardiopatía isquémica y aconsejándose la reducción de estas concentraciones en pacientes hipercolesterolémicos. La prevalencia de hipercolesterolemia en la población española es alta.

La colesterolemia está influida por determinantes genéticos y alimentarios. La dieta de los españoles ha experimentado cambios asociados al desarrollo económico. Por ello, el primer paso que hay que dar en un paciente con dislipemia es investigar aquellos procesos que pueden causarla, ya que el

tratamiento de la misma requiere controlar la causa subyacente. Para ello, se deberá establecer en la historia clínica, entre otros aspectos la analítica, el patrón alimenticio y una exploración física detallada a todo paciente con dislipemia (Plaza, Velasco & Maroto, 2000; Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention, 1998; Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program, 1993; Velasco et al., 2000).

Durante el estudio EUROASPIRE (1995-2007), se ha observado que el manejo de los niveles de lípidos en sangre ha mejorado en los tres estudios, seguramente impulsado por el uso generalizado de fármacos. La cifra de pacientes que alcanzó los objetivos para colesterol total y LDL aumentó del 13% al 72% y del 11% al 75%, respectivamente, en el período de duración del estudio, aunque hay que tener en cuenta que las metas propuestas hace unos años eran más permisivas que las actuales. No obstante, aún queda una proporción importante de pacientes que no han alcanzado estos objetivos actuales de lípidos. Las nuevas Guías Europeas han fijado objetivos más estrictos, proponiendo reducir el colesterol a un valor menor de 154 mg / dL y menor de 77 mg / dL para el colesterol LDL, por lo que la mitad de los pacientes aproximadamente todavía tienen niveles de colesterol considerados demasiado altos por las directrices actuales. El uso de nuevos fármacos en la actualidad mejora las perspectivas futuras (Graham et al., 2008; Kotseva & Wood, 2009).

➤ **Diabetes**

Según la encuesta EUROASPIRE la prevalencia de diabetes continúa aumentando. En los años de duración del estudio (1995-2007) ha pasado del 17% al 28%, producto entre otros del aumento de la obesidad. También es motivo de gran preocupación que un 15% de los pacientes diabéticos desconoce su condición, lo que hace presumir que el 43% del total son diabéticos diagnosticados o no. El control terapéutico de la diabetes sigue siendo pobre (Graham et al., 2008).

Tanto la diabetes tipo 1 como la tipo 2, se asocian con un marcado incremento del riesgo coronario. Es un factor de riesgo particularmente grave

para las mujeres y disminuye la protección relativa que tienen frente a los episodios isquémicos.

Los diabéticos tipo 1 que están bien controlados no presentan los mismos problemas que los mal controlados, dado que éstos desarrollan nefropatía diabética que se asocia a dislipemia y aumento de la presión arterial. El exceso de riesgo cardiovascular de estos diabéticos se pone en evidencia después de los 30 años de edad.

Los individuos con diabetes tipo 2 tienen alteraciones más graves de los factores de riesgo coronarios que los de tipo 1. La hiperglucemia postinfarto de miocardio o post accidente vascular cerebral comporta también un mal pronóstico, por lo que el buen control de estos pacientes puede reducir las complicaciones posteriores un 25% al cabo de un año (Velasco et al., 2000).

➤ **Síndrome metabólico**

Bajo este término se engloba un conjunto de factores de riesgo cardiovascular en individuos con obesidad o resistencia a la insulina e identifica a personas con un riesgo de enfermedad cardiovascular aumentado por el conjunto de factores de riesgo alterado (dislipemia, hiperglucemia, hipertensión junto con obesidad central). Su diagnóstico es importantísimo en sujetos no diabéticos como indicador de aumento del riesgo de desarrollo de diabetes tipo 2 y cardiopatía isquémica y otras formas de enfermedad cardiovascular habiendo quedado demostrado suficientemente (Graham et al., 2008; Velasco et al., 2000). Si se identifica uno de los componentes, está indicado realizar una búsqueda sistemática de los otros componentes, junto con un enfoque activo para manejar todos estos factores de riesgo.

El estilo de vida influye enormemente en los componentes de dicho síndrome y, por ello es fundamental el seguimiento y control del estilo de vida en el manejo del síndrome metabólico, con especial atención a la reducción del peso corporal y el aumento de la actividad física, ya que pueden reducir radicalmente el riesgo de diabetes de los pacientes con síndrome metabólico (Graham et al., 2008).

1.2.2. Factores de riesgo psicosociales

Los factores de riesgo psicosociales condicionan la enfermedad coronaria y el proceso de readaptación de los pacientes postinfarto. La influencia es tal, que puede decirse que la rehabilitación física después de un infarto no puede llevarse a cabo sin la rehabilitación psicosocial (Mendes de León et al., 2001).

Los factores de riesgo psicosociales que han demostrado su capacidad de condicionar el riesgo de contraer cardiopatía isquémica y empeorar el pronóstico de los pacientes son los siguientes:

- Nivel socioeconómico bajo.
- Aislamiento social y falta de apoyo social.
- Estrés
- Emociones negativas, ansiedad y depresión
- Las expectativas de autoeficacia

Todos ellos serán expuestos con detenimiento más adelante.

Los factores psicosociales contribuyen de forma independiente al riesgo de cardiopatía isquémica (Graham et al., 2008) y no sólo aumentan el riesgo de un primer episodio y empeoran el pronóstico, sino además pueden actuar como barreras al cumplimiento terapéutico y al seguimiento de programas o consejos para efectuar cambios en el estilo de vida y promoción de la salud, habiendo quedado demostrado la relación entre alguno de esos factores con la morbilidad postinfarto (Barefoot et al., 2003). En efecto, autores como Barefoot et al. (2003) y Mendes de León et al. (2001) han demostrado la influencia en la morbilidad postinfarto del apoyo social o familiar inadecuado, del estrés, de la conducta ante la enfermedad o de la expectativa de autoeficacia baja, del aislamiento, de la soledad, y del afrontamiento inadecuado de la enfermedad (MSC, 2003).

Varios estudios efectuados para conocer el efecto de ciertas intervenciones terapéuticas y preventivas han demostrado que es posible contrarrestar el efecto de los factores de riesgo psicosociales y promover un estilo de vida y unos hábitos saludables. Dichas intervenciones psicosociales y

psicoeducacionales especializadas (terapia de apoyo, de asesoramiento no directiva, terapias de conversación, de relajación, de ejercicios de control del estrés, entrenamiento de autoinstrucción, o estrategias específicas de afrontamiento, educación para la salud) unidas al ejercicio físico, mostraron tener efectos positivos frente al estrés y otras manifestaciones emocionales como ansiedad o depresión, sobre los factores de riesgo y la calidad de vida de las personas y se ha llegado a relacionar no solo con la reducción de la morbilidad sino también de la mortalidad, encontrándose incluso que pueden reducir los marcadores de riesgo de manera más efectiva que la atención médica habitual sola (Blumenthal et al., 2005; Dusseldorp, van Elderen, Maes, Meulman & Kraaij, 1999; Linden, Stossel & Maurice, 1996; Murie, Ross, Murray & Rich, 2006; Rees, Bennett, West, Davey & Ebrahim, 2008; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab & Kubzansky, 2005).

Se sabe que los factores de riesgo psicosociales, al igual que otros factores de riesgo, no aparecen de forma aislada, sino que por el contrario tienden a agruparse en individuos y potenciarse entre sí. Por ejemplo, ciertos hábitos como el tabaquismo, la inadecuada alimentación, la depresión, y el nivel socioeconómico bajo pueden aumentar la probabilidad de expresar cambios fisiológicos, como cambios autonómicos, endocrinos e inflamatorios involucrados en el desarrollo de enfermedad cardiovascular (Graham et al., 2008).

A continuación, se pasa a comentar cada uno de los factores psicosociales anteriormente mencionados.

➤ **Nivel socioeconómico bajo**

En nuestro país, al igual que en otros, existen importantes diferencias sociales en la morbilidad y la mortalidad cardiovascular, siendo ésta mayor en clases sociales más bajas, y con diferencias según la edad y el género femenino. Encontrando en dichas clases sociales, una mayor prevalencia de ciertos factores de riesgo coronario como son la obesidad, la hipertensión y la diabetes mellitus (Graham et al., 2008; MSC, 2003; Regidor, Domínguez, Calle & Navarro, 2003; Velasco et al., 2000). Ciertos estudios han puesto de manifiesto que el riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica se relaciona

con las circunstancias socioeconómicas, tanto de la etapa temprana de la vida como de la etapa de adulto, con la edad o con el género, estando ampliamente demostrada la asociación entre las circunstancias socioeconómicas (bajo nivel de estudios e ingresos) y la mortalidad como documentaremos ampliamente más adelante.

Según McKweon (2002, citado en Romero & Romero, 2010) *“los cambios socioeconómicos en los últimos 200 años son la causa mayor del crecimiento de la población y de la mejora de los parámetros de salud, que las contribuciones específicas de los tratamientos médicos o las políticas de salud pública”*. Hoy día, ha quedado demostrado que la prevalencia y la expresión de algunos factores de riesgo clave para la enfermedad cardiovascular, como la obesidad, el tabaquismo y el estilo de vida sedentario, se ven influidas por la posición socioeconómica (PSE). Estudios realizados en países con desarrollo dispar como Noruega y Chile, han hallado que cuanto menor es el nivel de educación y de ingresos económicos, mayor es la prevalencia de la obesidad, el tabaquismo y otras características de conductas nocivas, como el alcoholismo y el estilo de vida sedentario. Según González de Haro (2006), los efectos atribuibles a los estilos de vida sobre la salud son mayores que los ejercidos por los servicios sanitarios.

González et al. (2010) han demostrado que existe un gradiente inverso entre la posición socioeconómica y la morbilidad y la mortalidad cardiovascular y total. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud propone:

- Mejorar las condiciones de vida.
- Abordar las desigualdades en la distribución del poder y de los recursos económicos y medir y comprender el problema de las desigualdades en salud.
- Evaluar el impacto de las acciones realizadas.

En un estudio efectuado en nuestro país (González et al., 2010) para determinar si hay relación entre la posición socioeconómica y el riesgo de infarto, saber cómo diferentes indicadores interaccionan entre sí y modulan el riesgo de infarto de miocardio en relación con la posición socioeconómica y

analizar si esta relación está mediada por una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, se encontró que existe una relación inversa entre posición socioeconómica y riesgo de sufrir un infarto y que el nivel de estudios y la clase social basada en la ocupación son indicadores que se asocian con el riesgo de infarto agudo de miocardio. En dicho estudio también se halló que las personas con nivel de estudios primarios o inferiores presentan un mayor riesgo de presentar esta enfermedad que las que tienen una posición socioeconómica más alta, independientemente de la prevalencia de los factores de riesgo que se padezcan. Es decir, hallaron que existen determinantes sociales de salud que explican este exceso de riesgo, como son las desigualdades a nivel económico, la marginación social, la inseguridad laboral, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades para la educación. Ello podría explicar que las clases sociales con mayor nivel económico y social adquieran hábitos de vida más saludables con mayor rapidez, accedan a una alimentación más saludable, que generalmente es más cara, y se benefician más de los avances sanitarios.

Como explica González de Haro (2006), las condiciones socioeconómicas y el acceso a la educación son las dos condiciones básicas para promover estilos de vida saludables. El carácter multifactorial de la salud, y la influencia que los determinantes sociales tienen en el proceso salud-enfermedad de los grupos humanos, requiere para dar respuesta a los problemas de salud que se diseñen y se pongan en marcha estrategias desde una perspectiva de desarrollo social y salud, es decir de promoción de la salud donde el pilar básico es la educación. Las enfermedades cardiovasculares son un claro ejemplo de ello y en la mencionada línea de promoción de la salud es preciso trabajarlas, para frenar el fuerte impacto humano, social y económico que de ellas se deriva.

En la investigación realizada por Koch et al. (2007) se halló que la desigualdad según el nivel de educación alcanzado o posición socioeconómica era un determinante de mortalidad general por enfermedades crónicas no transmisibles. Los autores hacen referencia al estudio efectuado por Palfrey et al. (2005, citado en Koch et al., 2007) en el que tras 25 años de seguimiento a adultos jóvenes que fueron intervenidos junto con sus familias

con una estrategia educativa temprana, lograron más altos niveles académicos, ingresos económicos, salud y bienestar, comparados con adultos jóvenes de la población control.

En su artículo Romero (2009) explica que respecto a la posición socioeconómica baja y la morbilidad y mortalidad temprana y en la vida adulta, se ha propuesto la hipótesis de un «fenotipo ahorrativo» que relaciona la nutrición materna deficiente con una pérdida en el feto de nefronas, células miocárdicas, células beta pancreáticas, y también bajo peso al nacer por lo que sería fácil y rentable aplicar intervenciones educativas sencillas y eficaces en el periodo de nueve meses de embarazo.

En otros estudios se describe un aumento de la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión, observados en una fase posterior de la vida de los hijos que han nacido con bajo peso y procedían de una posición socioeconómica baja. Se ha demostrado que el bajo nivel de estudios desde la infancia es un predictor de morbilidad y de mortalidad más potente que el nivel de ingresos, lo que influye en la vida adulta, aunque aún son muy preliminares dichos estudios y deberán ser verificados mediante más investigaciones. Es lógico pensar que una posición socioeconómica desfavorable por el entorno poco saludable, dificulta llevar una vida sana, además el entorno o ambiente construido como hogares, escuelas, vecindarios con parques para hacer ejercicio o estar al aire libre poco seguros o vecindarios y accesos que dificultan caminar, en comparación con las zonas de ingresos altos, tampoco favorecen una vida sana. En dichos entornos, los establecimientos de comida de baja calidad y barata son más abundantes que las tiendas de comestibles, lo que implica un acceso desigual a la alimentación saludable en las zonas más pobres. Por tanto, condiciones desfavorables del entorno socioeconómico pueden conducir a una reducción de las conductas favorables para la salud y conllevar a una mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular. Seligman et al. (2010, citado en Romero & Romero, 2010) en un estudio sobre el hambre, los factores socioeconómicos y las enfermedades crónicas, describen la «inseguridad alimentaria» de los hogares con bajos ingresos en donde la dieta se prefiere a base de hidratos de carbono y alimentos con

grasas, sal y azúcares añadidos, lo que favorece un aumento del riesgo de obesidad y diabetes. Explican el motivo fácilmente: «Con 1 dólar estadounidense se puede adquirir 1.200 kcal de galletas o patatas fritas o 250 kcal de zanahorias»; en Estados Unidos, «entre 1985 y 2000, el precio de venta al público de los refrescos carbonatados aumentó un 20%, los precios de las grasas y los aceites lo hicieron en un 35% y los de los azúcares y dulces, en un 46%, en comparación con el aumento del 118% que se produjo en el precio de venta al público de las frutas y verduras frescas. Un informe de la OMS presentado en 2004 en varios países de Europa occidental incluidos España y Reino Unido, mostró que el consumo de frutas y verduras era más elevado en los grupos con mayores ingresos económicos, mayor nivel de estudios y categoría profesional más alta (Romero, 2009).

Para Romero (2009) la hipótesis explicativa sobre la relación causal entre la aparición de ciertos factores de riesgo y la posición socioeconómica desfavorable es la siguiente: las condiciones socioeconómicas desfavorables predisponen a los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, autoestima baja, hostilidad) sociales (quiebra del núcleo familiar y de grupo) y a un alto nivel de estrés, lo que inicia una cadena causal de adopción de conductas de salud nocivas (tabaquismo, dieta inapropiada-obesidad, sedentarismo) que, a su vez, favorecería la incidencia de hipertensión, diabetes tipo 2, trastornos de los lípidos y ello conduciría a la enfermedad cardiovascular.

➤ **Aislamiento social y falta de apoyo social**

El apoyo social ha sido conceptualizado como la posibilidad de acceder a personas, grupos y organizaciones para reducir al máximo el sentimiento de aislamiento, soledad e indefensión de los individuos. Este es, por tanto, un recurso que puede ser importante en la intervención de los acontecimientos vitales estresantes (Martínez & García, 1995; Martínez, García & Mendoza, 1995). El apoyo social se entiende como una serie de interacciones y transacciones interpersonales con beneficio para el receptor; es la ayuda, consejo e información recibido de su red social (conjunto de personas en la que los individuos confían para obtener ayuda emocional, instrumental o ambas) y que incluye la familia, amigos, compañeros de trabajo y vecinos. Están dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor

(Martínez & García, 1995). Los aspectos positivos del apoyo social sobre la salud física y mental son notables (Mendoza, 2000). La existencia de un apoyo social satisfactorio, accesible y adecuado ha mostrado un efecto positivo en la reducción del riesgo de muerte y en el aumento de la longevidad.

La percepción de apoyo social y las características de la red social de la persona que ha sufrido un infarto ocupan un papel cada vez más relevante y pueden ser de vital importancia en la recuperación de las enfermedades coronarias, habiendo sido considerado el apoyo social limitado un factor de riesgo asociado a una recuperación insuficiente en los pacientes con infarto de miocardio (Gerin, Pieper, Levy & Pickering, 1992). Según Berkman et al. (1992), la falta de apoyo emocional está asociada a la morbilidad y a la mortalidad producida a los seis meses de haber padecido el infarto de miocardio.

Efectivamente, la evidencia empírica ha mostrado que el apoyo social percibido afecta a la situación del individuo y puede reducir o aumentar la calidad de vida del paciente tras un infarto. En este sentido, son diversos los estudios que han hallado que la presencia del apoyo social provoca un efecto generalizado beneficioso en la salud del individuo y que la calidad de vida del paciente que ha sufrido un infarto está íntimamente relacionada con el apoyo instrumental y emocional percibido. Jiménez et al. (1999) hallaron que los pacientes que refieren tener apoyo instrumental o emocional presentan una mejor calidad de vida que los que no tienen ningún tipo de apoyo (Berkman et al., 2003).

Barefoot et al. (2003) encontraron que a mayor percepción de apoyo, menor incidencia de depresión postinfarto, de modo que al haber menor conflicto sociofamiliar había menor presencia de sintomatología. En cambio, hallaron que era más frecuente la depresión en jóvenes y pobres que percibían bajo apoyo social. Asimismo, se ha demostrado que ciertas intervenciones mejoran la depresión, el aislamiento social y la evolución de estos pacientes (Berkman et al., 2003). Berkman et al. (1992) y Berkman et al. (2003) señalaron el hecho de que el apoyo social constituye una de las variables que

mayor influencia tiene en la modificación del comportamiento del paciente cardiovascular y, por tanto, también en su recuperación (Orth & Johnson, 1987). Se ha comprobado que vivir sólo después de un ataque cardíaco es un factor de riesgo asociado a un pronóstico desfavorable de la enfermedad y de su evolución y, por tanto, también a tener peor calidad de vida relacionada con la salud que quienes tienen un infarto de miocardio y no viven solos (Bucholz et al., 2011; Case, Moss, Case, McDermott & Elberly, 1992).

Asimismo, se ha demostrado que el apoyo recibido de la familia y los amigos es una de los factores más significativos asociadas al comportamiento, reacción y evolución del enfermo (Beach, Maloney & Plocica, 1992; Beach et al., 1996). En un estudio efectuado en seis países europeos sobre una muestra de 10.000 pacientes, con una serie de intervenciones multidisciplinarias dirigidas por enfermeras y basadas y asociadas al apoyo familiar, se logró reducir a la mitad los factores de riesgo cardiovasculares en los enfermos coronarios y en los pacientes con riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular pertenecientes a la muestra (Wood et al., 2008).

En efecto, el bajo apoyo social percibido se asocia con peor estado de salud y, además, con peor calidad de vida relacionada con la salud y con mayor número de síntomas depresivos durante el primer año de recuperación postinfarto de miocardio (Leifheit et al., 2010). También existe considerable evidencia de que el bajo apoyo social emocional o instrumental y la depresión se asocian con mayor morbilidad y mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria (Lett et al., 2007, 2009). Se aconseja detectar a los pacientes con mayor riesgo psicosocial, para lo que es conveniente vigilar signos o síntomas de depresión o ansiedad e identificar todos los componentes del apoyo social percibido, bien sea instrumental o emocional, de las relaciones íntimas y el apoyo de los contactos periféricos (niños, familiares, vecinos, amigos, parientes). Aplicar a estos pacientes tratamientos e intervenciones específicas mejorará su aislamiento social y depresión (Berkman et al., 2003).

Los profesionales sanitarios son una importante fuente de apoyo social al paciente a lo largo de todo el proceso de su enfermedad y en el período reciente del alta. La visita domiciliaria al paciente supone un apoyo especialmente valorado por ellos. En personas mayores, la intervención

sencilla de una enfermera en las visitas domiciliarias mejoró la autoestima y la confianza de los pacientes, además de reducir los reingresos por infarto de miocardio (Hiltunen et al., 2005; Rankin, Butzlaff, Carroll & Reedy, 2005). Pero además otro tipo de apoyo ofrecido por las enfermeras es muy apreciado por los pacientes: se trata del seguimiento telefónico después del alta de un infarto de miocardio (Mistiaen & Poot, 2010). Dicho apoyo telefónico brindado por parte de compañeros o amigos puede contribuir asimismo a mejorar la salud de los pacientes y a reforzar los cambios necesarios frente a la enfermedad (Dale, Caramlau, Lindenmeyer & Williams, 2008).

El apoyo social puede ser útil para llevar a cabo estrategias de prevención primaria o secundaria y rehabilitación. Asimismo, puede resultar útil para fomentar en los individuos conductas tales como el abandono de tabaco, lo que subraya su importancia en el cambio conductual concreto. Los profesionales sanitarios encontrarán en la interacción individualizada con el paciente y familia beneficios importantes, estarán más predispuestos al sentirse escuchados, valorados y comprendidos, por lo que el papel de los profesionales como elemento de retroalimentación acerca de su conducta, pensamientos y sentimientos es bien apreciado por los pacientes. Se puede aconsejar al paciente la integración en grupos de auto-ayuda y asociaciones que han demostrado ser muy eficaces en lo concerniente al apoyo social. En definitiva, mediante el apoyo social se puede fomentar y facilitar la promoción de la salud y la calidad de vida, reforzando la autoestima, la autoeficacia, el sentimiento de control y motivando la implicación en las conductas saludables, lo que puede dar lugar a una mejor integración social. Es necesario, sin embargo, que el paciente perciba el apoyo social como algo disponible, accesible y que no invada de una forma no deseada su intimidad personal. Por otra parte, una de las claves de la readaptación psicosocial satisfactoria postinfarto es la de que los cambios de estilo de vida que se produzcan no tengan un carácter meramente restrictivo, sino que el paciente pueda contemplar su nuevo estilo como más satisfactorio que el de su conducta premórbida.

➤ Estrés

El estrés psicológico ha sido definido por Lazarus y Folkman (Folkman & Lazarus, 1980) como *"una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar"*. Las situaciones de estrés se caracterizan por las dificultades de adaptación a las situaciones de cambio (Lazarus, 2000).

Según ciertos estudios (Al-Hassan & Sagr, 2002) en el período reciente de alta los pacientes postinfarto se preocupan fundamentalmente de su papel social, de las relaciones interpersonales y salud personal y ello puede exacerbar síntomas y complicar su cuidado futuro. En los pacientes coronarios los cambios estresantes se deben fundamentalmente a los ámbitos familiares y laborales. Las vicisitudes negativas y dolorosas de los vínculos familiares (separación, divorcio, viudedad) y las circunstancias laborales que desestabilizan o ponen en riesgo el trabajo son focos de tensión, casi siempre presentes, en las personas que han padecido un infarto agudo de miocardio. La edad, el género, la renta, la frecuencia de los episodios del dolor del pecho y las recomendaciones de los médicos para dejar de fumar son los predictores más significativos de aumento de tensión.

Se ha encontrado que la satisfacción personal con la vida es un predictor de bienestar emocional en pacientes con cardiopatía isquémica (Ruiz, Sanjuan, Perez & Rueda, 2011). Los pacientes más satisfechos con su vida se adaptan mejor a la enfermedad y presentan estrategias más adecuadas para enfrentarse a ella que el grupo de personas menos satisfechas con la vida. No obstante, la satisfacción con la vida cambia a medida que avanza la enfermedad y por ello es preciso efectuar en los pacientes valoraciones periódicas.

El estrés crónico influye en gran medida en la evolución de la enfermedad coronaria al activar mecanismos fisiopatológicos que son los responsables del desencadenamiento de problemas coronarios. El estrés puede aumentar el riesgo de morbilidad en la enfermedad coronaria y empeorar su pronóstico. Por ello se insiste en la necesidad de intervenir en el comportamiento de los pacientes cardiológicos y actuar en los hábitos de vida negativos que influyan

en la enfermedad cardiovascular (Giallauria et al., 2007). Según la evidencia, las intervenciones de educación, de relajación, de autocuidado etc., pueden prolongar la vida, independientemente del pronóstico de la enfermedad y de otros factores asociados (Orth et al., 2009).

Ha sido estudiado el estrés y los mecanismos biológicos que éste induce y cómo, a su vez, influye en el desencadenamiento de ciertos problemas de salud como algunos factores de riesgo cardiovascular, en concreto la hipertensión arterial. Además, el estrés ha sido relacionado con las desigualdades sociales (Koch et al., 2007).

Es necesario identificar las fuentes de estrés en cada paciente e individualmente aconsejar el modo de reaccionar ante ellas y la forma de corregir sus efectos deletéreos. A veces, sencillos consejos (modificación de hábitos y conductas, empleo del tiempo libre, cambios en el medio ambiente social, etc.) pueden conseguir éxitos importantes. Según los datos de la European Foundation for the improvement of living and working 2010 (2010) los factores psicosociales en el trabajo (estrés laboral) causan un exceso de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares de entre el 5 y el 10% y el 28% de los trabajadores tiene problemas de estrés. En nuestro país, la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo de 2001 pone de manifiesto que el 31,8% de los ocupados entrevistados percibe su actividad como estresante (32,4% de los hombres y 30,8% de las mujeres; INE y MSC, 2001; MSC, 2003).

Es frecuente que los pacientes con coronariopatías crónicas sufran algunos problemas comunes, tales como ansiedad, insomnio y depresión que pasamos a comentar a continuación (Al-Hassan & Sagr, 2002; Alsen, Brink, Persson, Brandstrom & Karlson, 2010; Arnold, Herrick, Pankratz & Mueller, 2007; Bowman, Watson & Trotman-Beasty, 2006; Graham et al., 2008; Kubzansky, Park, Peterson, Vokonas & Sparrow, 2011; Ruiz et al., 2011; Van Jaarsveld, Sanderma, Miedema, Ranchor & Kempen, 2001).

➤ **Emociones negativas, ansiedad y depresión**

Los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio presentan a menudo síntomas de ansiedad. El control de la ansiedad y sus

manifestaciones (hiperactividad adrenérgica, taquicardia, hipertensión, etc.) es sin duda necesario. Por una parte, es importante indagar acerca de las causas de la ansiedad y, si es posible, abordarlas. Practicar alguna técnica de relajación puede ser suficiente para controlar la ansiedad. No obstante, en ocasiones se ha de recurrir al tratamiento farmacológico.

Los síntomas depresivos en los pacientes coronarios también son bastante frecuentes. A veces, con el paso del tiempo, la mejoría física y la rehabilitación se recuperan espontáneamente. Los síntomas depresivos que presentan estos pacientes con mayor frecuencia son del orden de la tristeza, apatía, desinterés por las actividades lúdicas, incapacidad para disfrutar de la vida cotidiana, pérdida de apetito, disminución o abolición de los deseos sexuales e insomnio de conciliación o despertar precoz. Si estos síntomas persisten mínimamente en el tiempo se debe recurrir al tratamiento antidepresivo.

La depresión en varones con infarto anterior ha sido identificada como predictor de mortalidad. En pacientes postinfarto, se ha hallado en un estudio, que la depresión es un factor de riesgo independiente para la mortalidad, aunque su efecto no fue significativo hasta doce meses después del infarto (Carney et al., 2003). Recientemente se ha publicado que el período puede ser más largo, tal como han demostrado Carney et al. (2008) que realizaron el seguimiento a pacientes con depresión durante 5 años y hallaron que dichos pacientes se encontraban en mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa al compararlos a los pacientes sin depresión.

En pacientes con enfermedad coronaria se ha encontrado que la percepción y las creencias acerca de la enfermedad son predictores de depresión y de una peor calidad de vida (Stafford, Berk & Jackson, 2009). Concretamente, las creencias negativas especialmente las relacionadas con las consecuencias de la enfermedad, fueron altamente predictivas de los niveles más altos de sintomatología depresiva y, por el contrario, las percepciones positivas sobre la enfermedad se relacionaron con mejores resultados de la calidad de vida relacionada con la salud. También se encontró que las personas de mayor edad y más desfavorecidos socialmente tenían creencias más negativas. Identificar dichas creencias para intervenir y prevenir problemas emocionales

y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes puede ser recomendable.

Los pacientes con enfermedad coronaria pueden tener insomnio. Con cierta frecuencia es necesario averiguar si está motivado por ansiedad o depresión, o por otras causas. Para ello es preciso conocer el número de horas que duerme el paciente, la calidad del sueño, la inducción al mismo o cualquier otro dato que pudiera ser relevante; es fundamental conocer su patrón de sueño habitual previamente y si era o no satisfactorio. Tras aconsejar al paciente una pauta para inducción y mantenimiento del sueño, se comprobará si es efectiva, para, de lo contrario, derivar para valoración y tratamiento farmacológico si procede.

Ciertas características de la personalidad y el aislamiento personal han sido relacionadas fuerte y significativamente con la cardiopatía isquémica, como son rasgos de competitividad y agresividad, ciertos niveles de estrés, la hiperactividad, y los rasgos de hostilidad, pudiendo ser marcadores de riesgo pero siempre actuando a través de modificaciones del estilo de vida: dieta, tabaco, sedentarismo, hipertensión etc., (Fontaine, Kulbertus & Etienne, 1998).

En un estudio en el que se comparaba personas con personalidad tipo D (tendencia a emociones negativas, socialmente inhibidos) que habían sufrido un infarto de miocardio, con un grupo sin personalidad tipo D que había sufrido un infarto de miocardio, se halló que quienes tenían un perfil de personalidad tipo D pensaban que su enfermedad tenía consecuencias mucho más graves que la de otros, que sería más larga y de peor pronóstico, que sería menos controlable por ellos o por los tratamientos y, además, estaban más preocupados por su enfermedad, tenían más síntomas, y no asumían ni comprendían su enfermedad al compararlos con personas sin personalidad tipo D (Williams, O'Connor, Grubb & O'Carroll, 2011). Debido a la mala influencia que las emociones y las creencias negativas acerca de la enfermedad tienen sobre la calidad de vida y el bienestar de los pacientes postinfarto de miocardio, investigaciones futuras deberían evaluar estrategias de intervención para hacer frente a las percepciones de la enfermedad en

estos pacientes de alto riesgo. Se ha sugerido que un perfil de personalidad tipo D puede explicar las creencias y la conducta de ciertos pacientes frente a su enfermedad después de haber sufrido un infarto de miocardio, y se aconseja diseñar intervenciones específicas para abordar los problemas de estos pacientes.

El Modelo de los Cinco Factores de Personalidad de Norman y McCrae-Costa (1963,1985, citado en Rueda & Pérez, 2004) propone que la personalidad está configurada por 5 grandes factores que comprenden tendencias de respuesta estables, y consistentes: Extraversión, Neuroticismo, Afabilidad, Apertura a la Experiencia y Tesón. Es necesario considerar dichos aspectos por su influencia potencial en el bienestar y en la mejora de la calidad de vida de las personas cuando están enfermas. Se ha demostrado la relación entre los rasgos de personalidad y el bienestar subjetivo y se ha hallado que existe una asociación positiva entre la Extraversión y el bienestar subjetivo, y una relación negativa entre este último y el Neuroticismo. Del mismo modo se ha encontrado que la Afabilidad y el Tesón pueden explicar de forma positiva la satisfacción vital, por dos posibles razones: porque favorecen la creación de redes de apoyo o porque facilitan el logro de las metas. Dichos rasgos de Afabilidad y Tesón, se han relacionado de forma positiva con la realización de acciones impulsoras de conductas de salud; el Neuroticismo, por el contrario, estaría relacionado con conductas de riesgo, aunque se requieren estudios más potentes en cuanto a las conductas de salud se refiere.

➤ **Las expectativas de autoeficacia**

La percepción de autoeficacia también se ha considerado como una variable mediadora de la mejora de la calidad de vida de los pacientes, reforzando la autoestima y motivando la implicación en las conductas saludables, lo que puede dar lugar a una mejor integración social.

El concepto de expectativa de autoeficacia aparece en la obra de Bandura (1977) y hace referencia al sentimiento de confianza para manejar adecuadamente las capacidades propias frente a ciertos estresores de la vida. Es un mediador en los procesos de modificación de la conducta al trasladar la causalidad de la acción desde el objeto al sujeto como agente

causante principal de su conducta. La autoeficacia es la capacidad que percibe uno mismo para llevar a cabo una conducta o una acción concreta. Así, personas con la misma capacidad objetiva para realizar una tarea presentan rendimientos diferentes en función de que se juzguen capaces o no de llevarla a cabo. Los pacientes que se consideran incapaces no intentan realizarla o, si lo hacen, no aplican el esfuerzo adecuado y abandonan al surgir cualquier dificultad; las posibilidades de fracaso son bastante altas y desembocan en una indefensión aprendida. La indefensión aprendida es la pérdida percibida de control del entorno, de tal forma que una persona tiene la percepción de que lo que le ocurre es algo independiente de su conducta, y esto es fruto de una historia de fracasos en la forma de hacer frente a las situaciones (Bandura, 1977).

Las creencias de autoeficacia de la persona, amortiguan el estrés bajo determinadas condiciones o los efectos perniciosos de la exposición a situaciones estresantes. Por un lado, porque las personas autoeficaces perciben las demandas ambientales como menos estresantes y, por otra, porque se esfuerzan más, y de manera más persistente en superar los obstáculos y experiencias difíciles. Por el contrario, quienes se juzgan a sí mismas como ineficaces en el afrontamiento de dichas demandas ambientales magnifican sus incapacidades y las dificultades potenciales, por lo que son más propensos a experimentar estrés (León, Cantero & León, 2011).

Algunos pacientes que han sufrido un infarto ven problemas irresolubles y muestran síntomas de indefensión aprendida, de tal manera que perciben que no pueden hacer nada para controlar la situación.

En este sentido, hay estudios que demuestran que la autoeficacia facilita la adhesión al tratamiento y contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes postinfarto y a una recuperación más rápida (Garrido, 1993; Villamarín, 1990). Concretamente, en una investigación llevada a cabo por Taylor, Bandura, Ewart, Miller & DeBusk, (1985) en el centro de rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford con enfermos que habían padecido un infarto agudo de miocardio hallaron que aquellos

pacientes con mayores expectativas de autoeficacia se reintegraron antes a la vida normal que aquellos infartados con escasa autoeficacia percibida.

Por otro lado, cuando se ha estudiado la percepción de autoeficacia generalizada y la Competencia Percibida en Salud (CPS) se evidencia que ambas expectativas están relacionadas con una disminución de síntomas y de respuestas emocionales negativas. Se ha comprobado que la autoeficacia generalizada y la CPS promueven un tipo de afrontamiento que se centra en la modificación de las circunstancias estresantes.

A continuación, se pasa a comentar de manera más detallada el papel de las expectativas de autoeficacia en la mejora de la calidad de vida de los pacientes postinfarto y cómo unas deficientes expectativas de autoeficacia o bajas expectativas de autoeficacia, presentaban un incremento del riesgo de fallo cardíaco

De tal manera ha sido asociada la autoeficacia percibida con la enfermedad cardiovascular que en personas con enfermedad cardiovascular, se estimó que la autoeficacia podría ser de utilidad para predecir hospitalizaciones por fallo cardíaco, al haberse hallado en un estudio que quienes tenían bajas expectativas de autoeficacia, presentaban un incremento del riesgo de fallo cardíaco, insuficiencia cardíaca etc. Por ello, la medición de la autoeficacia, según concluían los autores, podría ofrecer una evaluación rápida y potencialmente útil de la función cardíaca (Sarkar, Ali & Whooley, 2009)

Dada la importancia de las creencias de autoeficacia, según lo comentado y como predictor importante de la intención de promover una conducta, la labor de los profesionales de la salud para intervenir en este punto es de indudable interés, y su intervención se debería dirigir a conseguir un mayor nivel de autoeficacia, a aumentar la percepción de capacidad de la persona -por su influencia directa sobre la intención y la ejecución de conductas preventivas para que se produzcan beneficios sobre la salud, controlando tanto el inicio como el mantenimiento de la conducta- y a identificar si existen dificultades y si éstas son internas o externas al individuo para resolverlas en la medida de lo posible (Carpi, González, Zurriaga, Marzo & Buunk, 2009).

1.2.3. Otros factores de riesgo cardiovascular

En este apartado presentamos aquellos factores de riesgo que se encuentran en fase de desarrollo y los factores de riesgo que dependen de causas familiares y genéticas

➤ Marcadores de inflamación y factores hemostáticos

Se presentan a continuación ciertos factores que se encuentran en fase de investigación activa en estudios clínicos y epidemiológicos. Estos factores son los siguientes: Infecciosos, trombogénicos y concentraciones determinadas de Homocisteína y se relacionan con diferentes sistemas como los que regulan las plaquetas, la coagulación, la fibrinólisis, la función endotelial y la respuesta inflamatoria. Estos factores interactúan de un modo no conocido del todo aún, pero sobre ellos hay múltiples investigaciones y se entrevé su potencial de utilidad en la predicción del riesgo de enfermedad cardiovascular a largo plazo. Por ejemplo, se han demostrado estrechas relaciones entre marcadores inflamatorios y obesidad y diabetes, lo que refuerza el interés por su investigación científica. También hay sólida evidencia de que los marcadores circulantes de la inflamación activa y la hemostasia están en estrecha relación con infarto de miocardio fatal y no fatal. En suma, se requieren conclusiones de nuevos estudios para determinar de forma más clara el verdadero papel de los marcadores y otros factores mencionados, en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica (Graham et al., 2008).

➤ Factores genéticos

La información genética se divide en tres categorías: historia familiar, fenotipos y genotipos. Los individuos con antecedentes familiares de enfermedad coronaria en sus padres o hermanos, sobre todo cuando han tenido una presentación precoz (antes de los 55 años en los varones y de 65 años en las mujeres) tienen aumentado su riesgo personal de enfermedad coronaria, tanto más cuanto más precoz fuera el antecedente familiar y cuanto más número de miembros fueran afectados. Es importante la labor de prevención precoz en los descendientes de pacientes con enfermedad coronaria (Arós et al., 1999; Graham et al., 2008; MSC, 2003; Velasco et al., 2000). El estudio de los determinantes genéticos de los fenotipos

involucrados en la fisiopatología de la cardiopatía isquémica (dislipemia, hipertensión, disfunción endotelial, diabetes, hipertrofia cardíaca y vascular y aterosclerosis) tiene muchas probabilidades de ser clínicamente relevante y cada paciente tiene sus propios determinantes genéticos y ambientales. De muchos de estos fenotipos (rasgos cuantificables) hay una alta evidencia por su fuerte determinación genética, que normalmente se valora por su “heredabilidad”. Por otro lado, multitud de rasgos que se relacionan con el riesgo de cardiopatía isquémica están influidos tanto por factores ambientales como genéticos. El concepto de interacción entre genes y ambiente es necesario para entender cómo se puede utilizar la información genética para una evaluación precisa del riesgo y pautar ciertos tratamientos e intervenciones. En el futuro, dicho aspecto tendrá una altísima relevancia (Graham et al., 2008).

Por todo lo expuesto, es necesario controlar los factores de riesgo cardiovasculares para lo que es deseable homogeneizar pautas de acción, conocer con qué recursos contamos y cómo acceder a los grupos sociales. Como demuestran diversos estudios, en pacientes menores de 45 años se puede reducir la incidencia de acontecimientos cardíacos recurrentes mediante la modificación del factor de riesgo y el cambio en sus estilos de vida (McAlister, Lawson, Teo & Armstrong, 2001; Stamler et al., 1999). Pero para definir el papel y el potencial de abordaje debemos revisar previamente conceptos de prevención de la enfermedad cardiovascular.

1.3. Iniciativas españolas y europeas para afrontar las ECV

En el año 1998 la Organización Mundial de la Salud estipuló (WHO, 1998): *“la salud es uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos. La salud es una condición previa del bienestar y de la Calidad de Vida”*.

Para González de Haro (2006), el concepto de salud está sujeto a la evolución del pensamiento social, a los avances tecnológicos y a los cambios políticos e históricos. Es un derecho que individual y comunitariamente es preciso defender en todas sus dimensiones de manera activa puesto que los logros en salud no son permanentes, a no ser que el conjunto de la sociedad

exija, controle e impulse los cambios sociales, políticos, económicos y educativos necesarios que garanticen el principio de equidad en salud, adaptados a los tiempos, situaciones y contextos. La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados dispensados a nivel individual y colectivamente, de la capacidad de tomar decisiones, controlar la propia vida y asegurar que la sociedad en la que vivimos ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (González de Haro, 2006).

Veintiuno son los objetivos establecidos para la Región Europea de la OMS, Salud para Todos 1998 (WHO, 1998) siendo el principal, que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud a partir de tres principios éticos:

- La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- La equidad y solidaridad en materia de salud entre todos los países.
- La participación y la responsabilidad de personas, grupos, instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

A su vez, desde la OMS se pretende que los ciudadanos adquieran protagonismo sobre su propia salud, promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida y reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como del sufrimiento que originan. Para ello, previamente se han de difundir, explicar y recomendar cuáles deben ser las conductas personales de prevención de la enfermedad y conservación de la salud más adecuadas y evaluar el impacto de las actividades realizadas sobre la salud, los estilos de vida y de consumo.

A partir del marco anterior propuesto por la OMS, desde marzo de 2003 se establecieron en nuestro país por Orden Ministerial los mecanismos para la elaboración del Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (MSC, 2003; Kotseva, 2008; Kotseva & Wood, 2009) con la asignación de responsabilidades, objetivos, áreas de intervención y metodología de trabajo. Dicho Plan, muy necesitado desde hacía años, estableció estándares y modelos de actuación basados en las mejores pruebas disponibles. Sus ámbitos son la promoción,

la prevención, el manejo clínico, la rehabilitación y la reinserción social, los sistemas de información y la investigación. Se consideran “integrales” porque hacen referencia a todos los aspectos de una enfermedad. Buscan tener impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, el sufrimiento y la carga social y económica originados por una enfermedad o grupo de enfermedades. El principio de equidad que los inspira trata de minimizar la diversidad no justificable en la incidencia, la prevalencia, la asistencia y el tratamiento. Durante muchos años, el vacío existente en dicho sentido dificultaba la progresión de líneas de acción dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas, con el seguimiento y control en materia de salud. Hoy día, el respaldo político y gubernamental podría impulsar oficialmente un trato, asesoramiento y consejo individualizado a pacientes y familiares en el caso concreto de haber sufrido un infarto.

Asimismo, para afrontar el problema de las enfermedades cardiovasculares, ciertas iniciativas globales también han sido propuestas a nivel europeo (Graham et al., 2008; Kotseva, 2008; Kotseva & Wood, 2009). El Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología anima a los profesionales de la salud de todos los países a participar activamente en el diseño y la implementación de políticas nacionales e internacionales y de intervenciones poblacionales para el control y prevención de la enfermedad cardiovascular (Graham et al., 2008).

De forma similar, en la Declaración de Luxemburgo del 29 de junio de 2005 se definieron las siguientes características que hay que cumplir para mantener la salud cardiovascular (Graham et al., 2008):

- Evitar el tabaco.
- Realizar una actividad física adecuada (al menos 30 minutos al día).
- Elegir comida saludable.
- Evitar el sobrepeso.
- Mantener una PA < 140/90 mmHg.
- Mantener el colesterol total < 5 mmol/l (~200 mg/dl).

Dichas sociedades científicas y grupos de expertos, apoyan las iniciativas

destinadas a implementar medidas como las que se han tomado para el control del tabaquismo por la Convención Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la iniciativa de la UE sobre obesidad, la Estrategia Global de la OMS sobre dieta, actividad física y salud, y la Declaración de Osaka sobre Salud Cardíaca. Concretamente, esta última pretende aumentar la conciencia política de los gobiernos, fomentar el papel de científicos y profesionales de la salud para que publiciten los programas de salud cardíaca, promover que los colegios de profesionales de la salud instruyan sobre los métodos de organización comunitaria, marketing social y asuntos legales, y que los departamentos de salud, organizaciones no gubernamentales y organizaciones profesionales desarrollen planes para defender políticamente los recursos sanitarios, y por último, permitir que la OMS continúe promoviendo la salud cardíaca (Graham et al., 2008; Kotseva, 2008; Kotseva & Wood, 2009).

En definitiva, la importancia de desarrollar una estrategia preventiva en la práctica clínica se podría resumir de la siguiente manera:

- La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte prematura en Europa y una importante causa de invalidez. Contribuye además al aumento de los gastos en la Unión Europea.
- Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la aterosclerosis subyacente se desarrolla de forma insidiosa durante años y a menudo se encuentra en estado avanzado cuando aparecen los síntomas.
- La muerte por enfermedad cardiovascular ocurre frecuentemente de manera súbita y antes de que se disponga de atención médica, de forma que muchas intervenciones terapéuticas no pueden aplicarse.
- En su mayor parte, la enfermedad cardiovascular tiene estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables, es decir la enfermedad cardiovascular es evitable.
- Las modificaciones de los factores de riesgo (FR) cardiovasculares se han mostrado capaces de reducir la mortalidad y la morbilidad por ECV.

A continuación, se exponen de manera más detallada estrategias de prevención en las enfermedades cardiovasculares.

1.4. Estrategias de prevención, intervención y seguimiento

La cardiopatía isquémica es prevenible de forma integral, es decir, desde antes de su ocurrencia y una vez que ha ocurrido, son prevenibles sus impactos negativos. La prevención de la cardiopatía isquémica cuyo origen es multifactorial, supone también prevenir otras patologías. Las normas de actuación en prevención se derivan de la evidencia proporcionada por las investigaciones y recomendaciones aconsejadas por grupos de expertos y por sociedades científicas (Graham et al., 2008; Greenland et al., 2010; Kotseva & Wood, 2009; Mead et al., 2006; Mosca et al., 2011; MSC, 2003; Velasco et al., 2000; Velasco et al., 2004; Yoon et al., 2009).

Se pueden distinguir tres estrategias de prevención de la enfermedad cardiovascular: poblacional, prevención primaria de alto riesgo, y prevención secundaria. Las tres estrategias son necesarias y se complementan entre sí (Graham et al., 2008). En cualquiera de los tres enfoques preventivos de la enfermedad cardiovascular es preciso utilizar estrategias de educación para la salud (EPs) y emprender acciones educativas dirigidas a facilitar conocimientos precisos y fiables acerca de cómo alcanzar un buen estado de salud mediante el cuidado y el control de los determinantes de salud. Por otro lado, podemos agrupar los modelos educativos existentes (preventivo, educativo, de desarrollo personal, pragmático, de creencias en salud, informativo o el persuasivo motivacional, entre otros) en tres grandes modelos:

- Modelo divulgativo: resumido por López Santos (1998, citado en González de Haro, 2006, página 66) como un enfoque biologicista, individual, centrado en la enfermedad y autoritario, por tanto, no válido para promover y mantener cambios.
- Modelo conductual: carácter individual preventivo y terapéutico de manera integral promoviendo cambios comportamentales. Pero este modelo enconserta la salud en los comportamientos del individuo, sin tener en

cuenta la vivienda, los valores, las tradiciones, los ideales, o el trabajo de las personas. Es útil en problemas de componente comportamental pero poco eficaz en formación integral para el cuidado de la salud (López Santos, 1998, citado en González de Haro, 2006, página 67).

- Modelo integral: basado en la promoción de la salud (capacita a las personas y proporciona los medios para mejorar la salud y ejercer el propio control de dicha salud), incorpora factores personales, ambientales e institucionales determinantes de la salud, e implica que para fomentar la salud es preciso cambiar las condiciones y los modos de vida. La educación para la salud en este contexto es una herramienta fundamental que proporciona el desarrollo y la autonomía a los individuos. Cuando educamos hemos de ser veraces y exhaustivos para que las personas puedan hacer una libre elección informada.

Para López Santos (1998, citada en González de Haro, 2006, página 69) con este modelo se pretende despertar el interés por su salud en las personas y favorecer la asunción de la responsabilidad individual y comunitaria en el mantenimiento y mejora de la salud.

Una vez revisados los modelos de educación, se continúa presentado las tres estrategias de prevención de la enfermedad cardiovascular mencionadas anteriormente: poblacional, prevención primaria de alto riesgo y prevención secundaria (Graham et al., 2008).

La estrategia Poblacional pretende la reducción de la incidencia de la enfermedad cardiovascular al reducir los factores de riesgo y enfermedad cardiovascular a escala poblacional mediante cambios en el estilo de vida y el entorno, que afectan a toda la población, sin efectuar examen profesional a los individuos. Se basa fundamentalmente en intervenciones comunitarias.

En las estrategias de Prevención primaria de alto riesgo se trata con personas sanas y en las de Prevención secundaria se trata con pacientes con afección orgánica o enfermedad cardiovascular establecida. En ambas se intenta disminuir el riesgo cardiovascular total de los individuos.

En la prevención primaria de la enfermedad vascular se realizan programas

con objetivos de prevención individualizados que, en función del nivel de riesgo (alto, moderado o bajo), incluyen:

- Estrategias de intervención sobre estilos de vida y/o tratamiento farmacológico
- Estrategias de seguimiento
- Reevaluación de los objetivos

Los programas de Prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular han demostrado ser efectivos para mejorar los tratamientos, la morbilidad, el estado funcional y la mortalidad total de los individuos, sobre todo cuando se incorporan programas de ejercicio. Pero pese a que cada año 4,5 millones de personas fallecen por enfermedades cardiovasculares en Europa (42% del total de las muertes), al parecer aún no se encontrado la forma de alcanzar las metas en prevención secundaria de la enfermedad coronaria. Su gran coste y su impacto discreto en las poblaciones, continúa poniendo en entredicho su rentabilidad y se mantienen abiertos los estudios para evaluarla.

Uno de los principios básicos de la prevención cardiovascular es que el objetivo final de la prevención primaria no es controlar los factores de riesgo, sino reducir el riesgo de enfermar. Si no hay riesgo de enfermar no hay beneficio posible. De forma similar, a mayor riesgo, superior es el beneficio potencial. Por lo que se puede concluir que la intensidad de la intervención ha de ser proporcional a la magnitud del riesgo. Por ello, antes de asignar un programa a los individuos o a grupos, es preciso efectuar un cálculo del riesgo vascular (RV) como se verá a continuación, para establecer las prioridades en prevención cardiovascular y decidir sobre la intensidad de las intervenciones. Es un elemento de gran utilidad en el manejo de aquellos pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular. Una vez determinado dicho riesgo, se asigna el paciente a un programa de prevención o a otro:

- Prevención primaria: personas sin enfermedad cardiovascular conocida (con o sin factores de riesgo mayores modificables).
- Prevención secundaria: pacientes con enfermedad cardiovascular

conocida.

Veamos a continuación, con más detenimiento, cada una de ellas.

1.4.1. Prevención primaria y prevención secundaria

En la enfermedad cardiovascular debe ser un objetivo prioritario reducir la prevalencia de los factores de riesgo y la incidencia de la enfermedad coronaria y promover estilos de vida saludables en la población, centrándonos en los factores de riesgo conocidos.

Como hemos visto, en individuos sin manifestaciones clínicas de enfermedad pero expuestos a un riesgo elevado de sufrirlas, el objetivo de la intervención es reducir el mismo (prevención primaria). Es de suma importancia dirigir actividades específicas a grupos con riesgo conocido o potencial, por las oportunidades que presentan de prevención (por ejemplo, niños en general y mujeres en el caso del consumo de tabaco entre otros grupos). A las personas a quienes se haya detectado algún factor de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y obesidad) y que aún no han desarrollado síntomas de enfermedad, se les calculará y valorará el riesgo cardiovascular y se les ofrecerán, en función de su nivel de riesgo, las intervenciones preventivas y terapéuticas que precisen (educar al paciente y motivarlo para la modificación de los hábitos nocivos de vida, etc.). La estimación del riesgo de enfermedad coronaria se puede realizar con gráficos de estimación del riesgo individual. Estos gráficos pueden ser una herramienta muy útil en la negociación con el paciente y para que éste entienda con claridad los beneficios derivados de las intervenciones que se le proponen. Asimismo, pueden servir como estímulo para el paciente en el seguimiento. Permiten también ilustrar en qué situación respecto al riesgo se encontrará, por ejemplo, un paciente joven (en el que el riesgo de enfermedad coronaria en los próximos 10 años es bajo) dentro de unos años si no corrige los factores que se identifiquen. También deben usarse para demostrar el efecto beneficioso de la intervención sobre cada factor de riesgo en el mismo sujeto (MSC, 2003; Velasco et al., 2000)

En los casos en los que la enfermedad haya aparecido se realizará a los

pacientes prevención secundaria. La Sociedad Europea de Cardiología ha estudiado la prevención secundaria realizando dos cortes sucesivos en 9 y 15 países europeos, entre ellos España, con inclusión de más de 3.000 pacientes en cada uno de ellos, y ha mostrado deficiencias importantes. Más de la mitad de los enfermos no alcanza los objetivos de control de la presión arterial y de los niveles de lípidos, alrededor del 30% permanece obeso, el 20% continúa fumando y el 78% de los diabéticos no tiene controlada su glucemia de forma idónea. Los porcentajes correspondientes a nuestro país en el citado registro se hallan en el mismo rango. La conclusión de los investigadores fue que «existe un fallo colectivo de la práctica clínica en Europa en cuanto a alcanzar el potencial necesario entre los pacientes con cardiopatía coronaria para reducir el riesgo de recurrencias y de mortalidad». Esta deficiente aplicación de las medidas de prevención secundaria al alta hospitalaria se ha puesto de manifiesto también en España en los registros PREVESE I (Velasco et al., 1997) y PREVESE II (Velasco et al., 2002). Es recomendable por tanto incorporar a pacientes que lo requieran a programas de intervención comunitaria o de rehabilitación cardíaca.

1.4.2. Programas de intervención comunitaria.

La evidencia proveniente de estudios epidemiológicos poblacionales y de estudios de intervención comunitaria respalda la importancia de abordar la enfermedad coronaria desde un punto de vista poblacional, ya que existe evidencia, como se ha comentado anteriormente cuando se han abordado los factores de riesgo conductuales, que ciertos estilos de vida (más que las propias enfermedades o la predisposición genética) podrían ser las causas más importantes, y además modificables, de la mayoría de muertes por enfermedad coronaria.

Expertos en nutrición aconsejan seguir las recomendaciones basadas en la evidencia científica respecto a objetivos dietéticos y de ejercicio físico, por el gran beneficio que aportan para la salud pública (Gambino, Zumpano, Brennan & Hoogwerf, 2010; Puska et al., 2008). Concretamente, el mencionado informe de la OMS (Puska et al., 2008) muestra cómo la enfermedad cardiovascular es una enfermedad no sólo de los países

occidentales, sino también de los países en desarrollo, y recomienda a los países que den prioridad a las intervenciones poblacionales como estrategia más costo-efectiva, como son reducir la sal en las comidas, reducir la grasas en la dieta, promover el ejercicio físico y el consumo de fruta y verdura, y reducir la prevalencia de tabaco. Se añade en dicho informe de la OMS (Puska et al., 2008) que en los países desarrollados, 7 de los 10 primeros factores de riesgo que causan más enfermedades son factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.

Un ejemplo clásico de intervención comunitaria es el estudio de las tres comunidades de Standford, en Estados Unidos, realizado entre 1972 y 1975, en donde dos ciudades del norte de California con una población total de 27.000 habitantes se comparaban con una comunidad control de 15.000 habitantes. La intervención consistió en una campaña multifactorial abordando los factores de riesgo cardiovascular basada fundamentalmente en la prensa escrita, la televisión, la radio y los materiales impresos distribuidos en la población. Los resultados observados fueron un descenso significativo de los factores de riesgo cardiovascular, como la obesidad, el tabaquismo, el colesterol o la hipertensión arterial (MSC, 2003).

En 1972 se realizó un estudio en Karelia del Norte, Finlandia (Puska, 2010), en dos áreas diferentes del Este del país donde la mortalidad por enfermedad coronaria era extremadamente alta. Se puso en marcha un programa de intervención y se compararon resultados con una población control. Lo cierto es que una estrategia nacional que combinó la prevención, la promoción de salud a escala comunitaria y el acceso a tratamientos farmacológicos se tradujo en una reducción de la mortalidad de un 60% durante el periodo 1970-1992. Este estudio contribuyó enormemente al desarrollo e implantación de programas de intervención comunitaria, creando modelos que se han aplicado no sólo en Finlandia, sino en otros países (MSC, 2003).

1.4.3. Programas de Rehabilitación Cardíaca

Desde sus inicios en la década de los cincuenta, la rehabilitación cardíaca se centró en la mejoría de la capacidad funcional y en la reinserción laboral del paciente, pero fue en 1973 cuando la Sociedad Internacional de Cardiología

señaló que «debe comprender todos los aspectos de los pacientes con cardiopatía isquémica: prevención de factores de riesgo y rehabilitación física, psicológica y social» (Plan Integral de Cardiopatía Isquémica, 2003; Velasco et al., 2000; WHO, 1994).

Los programas de Rehabilitación son sistemas de actuación multifactorial aconsejados por la Organización Mundial de la Salud en los años sesenta (WHO, 1964). Su razón de ser fundamental es la Cardiopatía isquémica en sus diferentes facetas, pero es ampliable a todo tipo de enfermedades cardiovasculares y debería ser aplicada a sujetos sanos con factores de riesgo u otras afecciones. Las contraindicaciones para efectuar los programas de rehabilitación cardíaca se han visto reducidas con el paso del tiempo, aunque en muchos casos obligarán a realizar un seguimiento muy cuidadoso. En los pacientes coronarios, el objetivo prioritario de mejorar la calidad de vida, se complementa con medidas que buscan la prevención secundaria de la enfermedad, optimizando las vías clínicas correspondientes ya que, una vez diagnosticada la cardiopatía isquémica, el tratamiento médico y las medidas de prevención secundaria serán para toda la vida (MSC, 2003; Velasco et al., 2000; WHO, 1994).

La rehabilitación cardíaca ha demostrado su eficacia al integrar intervenciones multidisciplinares coordinadas, para asegurar las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales a los pacientes con enfermedades cardiovasculares y sus familias con el objetivo de que recuperen el bienestar. Es un servicio basado en la evidencia, que debe ser proporcionado a todos los ciudadanos de la Unión Europea que padezcan una enfermedad cardiovascular conforme a sus necesidades. El acceso del paciente cardíaco a la rehabilitación en Europa oscila entre el 50-60% en Holanda, Austria y Finlandia, y el 2-3% en España, Portugal y Grecia, con un 20-25% de accesibilidad en el resto de países (MSC, 2003).

En el año 2004 en nuestro país los centros que realizaban un programa de rehabilitación cardíaca en España eran únicamente doce. Los motivos de la escasa implantación de los programas de rehabilitación cardíaca eran la falta de apoyo de algunas instituciones, la poca información que recibían los pacientes acerca de los programas y la falta de interés de los cardiólogos

(Márquez et al., 2003).

En España la situación continúa siendo deficitaria para la rehabilitación cardíaca sin haber cambios desde hace décadas y continuamos siendo uno de los países de Europa con menor número de centros de rehabilitación cardíaca y, por lo tanto, donde menos pacientes realizan estos programas preventivos. En España, se rehabilitan menos del 3% de los pacientes con indicación, frente a cifras que alcanzan el 90% en otros países europeos. Por tanto, se considera imprescindible incrementar los programas de rehabilitación cardíaca en España como forma de mejorar la prevención cardiovascular que ofrecemos a nuestros pacientes (León et al., 2009). En suma:

- La rehabilitación cardíaca no ha llegado a implantarse en nuestro país
- El enfoque general en este campo ha cambiado, de tal forma que la rehabilitación cardíaca debe encuadrarse dentro del marco más amplio de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica.

Existen evidencias científicas suficientes a favor de la eficacia de la rehabilitación cardíaca en la reducción de la morbilidad y la mortalidad y en la mejora de la calidad de vida de familiares y pacientes postinfarto (Antman, Anbe & Armstrong, 2004; Arós et al., 1999; Choo, Burke & Pyo Hong, 2007; Espinosa et al., 2004; Heran et al., 2011; Rees, Taylor, Singh, Coats & Ebrahim, 2004; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002; Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention, 1998; Velasco et al., 2000).

Estudios sobre el coste-beneficio de estos programas han demostrado de forma inequívoca su viabilidad (Maroto, Pablo de, Morales & Artigao, 1996; Oldridge et al., 1993). La incompleta implantación de dichos servicios en algunos países y los costos que genera, sigue siendo origen de controversia y su discusión continúa en pleno auge (Clark, 2010; Dalal, Zawada, Jolly, Moxham & Taylor, 2010; Taylor, Dalal, Jolly, Moxham & Zawada, 2010; Jolly et al., 2007). La rehabilitación cardíaca comprende el ejercicio, el consejo antitabáquico, la dieta y otras estrategias para devolver al sujeto al estado óptimo de salud. La efectividad de las intervenciones basadas en ejercicios en

comparación con la atención médica habitual en pacientes con insuficiencia cardíaca dentro de programas de rehabilitación cardíaca o en intervenciones fuera de dichos programas ha sido estudiada por diversos autores en los últimos años.

Munro et al. (1988) miden los efectos físicos y psicosociales de la práctica de la técnica de relajación en pacientes con un infarto de miocardio inscritos en un programa de rehabilitación cardíaca. Las medidas de resultado incluían la presión arterial, la Frecuencia Cardíaca, el nivel de acondicionamiento aeróbico y el funcionamiento psicosocial. Se encontró que la práctica de relajación tenía un efecto significativo sobre la presión arterial diastólica.

En los últimos años se han publicado diferentes revisiones sistemáticas en las que se evaluaba la eficacia de someter a los pacientes a rehabilitación cardíaca con ejercicios e intervenciones psicosociales y educativas, frente a la rehabilitación cardíaca basada sólo en ejercicios llegando a conclusiones similares y aparentando ser el ejercicio más beneficioso que otras intervenciones (Clark, Hartling, Vandermeer & McAlister, 2005; Heran et al., 2011; Jolliffe et al., 2001; Jolliffe et al., 2008; Rees et al., 2004; Taylor et al., 2010). Rees et al. (2004) encontraron que el entrenamiento basado en ejercicios mejoraba la capacidad física y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca moderada, pero faltaban estudios con respecto a la eficacia de dicho ejercicio en los resultados clínicos.

Avanzando en esta línea, Jolliffe et al. (2001) estudiaron dos meta-análisis con unos 4.000 pacientes, y se concluyó que era eficaz asistir a programas de rehabilitación cardíaca con ejercicio, después de un infarto de miocardio, por la reducción significativa (20-25%) de la mortalidad por causas cardíacas y por todas las causas, frente a aquellos que recibían los cuidados convencionales. Años después los mismos autores (Jolliffe et al., 2008) actualizan dicha revisión sistemática con la intención de determinar la efectividad de las intervenciones en base a ejercicio sólo o ejercicio como parte de un programa de rehabilitación cardíaca integral, comparadas con la atención usual sobre la mortalidad, morbilidad, sobre la calidad de vida, y los factores de riesgo cardíacos modificables de los pacientes con enfermedad coronaria. Presentaron una serie de medidas de resultado en relación a la

morbilidad, mortalidad, revascularización, además de la medida de la calidad de vida. Como medida secundaria se evaluó el hábito de fumar, la presión arterial y niveles de lípidos en sangre. Aunque algunos estudios tenían calidad pobre, se consiguió estudiar a 8.840 sujetos y se concluyó, por un lado, que, aunque con poca diferencia, la rehabilitación basada en el ejercicio parece ser efectiva en la reducción de muertes por causas cardíacas y en mejorar la calidad de vida de las personas y, por otro lado, que el ejercicio sólo no es tan eficaz como cuando se combina con medidas de rehabilitación integral, aunque era preciso seguir profundizando en dicho aspecto.

Por su parte Jelinek, Clark, Oldridge, Briffa & Thompson, (2011) han hallado que las intervenciones con o sin ejercicio en los programas de rehabilitación cardíaca son efectivas para reducir el infarto de miocardio recurrente y, por lo tanto, para reducir la mortalidad total.

Según Heran et al. (2011) concluyen en su amplia y actual revisión sistemática, la rehabilitación cardíaca es eficaz en la reducción de la mortalidad total y cardiovascular a largo plazo y en la calidad de vida de los pacientes, pero no parece reducir el riesgo total de infartos.

Rees et al. (2008) intentan determinar la efectividad de las intervenciones psicológicas de los programas de rehabilitación cardíaca, en particular las intervenciones de control del estrés sobre la mortalidad y morbilidad, la calidad de vida y los factores de riesgo. Las conclusiones a las que han llegado son que las intervenciones psicológicas generales no tienen efectos significativos sobre la mortalidad, aunque sí reducen la ansiedad y la depresión en pacientes con cardiopatía coronaria. Lo mismo ocurre con las intervenciones específicas de control del estrés.

Por otro lado, en un metaanálisis realizado sobre 37 ensayos clínicos se examinan los efectos de programas de rehabilitación cardíaca de intervención psicoeducacional (educación para la salud y manejo del stress) a pacientes coronarios (Dusseldorp et al., 1999). Los autores parten de la hipótesis de que dichas intervenciones dentro de los programas consiguen controlar ciertas alteraciones emocionales, factores de riesgo coronario (tensión arterial, colesterol, obesidad) y cambiar conductas inadecuadas (fumar,

sedentarismo, hábito dietético). Añaden que, al parecer, dichos cambios son más fáciles de conseguir y eficaces con intervenciones psicoeducativas que con una rehabilitación cardíaca basada en ejercicio físico, y que se reducen las repeticiones de eventos cardíacos y, por tanto, las complicaciones y la mortalidad. Por su parte, en una revisión sistemática publicada por el NHS Centre for Reviews and Dissemination (University of York., 1998) se aconseja combinar el ejercicio, las intervenciones psicológicas y las educativas, y las intervenciones de consejo a los pacientes en rehabilitación cardíaca para obtener mayores beneficios.

Por todo lo expuesto, hoy día más que cuestionar los beneficios de la rehabilitación cardíaca, se pretende determinar qué tipo de intervenciones son más eficaces dentro de dichos programas.

Diversos estudios que comparan la rehabilitación cardíaca tradicional con otro tipo de intervenciones o con rehabilitación domiciliaria se han publicado últimamente y abren nuevas perspectivas. El estudio EUROACTION (Wood et al., 2008), coordinado por un equipo de enfermeras, multicéntrico (8 países europeos) multidisciplinar y ambulatorio de pacientes con enfermedad coronaria contaba con el apoyo de la familia que eran individuos en alto riesgo de enfermedad cardiovascular y trataban de emprender cambios y mantenerlos. Han obtenido resultados muy favorables al compararlos con pacientes y familiares que tenían el tratamiento habitual. Este ejemplo de modelo de cuidados y prevención en personas con enfermedad cardiovascular o en riesgo de ella sigue el criterio actual que considera que no debe existir separación entre prevención primaria (en personas de alto riesgo) y prevención secundaria (personas con enfermedad cardiovascular). Dicho modelo de cuidados puede realizarse en la práctica diaria, conviviendo con los servicios de rehabilitación cardíaca, adaptados a las necesidades económicas y culturales de las zonas.

Sinclair, Conroy, Davies & Bayer (2005) efectuaron un ensayo clínico con pacientes mayores para valorar el efecto de la rehabilitación cardíaca domiciliaria y el apoyo domiciliario en visitas a las 1-2 y 6-8 semanas después del alta hospitalaria. El programa domiciliario era guiado por una enfermera que animaba a autocontrolar la enfermedad y su régimen de tratamiento,

enseñar autocuidados y orientar sobre la reanudación de las actividades diarias, así como acceder a servicios comunitarios. Se halló que este tipo de tratamiento pudiera ser incluso más eficaz que el hospitalario, que no es individualizado ni adaptado a mayores. Se logró mejor autocontrol de la enfermedad, mejora de la autoestima y la confianza y una reducción de los ingresos o al menos de la duración de los mismos (Hiltunen et al., 2005).

La rehabilitación cardíaca, caracterizada por programas multidisciplinarios a largo plazo que incluyen consejo dietético y prescripción de ejercicio junto con el tratamiento médico, es cara y no se ha demostrado de forma definitiva que sea más eficaz para reducir los criterios clínicos consistentes de valoración cuando se compara con el ejercicio sólo. La mayoría de los hospitales podría ofrecer servicios de prevención y rehabilitación y coordinarlos con atención primaria, aunque en la realidad los programas de intervención coordinada, rara vez se ofrecen (Kotseva et al., 2008; Kotseva, 2009; Kotseva & Wood, 2009; Wood et al., 2008).

Independientemente de los debates que giren en torno a ella, parece que es necesario evaluar, aconsejar y proporcionar intervenciones a los pacientes después del infarto para promover en ellos la recuperación y el mejor grado de salud alcanzable.

Es preciso realizar un seguimiento interdisciplinar a los pacientes tras un infarto, tan pronto como sea posible. Identificar variables predictoras de peor calidad de vida y tratarlas precozmente puede evitar su cronificación, complicaciones o evolución agresiva de la enfermedad, lo que mejorará la calidad de vida (Hoffmann, Pfiffner, Hornung & Niederhauser, 1995; Roebuck, Furze & Thompson, 2001). Para ello, el uso de cuestionarios específicos permite valorar tanto el estado objetivo de salud como el subjetivo. Esta última dimensión -la satisfacción y percepción de la propia salud que tiene el individuo- es la variable más claramente asociada al uso de servicios sanitarios (Esteve & Roca, 1997), por lo que se podría inferir que se evitarían reingresos y dependencia de los mismos y se reducirían los costes. Los datos recogidos en los cuestionarios permiten adecuar los cuidados a cada paciente para mejorar la funcionalidad, autonomía, independencia y bienestar de ellos

y su familia, es decir mejorar su calidad de vida (Dixon, Lim & Heller, 2001; Oldridge et al., 1998)

1.4.4. Situación de la prevención de la enfermedad cardiovascular

Las modificaciones en los hábitos higiénico-dietéticos para mejorar el estilo de vida son indicaciones permanentes en las guías de prevención cardiovascular, aunque no se obtienen los resultados esperados de dichas medidas terapéuticas y farmacológicas. En la prevención de la enfermedad cardiovascular son obligados la detección y el tratamiento intensivo de todos los factores de riesgo, especialmente aquellos que son modificables.

Para comprobar en qué punto se encontraba la prevención en cardiología y el grado de cumplimiento de las recomendaciones efectuadas en las guías y por las sociedades europeas científicas, la European Society of Cardiology (ESC) realizó entre 1995–1996 en nueve países europeos el estudio EUROASPIRE I. En los años 1999-2000 se efectuó EUROASPIRE II incluyéndose 8 países que fueron los que accedieron a participar en esta edición. Ambos mostraron tasas altas de factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con enfermedad coronaria. El tercer estudio, EUROASPIRE III, realizado entre 2006–2007 en 22 países, fue dirigido para determinar si había mejorado la cardiología preventiva y si se seguían las directrices de prevención. Los tres estudios fueron transversales e incluyeron a pacientes menores de 70 años con enfermedad coronaria.

Tras finalizar el estudio EUROASPIRE III se comparó la evolución de la prevalencia de los factores de riesgo en los ocho países comunes que habían participado en los tres estudios en total, que comprende un período aproximado de doce años (Kotseva & Wood, 2009). En el primer y segundo estudio se analizaron a pacientes con enfermedad coronaria por lo que fue más llamativo aún el pobre control de los factores de riesgo cardiovascular en la tercera medición. En el último estudio se incluyeron por primera vez a personas sanas con alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Concretamente, a un total de 8.966 pacientes a los que se preguntó sobre estilos de vida y otros factores de riesgo tradicionales. Es cierto que, según los resultados, en la última década se ha avanzado en el

control de los niveles de colesterol, pero el control de la presión arterial no se ha modificado y, además, la obesidad y la diabetes parecen haber aumentado dramáticamente. Asimismo, en cuanto al tabaquismo, cerca de un 20% de los pacientes con enfermedad coronaria sigue fumando. Los investigadores hacen hincapié en que estos resultados mencionados se producen a pesar del aumento de la utilización de tratamiento médico como hipotensores, antihipertensivos y fármacos para el control del colesterol.

Concluyen Kotseva & Wood (2009) que los resultados deben ser motivo de preocupación para los responsables de las políticas sanitarias, y los profesionales sanitarios por las tendencias observadas de estilos de vida adversos como son aumento en la obesidad, diabetes mellitus y hábito de fumar en las mujeres más jóvenes, así como fracasos en el tratamiento de la presión arterial. Por último, se insiste en la necesidad de modificar el estilo de vida de los pacientes con enfermedad coronaria y de un mayor ajuste a las guías de práctica clínica. En esta misma línea, Brekke & Gjelsvik (2009) en la revista *The Lancet* publicada el 14 de marzo de 2009, volumen 373, p.873-5 consideran que los resultados de los estudios EUROASPIRE son "desalentadores", insisten en que las recomendaciones de cambio de los estilos de vida se centran en "(...) *la rehabilitación cardíaca y en la prevención del riesgo secundario (...) dejar de fumar, elegir comidas saludables y ser físicamente activo.*"

1.4.5. La lenta implementación de las estrategias de prevención

Existen importantes barreras que pudieran ser responsables del lento avance en prevención observado hasta ahora. Por un lado, cabe señalar las barreras de los profesionales, por otro lado de los pacientes y, por último, de los sistemas sanitarios dominados por la asistencia aguda, la tecnología médica, los dispositivos y los tratamientos farmacológicos. Aunque existen multitud de documentos de consenso y guías de práctica clínica que definen con claridad los estándares de calidad en el cuidado de los pacientes en riesgo vascular, tanto en prevención primaria como secundaria, continúa habiendo una separación entre el conjunto de estándares y la práctica clínica, como reconocen ciertos expertos y se evidencia en diversos estudios, tales como

los siguientes:

Según publican Kotseva & Wood (2009) en la revista The Lancet, en marzo de 2009, volumen 373, p.929-940 *"(...) los pacientes coronarios en Europa no han alcanzado las metas para la presión arterial y dos de cada cinco no alcanzan los objetivos para el colesterol. El tratamiento (...) con un fármaco sin abordar las causas subyacentes de la enfermedad no puede lograr los beneficios globales de la prevención (...) el tratamiento farmacológico siempre debe ir de la mano de la intervención profesional sobre el estilo de vida (...) es inútil conservar el miocardio isquémico de forma aguda sin abordar las causas subyacentes del estilo vida en la enfermedad"*

En el editorial del mismo número de 14 de marzo de 2009, volumen 373, p.873-75 de la revista The Lancet, Brekke & Gjelsvik (2009) indican que *"los médicos deberían ser capaces de seguir las directrices sobre prevención secundaria pero aún siguen sin alcanzarse estos objetivos terapéuticos. No se sabe si la razón es el rechazo de los médicos a ciertos tratamientos farmacológicos caros con posibles efectos secundarios, que los objetivos son demasiado ambiciosos, a un problema al que se considera basado en el estilo de vida y por tanto se consideran "asuntos privados" o simplemente que los médicos ignoran las últimas directrices"*.

Según Guterbaum & Gaede (2011), en el caso de los obstáculos médicos, se ha demostrado que la falta de seguimiento de las recomendaciones se relaciona con el conocimiento que el médico tiene sobre la enfermedad.

Para Wood, investigador principal del estudio EUROASPIRE (Kotseva & Wood, 2009) *"(...) los pacientes necesitan apoyo profesional para hacer cambios en su estilo de vida y también alcanzar un manejo más eficaz de sus factores de riesgo (...) dar una receta no es suficiente. Los pacientes necesitan comprender la naturaleza de su enfermedad y la forma adecuada de mejorarla. Esto sólo puede conseguirse a través de un amplio programa de prevención y rehabilitación"*.

Entre los factores de los pacientes que puedan constituir una dificultad para el control y la mejora de la enfermedad cardiovascular, se encuentra la falta de voluntad y predisposición del paciente a seguir el tratamiento prescrito e

influyen ciertos factores como los siguientes (Guterbaum & Gaede, 2011):

Muchas intervenciones sobre factores de riesgo en prevención primaria en pacientes sin síntomas pueden hacer que dichos pacientes desistan del tratamiento al no encontrarse en sintonía con dichas medidas y programas o al no padecer la enfermedad, pudiendo llegar a estimar que dichos tratamientos preventivos -sin haber presencia de síntomas- pueden interferir en su vida cotidiana en mayor medida que la propia enfermedad.

En el caso del seguimiento de los programas de prevención secundaria, ciertos pacientes pueden decidir que no necesitan cambios de vida y dieta si entienden que asumirlos reduce su calidad de vida. Ello supone un obstáculo en la adherencia al tratamiento en ciertos casos, y los cambios de estilo de vida se pueden llegar a ver como un obstáculo mayor que tomar medicación, incluso en caso de síntomas en los que el inicio del tratamiento puede no aliviarlos.

Por último, gran parte de la distancia existente entre la situación real de los pacientes y las recomendaciones es la falta de adherencia a la medicación, y puede verse favorecida por el hecho de que las pautas sean complejas, los tratamientos no estén adaptados al nivel cultural o capacidad de los pacientes, los costes económicos sean altos para los pacientes, además de los inconvenientes de las interacciones farmacológicas.

Glasgow (1986, citado en Guterbaum & Gaede, 2011) ha demostrado que los pacientes solo toman un 50-70% de la medicación prescrita. Michael Ho (2006, citado en Guterbaum & Gaede, 2011) encontró en su estudio que los individuos que abandonaban parte o la totalidad del tratamiento prescrito presentaban un pronóstico de mortalidad al año significativamente peor que quienes continuaron con la medicación. En concreto, los pacientes que abandonaron todas las medicaciones al cabo de un mes fueron los que presentaron menor supervivencia al cabo de un año, en comparación con los pacientes que continuaban tomando una o más de las medicaciones. En un análisis de supervivencia el abandono del tratamiento médico mostró asociación independiente, con una tasa de mortalidad casi cuatro veces superior en quienes lo habían abandonado.

En nuestra comunidad autónoma, cuando se estudian y analizan los datos procedentes de los centros sanitarios andaluces se observa que queda un largo camino por recorrer y multitud de aspectos que mejorar (Navarro et al., 2010). Efectivamente, existen importantes barreras y si bien pacientes y profesionales tienen problemas de cumplimiento que es necesario solucionar, quizás los más importantes sean los problemas estructurales, ya que los sistemas sanitarios actuales están más enfocados a las actividades a demanda y a la resolución de problemas agudos o episódicos que a las medidas preventivas y seguimiento de procesos crónicos, sobre todo si éstos son asintomáticos como ocurre con la mayor parte de los factores de riesgo cardiovasculares. Para conseguir un cierto grado de efectividad de las intervenciones preventivas se precisa, además de la realización de campañas educativas de carácter poblacional, y de promoción de la salud, la intervención de equipos multidisciplinares de profesionales relacionados con la salud para lograr una adecuada comunicación y cooperación que favorezca una mayor estructuración de los cuidados y evite la duplicación de actuaciones, generando así eficiencia y satisfacción de los pacientes y profesionales. Por otro lado, surge la preocupación por los posibles desajustes entre los recursos disponibles y las expectativas de los ciudadanos, con una necesidad cada vez mayor de sistemas sanitarios eficientes, una importancia progresiva de la medicina basada en las pruebas científicas a la hora de tomar decisiones y una creciente participación de los pacientes.

1.5. Particularidades de la enfermedad cardiovascular

A continuación se comentarán determinadas particularidades de la enfermedad cardiovascular que son necesarias tener en cuenta para el abordaje de las mismas.

Las prioridades en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares y especialmente en la prevención, deben centrarse en grupos específicos, encabezados por los pacientes con enfermedad ya establecida y por los individuos de alto riesgo. Hemos de considerar además, que en los próximos años asistiremos a un cambio en el perfil de la población afectada y en la

tendencia de la enfermedad, por lo que las prioridades deberán adecuarse a dichas circunstancias. Respecto a ello, el mayor desarrollo en prevención de las enfermedades cardiovasculares en los últimos tiempos, unido a las mejoras tecnológicas (revascularización miocárdica y trasplante) y los nuevos tratamientos, ha propiciado que la mortalidad hospitalaria se esté reduciendo.

Por otro lado, el cambio de la pirámide poblacional nos hace pensar que el número de dependientes y personas que requieran asesoramiento o atención sanitaria, se verá muy incrementado en los próximos años. También será preciso elaborar estrategias de actuación diferenciadas por edad, género, procedencia sociocultural y otras necesidades individuales en las que la enfermedad presenta diferencias bien marcadas, porque la salud de los individuos es el resultado de experiencias y exposiciones a diferentes tipos de riesgos a lo largo de la vida. La cultura, el poder adquisitivo, las costumbres, los hábitos, las diferencias étnicas, la edad y el género, por ejemplo, pueden determinar un perfil psicosocial de riesgo postinfarto diferente en hombres y mujeres, por lo que las necesidades y actuaciones pueden ser distintas.

Los sistemas sanitarios estarán en un futuro sometidos a unas cargas asistenciales muy superiores a las actuales. El progresivo envejecimiento de la población española -y de los países de nuestro entorno- va asociado a un incremento de la demanda y la utilización de los servicios sanitarios. En la medida que persista esta tendencia al envejecimiento, será preciso buscar alternativas de cuidados y fortalecer redes de apoyo y cuidados a dicha población anciana de índole formal o informal. En este sentido, hasta hace pocos años el cuidado de mayores y pacientes crónicos era asumido por la mujer o las hijas, pero actualmente el rol femenino en muchos ámbitos y en la vida cotidiana de las familias ha cambiado.

Aún con limitaciones, los mayores de hoy son más autónomos, tienen más información y necesitan gestionar su propia salud para alargar su vida.

Los mayores de 74 años son los que más utilización de los servicios sanitarios reflejan, pero dicho cambio en el patrón de utilización hospitalaria responde posiblemente más a los cambios en la oferta (accesibilidad, nuevas tecnologías) o al nivel de renta, que a un incremento de la morbilidad o

discapacidad en la población anciana. Tampoco debemos olvidar el incremento de la esperanza de vida en los últimos años, y por tanto de la población de 65 años o más, aunque dicho incremento de los años de vida no implican siempre vivir en buen estado de salud. Por el contrario, los pacientes mayores tras sufrir un infarto tienen peor evolución y pronóstico que los jóvenes, con lo cual su estado de dependencia de los servicios sanitarios es mayor (Carroll & Rankin, 2006; Dallongeville et al., 2010; Hiltunen et al., 2005; Barbareschi, Sanderman, Kempen & Ranchor, 2009; Crimmins, Hayward, Ueda, Saito & Kim, 2008; Giallauria et al., 2006; Lenderink et al., 2010; Marrugat et al., 2004; Novella et al., 2008; Sinclair et al., 2005).

Es necesario considerar las diferencias que la enfermedad cardiovascular puede presentar según el sexo. En el mundo 8,6 millones de mujeres mueren al año por enfermedad cardiovascular; el 43% de mujeres españolas fallece por esta causa. En Estados Unidos la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte entre la población femenina, pero según una revisión sistemática de cientos de artículos publicados, menos de la mitad de las mujeres americanas es consciente de la enfermedad cardiovascular. Son precisamente las mujeres con mayor riesgo cardiovascular –afroamericanas e hispanas- las menos conscientes de los factores de riesgo, tales como la obesidad, el sedentarismo y la diabetes. Por ello, en las nuevas directrices se subraya la necesidad de cubrir este vacío de educación sanitaria, haciendo especial hincapié en la necesidad de cambiar los estilos de vida, aconsejando la cesación tabáquica, la práctica de ejercicio y la dieta saludable y, por otro lado, el control de tensión arterial y los fármacos para reducir el colesterol LDL). Asimismo, se intentan crear estrategias personalizadas en la prevención de los infartos de miocardio y los ictus (Mosca et al., 2004; Mosca et al., 2011). Políticos y autoridades sanitarias deben reforzar la difusión del problema y promover programas de seguimiento y educación a mujeres.

En España, en el año 2008 ingresaron 41.844 mujeres en los hospitales por cardiopatía isquémica, lo que supuso un incremento de un 30% respecto a los ingresos hospitalarios de hace 10 años (Graham et al., 2008). Dicho aumento de la morbilidad se debe a la mejora de la esperanza de vida y al aumento del consumo del tabaco entre las mujeres, el cual, continúa en aumento. Son

preocupantes ciertos datos epidemiológicos como, por ejemplo, que las mujeres que fuman de uno a cuatro cigarrillos al día, incrementan el riesgo de infarto de miocardio 2,5 veces respecto a las que no fuman, o bien que la reducción de la enfermedad cardiovascular observada en los últimos años se ha producido a expensas de los hombres y no de las mujeres. De hecho, no sólo se ha incrementado la incidencia de enfermedad cardiovascular en mujeres, sino que además ciertos factores de riesgo como la obesidad, la HTA y el colesterol elevado se están haciendo más frecuentes en mujeres, sobre todo en las de más edad. Otros hechos que preocupan son los referentes a que en las mujeres la diabetes aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular fatal, o que el uso de anticonceptivos orales combinado con tabaquismo aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular. Por último, la mortalidad en mujeres por esta causa es más alta que en varones, aunque como media, fallecen 10 años más tarde que éstos.

En todas las fases de la evolución clínica de la enfermedad cardiovascular se observa la clara desventaja para las mujeres y, por ello, se estima prioritario el asesoramiento sobre el manejo del riesgo y su tratamiento farmacológico para dicho riesgo, ya que está dificultado por evidencias defectuosas, puesto que a menudo las mujeres están infrarrepresentadas en los estudios clínicos y puede haber diferencias entre sexos en las respuestas. Muchos otros aspectos relacionados con la enfermedad cardiovascular han sido bien estudiados en varones pero no en mujeres, y las respuestas, como se ha comentado, podrían ser distintas, por lo que deben continuarse los estudios.

Es preciso someter a evaluaciones de riesgo a mujeres y estar atentos a la prevención primaria en mujeres jóvenes de bajo riesgo relativo y al manejo efectivo de los cambios en el estilo de vida, por ser en general más importante el estilo de vida, que el tratamiento farmacológico para evitar el alto riesgo absoluto a edad avanzada.

En una investigación realizada por Regidor et al. (2003) se evalúa la importancia de las circunstancias socioeconómicas, tanto en la infancia y adolescencia como en la etapa de adulto, sobre mortalidad prematura a causa de las principales enfermedades crónicas en un país mediterráneo. Se

estudió la relación del nivel de estudios y los ingresos económicos con la mortalidad en varones y en mujeres, y se encontró que la contribución de estas circunstancias a la mortalidad varía dependiendo de la causa de muerte y del sexo. Los resultados relativos a la enfermedad isquémica del corazón y a la enfermedad cerebrovascular son sorprendentes, ya que sólo se encontró asociación con las circunstancias socioeconómicas en mujeres. Las mujeres con menor nivel de estudios y con menor nivel de ingresos presentaron el mayor riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. En diversas investigaciones nacionales se demuestra que las diferencias socioeconómicas influyen en la prevalencia de ciertos factores de riesgo coronario con un patrón social muy marcado en mujeres como, por ejemplo, la obesidad es mayor en mujeres que en varones según el nivel de estudios. El acceso de la mujer al trabajo en la segunda mitad del siglo XX implica que en muchos casos éstas no puedan seguir asumiendo tareas domésticas, cuidados de hijos y mayores y trabajo fuera de casa, hecho que sigue manteniéndose en clases sociales más desfavorecidas. Algunos estudios muestran que el factor que permite con mayor frecuencia la posibilidad de compaginar ambos trabajos (laboral y familiar) es la disponibilidad de una red informal de apoyo práctico y emocional de las personas mayores de 65 años o dependientes que preste ayuda para cuidar.

La mayor mortalidad por diabetes mellitus en las mujeres con menor nivel de estudios y en mujeres pertenecientes al grupo con menor nivel de ingresos refleja muy probablemente la distribución social de la obesidad señalada anteriormente, principal factor de riesgo de esa enfermedad. Las conductas que conducen al desarrollo de la obesidad en las mujeres se iniciarían en la infancia y en la adolescencia. De la misma forma, análisis no publicados de las encuestas nacionales de salud españolas por entrevista reflejan importantes variaciones en la prevalencia de la hipertensión arterial según el nivel de estudios en mujeres, pero escasas diferencias en varones (MSC, 2003).

Para comparar los cambios según el sexo en los factores de riesgo cardiovascular se evaluó en los tres estudios EUROASPIRE (entre 1994 y 2007) a las mujeres participantes (mujeres 25,3% de la muestra). Se halló un

perfil de mujeres mayores y con menor nivel educativo que los hombres y con una mayor prevalencia de obesidad, presión arterial, colesterol y diabetes que los hombres. Las mujeres alcanzaron con menos facilidad que los hombres los objetivos de niveles de presión arterial, colesterol LDL y hemoglobina glicosilada HbA1c después de un evento coronario, y la evolución a lo largo de los años demostró que este aspecto no mejoraba (Dallongeville et al., 2010). En otro trabajo se pretendía examinar las diferencias entre hombres y mujeres en lo que a síntomas depresivos se refiere, puesto que diversos estudios señalan que las mujeres con enfermedades cardiovasculares tienen un peor pronóstico que los hombres y los síntomas depresivos pueden ser un factor contribuyente a este hecho. Se concluyó que existían diferencias en el estado de salud mental entre hombres y mujeres y que los síntomas depresivos en éstas eran más frecuentes (Norris, Hegadoren & Pilote, 2007)

Otros estudios profundizan en cómo el control del estrés puede prolongar la vida de las mujeres con enfermedad coronaria (Orth et al., 2009) o en cómo las intervenciones psicosociales dentro de programas de rehabilitación cardíaca pueden mejorar el estado y la salud de las mujeres (Davidson et al., 2008).

La Asociación Americana del Corazón ACC/AHA (American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association) ha elaborado directrices para disminuir el riesgo de infarto de miocardio e ictus entre la población femenina y han sido publicadas bajo el nombre “ACCA/AHA Scientific Statements Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women” (Mosca et al., 2011).

El caso es que aunque la esperanza de vida de las mujeres sea mayor que la de los hombres, las sobrecargas a las que se ven sometidas debido a las múltiples obligaciones y al cambio de rol social y familiar de las mismas, sin que haya cambios sustantivos en el reparto de responsabilidades domésticas, han contribuido a que la salud de las mujeres sea peor. Cuando las mujeres ocupadas fuera del hogar tienen condiciones de trabajo adecuadas y trabajo remunerado presentan mejor salud en comparación con las amas de casa. Es importante señalar, sin embargo, que trabajar en condiciones precarias no

supone un beneficio para las mujeres.

Las mujeres con menor formación tienen más dificultades para el acceso al mercado laboral, pero también les resulta más difícil compaginar el trabajo remunerado y el familiar y a veces se ven obligadas a abandonar el empleo (Artazcoz et al., 2002). Las mujeres tienen peor calidad de vida que los hombres pasado un tiempo tras el infarto de miocardio. Perciben bajo apoyo social y suelen tener cambios de carácter o humor, lo cual les produce malestar (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005a, 2003b; 2008; Rankin & Fukuoka, 2003).

Las mujeres también salen peor paradas que los hombres en lo que al retraso en el acceso hospitalario se refiere, tras el inicio de los síntomas de infarto agudo de miocardio. La demora entre el comienzo de los síntomas y la llegada al hospital condiciona críticamente tanto el tratamiento inicial del paciente como la supervivencia y la capacidad funcional del enfermo. Los resultados del estudio de Gurwitz et al. (1997), que realizan una revisión retrospectiva de 2409 historias clínicas en 37 hospitales de Minnesota, son consistentes con los de trabajos recientes realizados en España (MSC, 2003) y permiten identificar un conjunto de factores asociados a la demora y, en consecuencia, un grupo de alto riesgo de demora prehospitalaria excesiva.

Los ancianos, mujeres y personas con factores de riesgo coronario constituyen un subgrupo de alto riesgo de retraso prehospitalario, hallazgo corroborado en múltiples estudios. Este dato sugiere que, además de las barreras logísticas, es necesario explorar las barreras socioculturales que podrían estar dificultando la accesibilidad hospitalaria de determinados grupos sociales.

Esta situación de importante variabilidad en el acceso y uso de los servicios sanitarios según el sexo, el nivel cultural o la edad no es justificable, pues reduce las posibilidades en la prevención e intervenciones en determinados grupos y pueden tener un impacto en la mortalidad y morbilidad de los pacientes, en su bienestar y en suma en su calidad de vida (MSC, 2003); se sabe que sólo el 2-3% de pacientes coronarios tienen acceso en nuestro país a un programa de rehabilitación cardíaca cuya eficacia es indiscutible hoy día,

y la situación no ha mejorado en las tres últimas décadas.

Factores que juegan un papel fundamental en dicha variabilidad son las diferencias en la disponibilidad de recursos, en la adecuación de su uso, en la aplicación de las guías de práctica clínica, así como en el grado de implantación y homogeneidad en los protocolos de derivación de pacientes o la práctica ausencia de los mismos.

Por todo lo comentado, debemos disponer de alternativas a la hospitalización de agudos, tales como la cirugía ambulatoria, hospital de día, atención socio-sanitaria adecuada, con objeto de poder modificar la actual tendencia al incremento de la tasa de hospitalización (Castells, Mercadé & Riu, 2002).

En resumen, es preciso considerar que la enfermedad coronaria es multifactorial en su origen, y así debe ser abordada. Como decimos, muchos son los factores modificables del entorno del paciente o de la atención que reciben, que guardan relación con su bienestar y por tanto con una calidad de vida mejor. Como hemos expuesto, la influencia que los hábitos, la cultura, la posición socioeconómica, las características personales. las diferencias de edad y de género tienen sobre la enfermedad cardiovascular son conocidas, por lo que los expertos aconsejan que se evalúen las necesidades de actuaciones en la prevención, promoción y control de la salud determinando perfiles de riesgo para obtener mayores beneficios en los pacientes y subrayan la necesidad de crear estrategias personalizadas o por grupos en la prevención de los infarto de miocardio, así como cubrir el vacío de educación (Graham et al., 2008; MSC, 2003; Velasco et al., 2000).

1.6. Novedades en las guías y en los tratamientos

En las nuevas publicaciones y guías de práctica clínica se potencia el papel de la enfermera en la prevención y control de la enfermedad cardiovascular y se hace mayor énfasis en el ejercicio, peso y estilo de vida. Otra novedad son las prometedoras terapias de nuevos fármacos.

Desde hace años se publican estudios cuyo objetivo es simplificar la prevención de enfermedad cardiovascular -en el caso de un factor de riesgo

que se puede manejar con fármacos- con la toma de un único medicamento.

Según Cannon, (2009) *"(...) es esperanzador el potencial de reducción de la enfermedad cardiovascular en el mundo entero tanto en morbilidad como en mortalidad"*. Se refiere a la disponibilidad existente de varios medicamentos genéricos y, por tanto, de bajo costo, que podrían usarse en combinación en una sola píldora, estimando que junto a otros esfuerzos mundiales de mejorar dieta y hacer ejercicio se podría reducir la enfermedad cardíaca en un 80%. Añade Cannon (2009) que el estudio (Indian Polycap Study (TIPS) et al., 2009) *"nos lleva un paso más cerca de hacer realidad este sueño"*. En el artículo de Indian Polycap Study (TIPS) se estudió el uso de la Polipíldora y riesgo de enfermedad cardiovascular. Este nuevo fármaco, que combina en una sola píldora aspirina, estatina y varios fármacos hipotensores, podría reducir hasta un 50% la incidencia de episodios cardiovasculares entre la población sana que presenta factores de riesgo.

La obesidad, por su incidencia y su forma de establecerse en las poblaciones, es la gran amenaza en cuanto a riesgos cardiovasculares. Se aconseja reducir la grasa en el perímetro abdominal como el mejor parámetro para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Un estudio publicado en The Lancet (Christensen, Kristensen, Bartels, Bliddal & Astrup, 2007) presenta los resultados del uso de un fármaco, Rimonabant, que consigue la reducción del peso y mejora del síndrome metabólico (lípidos y glucosa) aunque aún se encuentra en estudio por ciertos efectos adversos,

En otro artículo publicado por Doumas & Douma (2009) se describen los resultados de un estudio de tratamiento de la hipertensión resistente en el que se halló que la causa de la misma podría ser la mala adhesión al tratamiento, combinaciones inapropiadas de drogas o dosis inadecuadas, o la hipertensión de bata blanca (entendiendo que ésta es, aquella medida de la presión arterial que se mantiene elevada cuando se efectúa en un entorno clínico o médico, mientras que cuando se efectúa dicha medición en atención primaria o en un entorno ambulatorio, los valores no son elevados sino normales).

1.7. Calidad de vida como indicador del bienestar integral del paciente coronario

La calidad de vida (CV) es un concepto subjetivo, propio de cada individuo y muy influido por el entorno. La calidad de vida hace alusión al bienestar, la felicidad y la satisfacción de la persona.

Una definición aceptada por muchos investigadores de la salud es la propuesta por Shumaker y Naughton (1996, citado en Soto & Failde, 2004): *“... La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”*.

Sin embargo, la calidad de vida está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales, por lo que en dicha definición se echa en falta ampliar a otros aspectos externos que conciernen e influyen en el bienestar y la calidad de vida del ser humano, como la vivienda, el medio laboral, o incluso la situación política y económica del país (Group WHOQOL, 1993). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud en su definición de calidad de vida, hace referencia a la importancia del contexto cultural y de valores en que se vive, así como a la relación que tiene la calidad de vida con las expectativas del propio individuo:

“La Calidad de Vida es la percepción que el individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (OMS, 1964 y 1994; Group WHOQOL, 1993).

Se trata de un concepto muy amplio que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones

sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. La armonía e integración de sus distintas dimensiones permite a los individuos disfrutar de la mejor expresión posible de la calidad de vida. Estas dimensiones de la calidad de vida se concretan en las siguientes:

- Dimensión física: es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento.
- Dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima y la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- Dimensión social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social y el desempeño laboral. También en la dimensión social se integra la relación entre profesionales de la salud y los pacientes.

Durante la última década, la calidad de vida se ha convertido en una medida aceptada para evaluar el impacto de la enfermedad, como medida de resultado terapéutico, y para la evaluación de las intervenciones (Verkleij et al., 2011). Se ha hallado que con los programas de rehabilitación cardíaca u otros programas de intervención o seguimiento bien diseñados, se consigue una mejoría de la calidad de vida y de la tolerancia al esfuerzo, un pronto retorno laboral, un mayor abandono del hábito tabáquico y una disminución del índice de masa corporal al año de seguimiento. Estos resultados indican la necesidad de potenciar dichos programas para conseguir el bienestar de los pacientes y mejorar su calidad de vida (Espinosa et al., 2004).

1.7.1. Calidad de vida relacionada con la salud

Hace unos años existía un importante debate sobre qué tipo de medidas eran más adecuadas para evaluar resultados en los estudios de efectividad clínica: las denominadas *blandas* (síntomas, estado clínico en general, estado de

salud, etc.), relacionadas con percepciones del paciente, o las medidas *duras* (muerte, infarto de miocardio), aparentemente más válidas que las anteriores dado el carácter más objetivo de las medidas. Hoy día las medidas de calidad de vida -es decir, las medidas blandas- cada vez son más usadas y aceptadas (Brotons & Permanyer, 1997).

La calidad de vida globalmente considerada es difícil de definir, admitiéndose que es la capacidad de una persona para desempeñar adecuadamente y con autosatisfacción su papel a nivel personal, familiar, laboral y social (Oldridge, 1986; Roebuck et al., 2001; Wenger, 1986). No obstante, hay que precisar ciertos aspectos: con el término «Calidad de Vida» se hace alusión a la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* ó CVRS (término relacionado con «estado de salud» y «salud autopercebida») y aunque su definición es problemática, podemos decir que la «Calidad de Vida Relacionada con la Salud» representa el efecto funcional de la enfermedad y de su tratamiento sobre el paciente tal como es percibido por éste (Brotons & Permanyer, 1997).

Este concepto no es unitario, es decir, la calidad de vida relacionada con la salud es un constructo multifactorial que tiene componentes en distintas áreas donde la enfermedad pueda dejar secuelas, por lo que ha de medirse desde aquellos aspectos de nuestra vida influenciados por nuestro funcionamiento físico, mental o social y nuestro bienestar. Las medidas de calidad de vida relacionada con la salud se refieren siempre a dimensiones diversas (p. ej., función física, dolor, reacciones emocionales, área cognitiva, aislamiento social, rol funcional, proyectos de futuro, percepción de salud general, bienestar y síntomas), puntuadas de forma a menudo independiente y cuya elección caracteriza el concepto de calidad de vida implícito en el instrumento de medida correspondiente, pero en todos los casos es fundamental usar medidas que reflejen la salud desde la perspectiva del paciente (Oldridge, 1986; Roebuck et al., 2001; Wenger, 1986).

La medición de la calidad de vida hace un tiempo confinada a los investigadores de servicios de salud y ensayos clínicos, se usaba como indicador de gastos, servicios, mortalidad, tasa de enfermedad, supervivencia

o del estado funcional. Hoy día, la medición de la calidad de vida relacionada con la salud se ha convertido en un concepto clave en el proceso de decisión de los clínicos, y en la determinación de beneficio terapéutico tan importante, como las medidas de resultados en enfermedades coronarias usadas anteriormente, sólidas y objetivas. Por ejemplo, en un estudio que profundizaba en los niveles de bienestar psicológico (ansiedad, depresión) agotamiento vital, físico, tipo de personalidad y posición socioeconómica como factores predictores de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad coronaria, se halló que el bienestar psicológico y el agotamiento vital parecían ser los predictores mas importantes de calidad de vida en comparación con indicadores médicos, como por ejemplo la fracción de eyección en pacientes con enfermedad coronaria (Skodova et al., 2011). Actualmente, con las medidas de calidad de vida relacionada con la salud se puede obtener una información más sutil, y referida a fenómenos menos aparentes pero de gran trascendencia para la determinación del estado de salud real y concreto, de una población (Brotons & Permanyer, 1997).

Desafortunadamente, a pesar de la cada vez mayor familiaridad con el concepto, la literatura sugiere que la calidad de vida relacionada con la salud y sus medidas todavía se entienden poco y se aplican inadecuadamente, como veremos más adelante, al abordar el tema de los tipos de instrumentos con los que podemos medir la calidad de vida relacionada con la salud.

1.7.2. La evaluación de la calidad de vida e instrumentos de medida

El concepto de calidad de vida puede variar en función del enfoque que se aplique a la medición de la misma. Existen tres enfoques fundamentales, que a su vez originan tres tipos de instrumentos de medida: instrumentos genéricos, medidas de utilidades e instrumentos específicos (Brotons & Permanyer, 1997). Cada uno de ellos, tienen ventajas y desventajas y características de medida propias.

Los instrumentos genéricos exploran una amplia variedad de características de la salud, como son función física, mental o social, la incapacidad y el distrés. Son útiles para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de diferentes poblaciones y detectar un amplio rango de problemas relacionados

con la salud (enfermedades, estados de salud...). Se utilizan sobre todo para comparar el impacto de diferentes enfermedades en el estado de salud, con la población general, pero el uso de dominios muy amplios (no específicos) puede hacer que carezcan de la sensibilidad clínica necesaria para aspectos particulares referidos a enfermedades o situaciones concretas. Dichos instrumentos constituyen perfiles de salud, integrados, como se ha mencionado anteriormente, por diversas áreas o dimensiones. Cada una de éstas origina una puntuación independiente, aunque puedan agregarse en una puntuación global.

Las medidas de utilidades pueden también considerarse instrumentos genéricos pero, a diferencia de los perfiles de salud, su objetivo es la medición de la calidad de vida de forma unitaria, expresada en un único valor a lo largo de una escala que resuma dicho concepto de forma simple y numérica. Representan la valoración, a partir de preguntas formuladas al propio paciente, de cómo valora éste su estado de salud en forma de una cifra única.

Por el contrario, los específicos examinan los múltiples aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud relevantes de una enfermedad o grupo de enfermedades concreto, esto es lo que permite hacer aumentar la sensibilidad clínica y detectar las diferencias más pequeñas en ese grupo en aspectos de la calidad de vida determinados por efectos de una enfermedad concreta, aunque no tengan la amplitud de los instrumentos genéricos. Sin embargo, para conseguir dichos niveles de especificidad han perdido la capacidad de comparar resultados entre distintas enfermedades o poblaciones de manera global.

Por tanto lo más adecuado sería utilizar cuestionarios de calidad de vida genéricos y específicos, especialmente en la evaluación de la efectividad de los tratamientos (Oldridge et al., 1998).

El primer cuestionario específico de calidad de vida postinfarto de miocardio, el Quality of Life Myocardial Infarction (QLMI) de Oldridge, desarrollado en Canadá era administrado por un entrevistador y constaba de 26 ítems en las áreas de síntomas, restricciones, emociones, confianza y autoestima.

Demostró ser un instrumento válido por su sensibilidad a los cambios y su capacidad discriminativa (Lim et al., 1993; Oldridge et al., 1991). Posteriormente, esta versión fue modificada y validada en Australia de forma autoadministrada, y con una estructura que examinaba 3 dominios de salud: físico, emocional y social, pasando a denominarse MacNew QLMI (Valenti, Lim, Heller & Knapp, 1996). Recientemente se ha realizado una versión española del cuestionario específico MacNew QLMI para los pacientes postinfarto (Brotons et al., 2000).

Los instrumentos genéricos que más han sido utilizados en nuestro medio son: el Nottingham Health Profile (NHP), que mide las alteraciones del comportamiento debido a la enfermedad (Alonso, Prieto & Antó, 1994) o el cuestionario SF-36 Health Survey (SF-36; Alonso, Prieto & Antó, 1995) ambos adaptados, validados y utilizados en nuestro país en pacientes coronarios. Concretamente, el SF-36 consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del patrón de problemas físicos y problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Además existe una cuestión, no incluida en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

El "Cuestionario español de Calidad de Vida en pacientes postinfarto" de Velasco, del Barrio, Mestre, Penas & Ridocci (1993), primer cuestionario específico desarrollado por la ausencia de los mismos en nuestro medio, fue elaborado a partir del específico QLMI de Oldridge, y de dos cuestionarios genéricos (Sickness Impact Profile [SIP] y Quality of WellBeing Questionnaire de Kaplan) y ha sido correctamente validado, adaptado a nuestro contexto cultural y utilizado con estos pacientes (Jiménez et al., 1999) mostrando tener la misma utilidad que el original de Oldridge. Dicho cuestionario comprende áreas de salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, comportamiento de alerta, relaciones sociales, comunicación, y tiempo de ocio y trabajo y permite, además de cuantificar el total de la calidad de vida del paciente y sus cambios, seleccionar aquellas áreas que estén más deterioradas para actuar más concretamente sobre ellas.

La diversidad de cuestionarios genéricos o específicos existentes en distintos contextos culturales, que sin embargo no son aplicados con posterioridad suficientemente, dificulta la elección de aquél que mejor haya funcionado con una patología concreta y haya detectado los cambios específicos, para hacer comparaciones finales. Una parte importante de las actividades de medición de la calidad de vida relacionada con la salud es la investigación y el perfeccionamiento de los instrumentos de medida de la misma. Es una tecnología que, a pesar de la mucha experiencia ya existente, se halla aún en sus comienzos en muchas áreas. Es deseable, por tanto, asegurar mejor la validez de sus resultados mediante el perfeccionamiento de los instrumentos de medida y diseños de estudio apropiados (Smith, Taylor & Mitchell, 2000). No obstante, en situaciones concretas bien seleccionadas ha demostrado su poder para contribuir de forma significativa a la medición de la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

En suma, la influencia de ciertos aspectos físicos, psicológicos y sociales de un individuo en la enfermedad cardiovascular están bien documentados. Se asocian con peor calidad de vida y con peor pronóstico de la enfermedad tanto en morbilidad como en mortalidad, pero a pesar de ello, es posible su tratamiento.

Con el uso de cuestionarios se pretende conocer el estado de salud de los pacientes, en este caso postinfarto, para actuar sobre el origen de sus problemas y mejorar su calidad de vida. Por tanto, la selección más adecuada del instrumento será la de aquél lo suficientemente sensible para detectar las percepciones, necesidades, contexto y preferencias de pacientes y familiares. Como queda expuesto en el capítulo de método en la presente investigación se ha utilizado el cuestionario de Velasco et al. (1993).

1.8. Cuidados al paciente coronario: enfermería y evidencia científica

El seguimiento adecuado de pacientes y familiares tras padecer un episodio coronario permite detectar problemas y asesorar, tratar o derivar precozmente al paciente si procede. El tutelaje y monitorización continua dentro de

programas de rehabilitación cardíaca en programas de cuidado domiciliario o en otro tipo de intervenciones parecen ser la opción más adecuada para mantener al paciente coronario crónico en una posición saludable (Gold, Anderson & Serxner, 2000; Mehta et al., 2002; Newman, 2002). Los resultados de diversos estudios muestran este tipo de asistencia como la opción más adecuada para mantener al paciente coronario crónico en una posición adecuada y para mejorar su calidad de vida (Dalal et al., 2010; Heran et al., 2011; Taylor, Miller, Smith & DeBusk, 1997; Warrington, Cholowski & Peters, 2003).

La mejora de la tecnología y el avance en nuevos tratamientos favorece la supervivencia de los pacientes que han tenido un infarto agudo de miocardio, pero éstos no siempre recuperan la capacidad física o psíquica para satisfacer sus necesidades, y pueden presentar distintos niveles de dependencia de profesionales de salud y servicios sanitarios, o de cuidadores informales. Entendemos que la dependencia es la respuesta de la persona ante una situación que resulta apropiada pero mejorable.

La enfermera desempeña un papel fundamental en el equipo que atiende a un paciente que ha sufrido un infarto y a su familia, planteándose dos objetivos iniciales. El primero de ellos es aplicar y proporcionar un tratamiento adecuado y comprensible para los recursos y nivel de dichas personas (tratamiento médico, psicológico, intervenciones educativas para modificar factores de riesgo clásico y estilos de vida, hábitos, movilidad...) con objeto de evitar recidivas o complicaciones (Brunner, Rees, Ward, Burke & Thorogood, 2010; Carlsson, Lindberg, Westin & Israelsson, 1997; Condon & McCarthy, 2006; Cossette, Frasure & Lesperance, 2001, 2002; Critchley & Capewell, 2003; Ebrahim, Beswick, Burke & Davey Smith, 2011; Guterbaum & Gaede, 2011; Jaarsma et al., 2010; Kotseva & Wood, 2009; Kristofferzon, et al., 2008; Mehta et al., 2002; Mosca et al., 2011; Smith et al., 2008; Thomson & Rigotti 2003; Wood et al., 2008). El segundo objetivo es ayudar a los pacientes a que recuperen la normalidad en sus vidas y a que reincorporen dichas intervenciones a su rutina, dado que adecuándolas a sus necesidades, limitaciones, entorno y preferencias contribuirá a conseguir mayor bienestar o una calidad de vida satisfactoria (Meland, Maeland & Laerum, 1999).

Para ofrecer cuidados de calidad y contextualizados a las necesidades de las personas, es necesario abrir líneas de investigación que contribuyan a mejorar dichos cuidados. En este sentido, en nuestro país, Orts, Comet, Moreno & Arribas (2000) publican en su estudio cuáles son las prioridades de investigación para los profesionales de la enfermería, encontrando entre las más importantes la necesidad de evaluar la calidad de los cuidados de enfermería en los diferentes niveles asistenciales, la coordinación entre niveles para la continuidad de los cuidados enfermeros, la repercusión de las técnicas y tratamientos agresivos en la calidad de vida de los pacientes y la satisfacción de los usuarios, entre otros.

El profesional sanitario debe esforzarse para realizar ciertas intervenciones que benefician la calidad de vida de las personas y resolver los obstáculos en su ámbito profesional. Hemos visto que en la enfermedad y en la recuperación de la salud influyen variables físicas, psicosociales y culturales, y que las alteraciones que presentan los pacientes tras un infarto pueden diferir según la red de apoyo sociofamiliar, y otros aspectos psicosociales.

El grado de éxito conseguido con los pacientes en la mejora de su calidad de vida y en la percepción de bienestar que ellos alcancen, será proporcional a la efectividad de las intervenciones elegidas.

Para ello, se hace necesario seleccionar de la bibliografía las intervenciones basadas en la evidencia más adecuadas al problema que se desea solucionar, y seguir las recomendaciones de expertos. Antes de explicar el trabajo de documentación realizado en el presente estudio para seleccionar las intervenciones más recomendables respecto a nuestro tema de estudio, se repasará de manera breve la clasificación de los distintos niveles de evidencia, así como las recomendaciones que de dicha clasificación de la evidencia se derivan.

1.8.1. Clasificación de los estudios de investigación según la evidencia científica

El tipo de diseño de los estudios de investigación hace que éstos tengan diferentes posibilidades de incurrir en sesgos o errores sistemáticos que

limiten su validez interna, permitiendo establecer según ello una jerarquía y una clasificación de los artículos científicos. Muchas son las escalas publicadas que los clasifican según el rigor científico y el tipo de metodología usada en el diseño y desarrollo de dichos estudios, implicando que tienen mayor o menor calidad. A pesar de esta falta de consenso no hay diferencias sustanciales entre unas y otras y quedan claros los niveles de evidencia seleccionados. Del mismo modo que las evidencias, las recomendaciones que se derivan de ellas también tienen una jerarquía. A continuación se presentan los niveles de evidencias y recomendaciones utilizados por el Proyecto de desarrollo de guías basadas en la evidencia del Norte de Inglaterra (Fisterra, 2011). (Tabla 1, y tabla 2).

Tabla 1. Categorización de la evidencia

Categorización de la Evidencia	
I:	Ensayos clínicos controlados, metaanálisis o revisiones sistemáticas bien diseñadas.
II:	Estudios controlados no aleatorizados bien diseñados (cohorte, casos y controles).
III:	Estudios no controlados o consenso.
Fuerza de las recomendaciones	
A	Basadas directamente en evidencia de categoría I.
B	Basadas directamente en evidencia de categoría II, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I.
C	Basadas directamente en evidencia de categoría III, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I o II.

North of England Evidence Based Guideline Development Project, 1996

Tabla 2. Niveles de evidencia

Niveles de evidencia	
1 ⁺⁺	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados y aleatorizados (ECA) o ECA con riesgo de sesgos muy bajo.
1 ⁺	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con riesgo de sesgos bajo.
1 ⁻	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con riesgo de sesgos alto.
2 ⁺⁺	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o casos-controles. Estudios de cohortes o casos-controles con riesgo de sesgos muy bajo y alta probabilidad de que la relación sea causal.
2 ⁺	Estudios de cohortes y casos-controles bien realizados y con riesgo de sesgos bajo y probabilidad moderada de que la relación sea causal.
2 ⁻	Estudios de cohortes y casos-controles con riesgo de sesgos alto y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (Ej. Serie de casos).
4	Opinión de expertos.
Fuerza de las recomendaciones	
A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1 ⁺⁺ , directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 ⁺⁺ o 1 ⁺ .
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ .
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺ .

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook (Section 6: Forming guideline recommendations), SIGN publication n° 50, 2001

A modo de ejemplo, una recomendación A se basa en un nivel de evidencia I, o II.1 si su significado en cuanto a morbilidad es claro y elevado. Realizar una recomendación A es difícil y la realidad demuestra que la mayoría de las recomendaciones que tenemos disponibles hoy día son C, por lo que es preciso continuar en la búsqueda de mejores evidencias.

1.8.2. Situación de los pacientes coronarios según la evidencia científica

Con objeto de conocer la situación real de los pacientes después de sufrir un infarto de miocardio según la literatura basada en la evidencia, respecto a las

líneas de prevención, promoción y rehabilitación planteadas, y poder delimitar las intervenciones de cuidados enfermeros que influyen positivamente en la calidad de vida postinfarto de miocardio, hemos realizado una revisión de la literatura internacional y nacional.

El desarrollo del trabajo de documentación para la presente investigación siguió el esquema siguiente:

- Se delimitaron los conceptos de búsqueda
- Se definieron las fuentes a consultar
- Se estableció una estrategia de búsqueda

Se partió del concepto principal a modo de descriptor mayor “enfermo postinfarto” y de acuerdo con los resultados obtenidos y deseados se fueron creando y añadiendo los demás conceptos hasta quedar en un total de seis combinaciones válidas: rehabilitación, educación, investigación cualitativa, enfermería, prevención, información, comunicación, intervención. A partir de ahí se efectuaron múltiples búsquedas bibliográficas piramidales en las bases de datos de evidencia (cinco en total), llevando los resultados a un gestor de referencias bibliográficas, en nuestro caso el RefWorks 2.0.

Para las guías se consultó en las mejores fuentes de evidencia y se buscaron los mejores estudios (nivel de evidencia 1++A -estudios de cohortes), guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas, como la de Cochrane.

Algunas palabras clave fueron: Grounded theory, qualitative research, purposive sample, life experiences, lived experience, cardiac rehabilitation, nursing outcomes, research nursing practice, secondary prevention, patient education, attitude to health, entre otras.

Se formaron los conceptos con los buscadores “Or, And, Not”. A modo de ejemplo: post MI patients OR post MI patient OR post-myocardial infarction OR after myocardial infarction OR first-time myocardial infarction OR post-infarction myocardial.

A modo de ejemplo, de 18.316 citas en un primer momento se comenzó a depurar y volver a refinar. Las fuentes fueron Medline-PubMed, CINAHL, Embase, LILACS, ERIC.

Por ejemplo, buscamos con términos enfermeros en Medline-PubMed y Cinahl quedamos con un total de 156 referencias, se depuraron hasta 35 en la primera y 36 en la segunda base de datos. Se efectuaron también búsquedas libres rediseñando la estrategia búsqueda dirigida, y arrojó 935 referencias, refinamos aplicando filtros (meta-analysis, randomized controlled trial, cohorts, systematics reviews) hasta llegar a un número y tipo de artículos válido para nosotros. Continuamos del mismo modo sucesivamente.

Exploramos después para las guías de evidencia el concepto deseado, por ejemplo “pacientes postinfarto de miocardio” en ASBE, Trip database, Joanna Briggs, Cochrane Library Plus, Hunahpu (estudios de cohortes Nivel de evidencia 1++A)

Por último se exploró en bases de datos de tesis diversas en busca de documentos con temas similares a los que se investigan en el presente trabajo, es decir, a texto completo digitales, en Teseo, Dialnet, TDR, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Sevilla y Universidad de Huelva.

Para localizar temas concretos en la OMS, INE o similar, se accedió directamente a sus páginas webs.

Se hallaron ciertas publicaciones sobre predictores de peor calidad de vida postinfarto en los pacientes, y encontramos que después de tener un infarto de miocardio precisan más información relativa a la enfermedad, a la convalecencia, a la actividad física, al control de los factores de riesgo y acerca de los efectos secundarios del tratamiento y refieren preocupaciones por el cambio en *la actividad sexual* (Ames, 2004; Díaz, 2002; Jaarsma et al., 2010; Jiménez, Arribas, Encinas, Navarro & San José, 2000; Mosack & Steinke, 2009; Mickley, Agner, Saunamaki & Botker, 2001; Rivera, 2000; Seidl et al., 1991; Steinke, 2000; Steinke & Patterson, 1996; Steinke & Wright, 2006), el cambio en *las condiciones físicas* (Al-Hassan & Sagr, 2002; Astin, Closs, McLenachan, Hunter & Priestley, 2008; Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2005; Hoffmann, Pfiffner, Hornung & Niederhauser, 1995; Jaarsma, Kastermans, Dassen & Philipse, 1995; McLean & Timmins, 2007; Scott & Thompson, 2003; Smith & Liles, 2007; Terttu, Paavilainen, Lehti & Astedt-

Tkurki, 2003; Timmins & Kaliszer, 2003; Weetch, 2003; University of York, 1998), *la actividad laboral, sentimientos de inutilidad, relaciones familiares tensas y apoyo socioeconómico inadecuado* (Álvarez, Malillos, Dominguez, Lapresta & Numancia, 2008; Blom et al., 2007; Brink, Brändström, Cliffordsson, Herlitz & Karlson, 2008; Dennis et al., 1988; Farkas, Cerne, Lainscak & Keber, 2008; Kovoov et al., 2006), *las alteraciones emocionales como ansiedad y depresión* (Lane, Carroll, Ring, Beevers & Lip, 2000, 2001; Mendes de León et al., 2001; Plevier et al., 2001; Scott & Thompson, 2003; Taylor et al., 1997; Van Jaarsveld et al., 2001).

A veces una información inadecuada, las creencias erróneas, o la ausencia de un seguimiento y control suficientes son responsables de tales deficiencias (Cabello, Navajas, Soriano & Moreno, 1999; Dalal & Evans, 2003; Dalal, Evans & Campbell, 2004; Maroto, Artigao, Morales, De Pablo & Abaira, 2005; Murchie, Campbell, Ritchie, Simpson & Thain, 2003; Scott & Thompson, 2003; Senaratne et al., 2001; Velasco, Atienza & Ridocci, 1995; Taylor et al., 1997). Parece evidente la influencia como predictor de peor calidad de vida de ciertas características personales como el estado de ánimo, el estrés, el afrontamiento, la hostilidad, la desconfianza, la actitud ante la enfermedad, la autoeficacia baja, el malestar, etc. (Barefoot et al., 2003; Mendes de León et al., 2001; Plevier et al., 2001; Scott & Thompson, 2003).

Encontramos publicaciones sobre intervenciones o programas individualizados a pacientes, realizados por enfermeras que han demostrado ser eficaces en el control de los factores de riesgo y en la mejora de su calidad de vida; en conjunto, dichas publicaciones tratan de programas o intervenciones psicoeducativas, de información y consejo asistido sobre la enfermedad, los autocuidados, para el control de los factores de riesgo, para elevar la autoestima, reducir la ansiedad o el temor, y de refuerzo de los logros (cese del hábito tabáquico, adherencia al tratamiento, relajación, terapia ocupacional y de relaciones, control de peso, movilidad, reducción de las cifras de colesterol o tensión arterial).

Diversos estudios españoles se han centrado en analizar la calidad de vida de los pacientes tras un infarto de miocardio o temas relacionados con ella, y son varias las Guías de Práctica Clínica españolas que recogen las

recomendaciones más eficaces para incorporar a la práctica en la mejora de dicha calidad de vida, entre ellas los programas de prevención secundaria y de rehabilitación cardíaca o bien aspectos relacionados con educación o intervenciones específicas (Borrello, Curcio & Mazza, 1995; Botas, Marqués, Rodríguez, Refojo & Gómez, 2005; Cabello et al., 1999; Calderín, 2006; Espinosa et al., 2004; García, Andrés, Pablo de & León, 2010; Grima, García, Luengo & León, 2011; Jiménez et al., 1999; León et al., 2009; Lozano et al., 1998; Maroto et al., 2005; Maroto et al., 2008; Morata & Domínguez, 2007; Moreno et al., 2011; Plaza, Velasco & Maroto, 1996; Velasco et al., 2002; Velasco et al., 2004). Sin embargo, son muy escasos los trabajos que se han llevado a cabo en Andalucía. De hecho, en la revisión bibliográfica realizada, no existen estudios que valoren la calidad de vida postinfarto de miocardio en la provincia de Huelva que por otra parte no dispone de servicios o programas de rehabilitación cardíaca desde la asistencia pública.

Como se observa, son múltiples las publicaciones seleccionadas e introducidas en el RefWorks 2.0, hasta un total de 1205 (ver Anexo XI donde se muestra una captura de pantalla del gestor bibliográfico). Se ha efectuado una selección de los artículos y guías considerados pertinentes en el presente estudio, y que a continuación se pasarán a revisar progresivamente.

➤ **Estudios sobre control de factores de riesgo cardiovascular, de síntomas físicos, y cambios de estilos de vida**

La enfermedad cardiovascular está relacionada con el estilo de vida y, por tanto, el curso y desarrollo de la enfermedad se puede modificar. La educación es el objetivo más importante en la prevención primaria y en prevención secundaria para cambio de actitudes, creencias y formas de vida ajustadas a las nuevas necesidades de la enfermedad.

El comienzo de una enfermedad y la vuelta al hogar tras la hospitalización, genera sentimientos de cólera, frustración e irritabilidad en el enfermo como consecuencia de los ajustes en su vida y las pérdidas físicas, ocasionando a veces conflictos familiares. A menudo las parejas de los enfermos deben hacer cambios radicales en sus propias vidas llegando a tener que abandonar incluso el trabajo para poder cuidar de sus familiares. El infarto de miocardio

supone una fuente importante de estrés para el paciente y sus familias por los cambios y limitaciones que implica la enfermedad en la dinámica y funcionalidad entre ellos o en cada uno de ellos. La adaptación, los nuevos roles, la irrupción brusca de todo ello en sus propias vidas, en su funcionamiento y dinámica habitual implica a menudo cambios en las familias que los profesionales sanitarios a veces podemos minimizar. El proceso de transición del paciente desde que ingresa con un diagnóstico de infarto hasta que vuelve a su hogar comprende distintas etapas que el paciente tiene que superar, y se ve influenciado por sus valores, su cultura, sus recursos y por el apoyo social y familiar del que dispone. El apoyo familiar y social son fundamentales en procesos crónicos en los que el paciente debe adoptar actitudes diferentes, afrontar los cambios, convivir con dudas y temores. Las intervenciones y programas adecuados del personal de salud facilitan todo el proceso, habiéndose encontrado que la implicación de la familia es un valioso recurso. Concretamente, ciertos programas realizados por enfermeras a pacientes desde sus primeros días de estancia hospitalaria y el posterior seguimiento domiciliario desde el punto de vista físico o psíquico, apuntan en este sentido (Astin et al., 2008; Fleury & Moore, 1999; Hagan, Botti & Watts, 2007; Lawrence, Kerr, Watson, Paton & Ellis, 2010; Robinson, 1991; Robinson, 1999; Solano & Siles, 2005; Solano, Siles & Fernandes, 2008; Terttu et al., 2003; Van Horn, Fleury & Moore, 2002; Weihs, Fisher & Baird, 2002; Wood et al., 2008).

Diversos motivos influyen en los cambios que los pacientes deben hacer en su estilo de vida, desde sus capacidades intelectuales (nivel socioeconómico, de estudios y bajos ingresos) hasta, como se ha expuesto, las capacidades emocionales como la personalidad, las emociones negativas, el estilo de afrontamiento, la autoeficacia, la soledad, el aislamiento y el apoyo social. Determinante es además el equipo de salud y las relaciones que se establezcan con los pacientes y familiares, el tipo, cantidad y calidad de información proporcionada, etc.

En ocasiones, los pacientes no reconocen su enfermedad o los riesgos reales que ella conlleva. En un estudio efectuado en nuestro medio (Isla et al., 2003) encuentran en su muestra el perfil de riesgo típico para esta patología y, sin

embargo, la mayoría de los pacientes no los valoraba. Por ello, es necesario investigar los conocimientos y creencias y adaptar la información a la realidad individual de cada paciente. En esta línea, en un estudio realizado por Miller, Wikoff, McMahon, Garrett & Ringel (1988) se halló al evaluar las actitudes de los pacientes hacia las prescripciones, que las creencias de los demás y las actitudes de los pacientes hacia las prescripciones fueron predictivos de la adhesión al tratamiento. En otro trabajo en el que los autores deseaban evaluar si las relaciones entre paciente y enfermera podían influir en los cambios de estilos de vida, se halló que la percepción del paciente y su satisfacción con los cuidados administrados por las enfermeras y la interacción enfermera-paciente influyen en la adopción de estilos de vida saludables. Una adecuada relación enfermera-paciente y que éste esté satisfecho con los cuidados recibidos influyen positivamente en la adopción de conductas de salud (Zrinyi & Horvath, 2003).

Los pacientes que gozan de plena confianza en su capacidad cardiaca, se reintegrarán antes a su vida normal que aquellos que no tengan tal creencia. La sensación de ineficacia o autoeficacia percibida en personas infartadas no depende sólo de ellas mismas, sino que puede estar determinada por las personas que les rodean. Para conseguir mayores expectativas de éxito se hace necesaria la intervención no sólo con el paciente sino con las personas de su entorno, en concreto, con sus parejas en cuanto a “figuras de autoridad” en los problemas de salud dentro del entorno familiar (Garrido, 1993). Aunque hacen falta más investigaciones, parece que las expectativas de recuperación en los pacientes y las creencias acerca del infarto de miocardio predicen la supervivencia, la funcionalidad y la recuperación física y emocional. Por este motivo, serán importantes las intervenciones enfermeras en las primeras etapas postinfarto para que las creencias y actitudes de estos pacientes sean adecuadas (Barefoot et al., 2011).

En una revisión sistemática reciente realizada para determinar si las intervenciones de enfermería de educación, de apoyo y asesoramiento conductual, así como la combinación dichos métodos de intervención, mejoran los resultados cardiovasculares en el paciente con dicha enfermedad, encontraron un efecto beneficioso de dichas intervenciones

enfermeras en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular (control de la presión arterial, lípidos, actividad física, ingesta de dieta, pérdida de peso y tabaquismo) así como en la utilización de los servicios y asistencia sanitaria, en la mortalidad, en aspectos psicosociales y en la calidad de vida (Allen & Dennison, 2010).

Las personas que dejan de fumar con posterioridad a una cardiopatía coronaria o revascularización tienen un riesgo de muerte sustancialmente inferior y ha quedado demostrado que las intervenciones para ayudar a los pacientes con cardiopatía coronaria para dejar de fumar pueden ser efectivas (Critchley & Capewell, 2003). Se evaluó la eficacia de intervenciones psicosociales tales como la intervención de apoyo telefónico, de refuerzo en los conocimientos, sobre la conducta, educacionales y de autoayuda, en pacientes con cardiopatía coronaria mostrando ser eficaces (Barth, Critchley & Bengel., 2008; Lancaster & Stead, 2005a; Lancaster & Stead, 2005b; Rigotti, Munafo & Stead, 2007; Thomson & Rigotti, 2003), bien sea en terapias individuales, o como ha encontrado algún autor, en terapia conductual grupal al compararlos con terapias individuales de autoayuda, material impreso con consejos e información sobre la enfermedad cardiovascular, y otras terapias menos intensivas (Stead & Lancaster, 2005). Algunos de estos programas e intervenciones fueron guiados por enfermeras.

Rice & Stead (2007) encontraron en su estudio el beneficio que tiene el consejo y asesoramiento enfermero sobre el abandono del hábito de fumar. Hallaron también que estos beneficios eran menores si las enfermeras que llevan a cabo estas intervenciones no tienen como función principal la promoción de la salud ni el abandono del hábito de fumar. El asesoramiento telefónico para el abandono del hábito de fumar según Stead, Perera & Lancaster (2006) ayuda a los fumadores interesados en abandonar el hábito de fumar. Efectuaron un estudio en el que mediante llamadas repetidas de asesoramiento se encontraban mejores resultados con respecto a otras intervenciones como proporcionar material estándar de autoayuda, asesoramiento breve o farmacoterapia exclusivamente (Rigotti et al., 2007) por su parte, encontraron que las intervenciones conductuales de alta intensidad que se inician durante la estancia hospitalaria y que incluyen, al

menos, un mes de contacto promueven el abandono del hábito tabáquico, pero que sin embargo, las intervenciones de menor duración e intensidad no son efectivas. Stead, Bergson & Lancaster (2008) concluyen que aunque las intervenciones intensivas proporcionan cierto beneficio adicional, el asesoramiento médico simple con una intervención breve para el abandono del hábito de fumar también puede disminuir el hábito.

Respecto a las intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento, desde hace años se estudia la influencia de ciertas intervenciones enfermeras para dicha adherencia. Miller et al. (1988) en un ensayo clínico evalúan la efectividad de las intervenciones enfermeras durante el ingreso de pacientes con un infarto de miocardio para la posterior adherencia al tratamiento y “reinserción” social. Encontraron que las actitudes y las creencias transmitidas por otras personas (familiares, pacientes, conocidos) son predictivas de la adhesión al tratamiento. Campbell, Thain, Deans, Ritchie & Rawles (1998) llevan a cabo un programa de prevención secundaria en consultas de enfermería de atención primaria consiguiendo mejoría en el cumplimiento de la dieta y adherencia al tratamiento, en el control de la tensión arterial, de las cifras de lípidos y en el incremento de la actividad física.

Peterson, Takiya & Finley (2003) y Peterson, Albert, Amin, Patterson & Fonarow (2008) hacen una revisión de las intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento. Los tipos de intervenciones estudiadas fueron las intervenciones conductuales y las intervenciones educativas, cada una por separado y también juntas. Se reveló que las intervenciones conductuales y educativas en conjunto mejoran el cumplimiento del tratamiento, pero no encuentran una única estrategia que pareciera ser más efectiva que otra. En la misma línea, Schedlbauer, Schroeder, Peters & Fahey (2004) efectúan una revisión sistemática con el objetivo de evaluar el efecto de las intervenciones para mejorar la adherencia a los fármacos hipolipemiantes.

En otros estudios (Steptoe et al., 1999; Carlsson et al., 1997 y Senaratne et al., 2001) en los que se pretendía conocer el efecto de los programas de intervención para modificar el estilo de vida y las conductas poco saludables en cuanto a dieta, movilidad, colesterol, tabaquismo, adherencia al

tratamiento, etc., con objeto de reducir los factores de riesgo coronario, se obtienen resultados favorables en el grupo al que se realiza la intervención frente al grupo que recibe los cuidados tradicionales. Las intervenciones eran de cuatro tipos: simplificación del régimen farmacológico, información/educación del paciente, recordatorios intensificados al paciente e intervenciones conductuales complejas (sesiones de grupo). Hallaron que en la mayoría de los casos, estas intervenciones fueron exitosas, pero sin poder medir definitivamente cuál era más efectiva que otra.

Schroeder et al. (2004) evalúan cómo mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios y hallan que la reducción del número de dosis de fármacos diarios parece ser eficaz para aumentar el cumplimiento, así como algunas estrategias motivacionales. Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald & Yao (2010) realizaron una revisión sistemática sobre la eficacia de la adherencia al tratamiento y encontraron que eran de utilidad la orientación y asesoramiento verbal, la información escrita y las llamadas telefónicas personales. Sin embargo, al evaluar si a largo plazo otras intervenciones eran efectivas, como la combinación de la información, los recordatorios, automonitorización, refuerzo, terapia familiar, terapia psicológica, comunicaciones por correo, seguimiento telefónico, entre otras, no se hallaron resultados concluyentes y son necesarios estudios más amplios.

Para valorar la eficacia de intervenciones en el control de los factores de riesgo en prevención primaria, Ebrahim et al. (2011) realizaron una revisión sistemática de estudios que efectúan dichas intervenciones sobre múltiples factores de riesgo coronario y no hallaron que dichas intervenciones tuvieran efecto sobre la mortalidad, aunque el asesoramiento y educación personal o familiar, con o sin tratamientos farmacológicos, mostraron tener cierta eficacia en la reducción y control de los factores de riesgo y ello, de manera secundaria, redundaba en la reducción de la mortalidad en poblaciones hipertensas de alto riesgo. En otra revisión sistemática que evaluaba la mejora del control de la presión arterial en pacientes hipertensos con ciertas intervenciones, Fahey, Schroeder & Ebrahim (2010) concluyeron que un sistema organizado de atención hipertensiva en la comunidad con registros y

un examen regular asociado al control y seguimiento riguroso de la farmacoterapia antihipertensiva probablemente se traduzca en reducciones de la presión arterial y en reducciones de la mortalidad y de la morbilidad cardiovascular. También concluyeron que otras intervenciones como los sistemas de recordatorios de citas a cargo de un profesional sanitario (enfermera o farmacéutico) o la automonitorización de la presión arterial por parte de los pacientes requieren evaluación adicional. Hallaron también que la educación sola no parecía asociarse con grandes reducciones de la presión arterial.

Respecto a la influencia en la reducción del riesgo cardiovascular de una dieta adecuada, Brunner et al. (2010) evaluaron los efectos de proporcionar asesoramiento dietético para lograr dichos cambios en la alimentación y mantenerlos posteriormente. Hallaron, por un lado, que el asesoramiento dietético (reducir la ingesta de grasas y aumentar la fibra dietética, ingesta de frutas y vegetales) promueve cambios moderadamente beneficiosos en la ingesta dietética y consecuentemente en ciertos factores de riesgo cardiovascular relacionados con la alimentación (presión arterial, colesterol total y LDL) y, por otro, que el grado de cambio dietético estaba influenciado por la intensidad y la duración de la intervención y por el riesgo de enfermedades percibido. Concluyeron que la intervención dietética puede reducir la incidencia de cardiopatía coronaria en el 12% y el accidente cerebrovascular en el 11%, y que los cambios observados en los hábitos dietéticos se mantenían, por lo que las reducciones del riesgo atribuible a los cambios en el colesterol y la PA diastólica se mantendrían de manera adicional.

Con un ensayo clínico efectuado por Sacerdote et al. (2006) se intentaba determinar la efectividad de una intervención educativa no estructurada de 15 minutos para la modificación de la dieta en adultos sanos. Como conclusión, sus autores encontraron que esa breve intervención educativa podía inducir cambios múltiples en la dieta. Shaw, Gennat, O'Rourke & Del Mar (2010) efectuaron una revisión sobre el efecto del ejercicio para el sobrepeso o la obesidad y hallaron que el ejercicio para la pérdida de peso es eficaz, combinándolo mejor con un cambio en la dieta, y que el ejercicio estaba

asociado a una mejoría de los factores de riesgo cardiovasculares.

Condon & McCarthy (2006) exploraron en las perspectivas de los pacientes para hacer cambios de estilo de vida tras un infarto. Se utilizó un enfoque cualitativo y encontraron que los pacientes necesitaban ayuda para llevar a cabo los cambios en el estilo de vida, particularmente en lo referente a dejar de fumar y el manejo del estrés y percibían la dificultad por la cantidad de aspectos que debían cambiar y en cuanto a la falta de ayuda profesional. Veían también que la sobreprotección de los miembros de la familia era una fuente de frustración y molestias para los pacientes. Se reconocía necesario que en programas de intervención en atención primaria o en programas de rehabilitación cardíaca se ayudara a los pacientes y se les informara, incluyendo en ello a sus familias para reducir la ansiedad y el miedo.

➤ **Los profesionales de enfermería en la rehabilitación cardíaca y la CVRS**

Las enfermeras que participan en la rehabilitación cardíaca tienen una responsabilidad y una oportunidad para promover cambios positivos en el estilo de vida a través de programas de educación del paciente. La evaluación de las necesidades del paciente y el establecimiento de objetivos son esenciales para el logro del máximo beneficio del programa educativo. El problema de la disminución de los recursos y las presiones para controlar los costos de salud han complicado la prestación de esta atención en algunas instituciones. La estrategia educativa elegida por la enfermera dependerá de los recursos disponibles, aunque cualquier estrategia que se elija podrá tener un impacto significativo en la consecución de objetivos en un momento en el que existe un número creciente de pacientes con infarto de miocardio (Moynihan, 1984).

Johansson, Dahlstrom & Brostrom (2006) evaluaron la calidad de vida de pacientes con fallo cardíaco y encontraron que los síntomas de la enfermedad limitaban sus vidas e influían negativamente en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de los pacientes y en la percepción que tenían sobre su calidad de vida, aunque varias características individuales, como personalidad, género y edad también deben tenerse en cuenta ya que dichos

aspectos modificaban los valores y la percepción de lo que significaba una buena o mala calidad de vida. Por ello, las intervenciones dirigidas por enfermeras basadas en la educación, apoyo y ejercicio pueden influir positivamente en la calidad de vida relacionada con la salud pero deben adecuarse individualmente a su contexto cultural, sus recursos y sus necesidades.

En los últimos años se están publicando múltiples estudios para valorar la eficacia de la rehabilitación cardíaca domiciliaria frente a la rehabilitación cardíaca en centros especializados, bien sea incluyendo ejercicios o sin ellos.

El Birmingham Rehabilitation Study (BRUM; Jolly et al., 2007) es un proyecto realizado en Reino Unido que comparaba el coste efectividad de la rehabilitación cardíaca en el hogar guiada por enfermeras frente a la rehabilitación cardíaca tradicional en pacientes de bajo y moderado riesgo, y se pretendía además conocer los motivos para la falta de adherencia a dichos programas. No se halló diferencia en los resultados entre uno y otro tipo de RC. Se encontró que ciertas características sociales, étnicas, culturales y las necesidades individuales influenciaban la falta de adherencia a la rehabilitación cardíaca en centros. En dichos casos, la rehabilitación cardíaca domiciliaria podría ser preferentemente seleccionada por los pacientes con dichas peculiaridades. Cuando se realizaba la rehabilitación cardíaca en el domicilio, se seguía el “Manual del corazón” respecto a intervenciones para la actividad física y cambios en la dieta.

Los resultados finales del estudio EUROACTION (Wood et al., 2008) muestran que un equipo multidisciplinario liderado por enfermeras que trabajaron en el proyecto, siguiendo las recomendaciones de las Guías europeas, e incluyendo a familiares que se comprometían al logro de los objetivos propuestos, pueden modificar favorablemente el perfil de los factores de riesgo en pacientes coronarios o con riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (Binaux, Gobbe, Pain & Travers, 2010; Greenland et al., 2010; Kotseva & Wood, 2009; Luszczynska & Cieslak, 2009; Mead et al., 2006; Mosca et al., 2011; Ong, Milne & Morrell, 2009; Yoon et al., 2009). La inclusión de familiares puso énfasis en servir de apoyo y refuerzo a los

pacientes y en compartir el esfuerzo por una vida saludable para ellos mismos. Se observaron significativas mejorías tanto en los pacientes como en sus familiares comparados con el cuidado habitual en lo relativo al estilo de vida y factores de riesgo. Las visitas semanales consiguieron reducir los factores de riesgo cardiovasculares. Un seguimiento semanal de los enfermos cardíacos logró que el doble de pacientes mejorase sus hábitos de vida tras sufrir una crisis, como un infarto de miocardio o una angina de pecho.

Dalal & Evans (2003) y Dalal et al. (2004) realizaron unos interesantes trabajos en los que una enfermera que actuaba de enlace con atención primaria y atención especializada, daba a elegir a los pacientes su inclusión en un programa de rehabilitación cardíaca hospitalario, o bien domiciliario basado en ejercicios, manejo del estrés y educación. El 87% de pacientes domiciliarios lo completaron y todos los indicadores de prevención secundaria habían mejorado al año, frente a un 49% de los pacientes que eligieron el programa hospitalario. Los estudios presentados ponen de manifiesto que los pacientes postinfarto pueden beneficiarse de programas o intervenciones guiadas por enfermeras que tutelen a pacientes y familiares y que este tipo de asistencia podría ser una opción costo-eficaz y adecuada para mantener al paciente coronario crónico en una posición saludable y para mejorar su calidad de vida.

En una revisión sistemática efectuada por Dalal et al. (2010) se comparaba el efecto de la rehabilitación cardíaca con base domiciliaria frente a la ofrecida en centros de rehabilitación cardíaca, y se evaluaba la eficacia sobre la mortalidad, la morbilidad, la calidad de vida relacionada con la salud y los factores de riesgo cardíaco modificables en pacientes con enfermedad coronaria. Los autores encontraron que la rehabilitación cardíaca domiciliaria o la rehabilitación cardíaca en centros destinados para ello, parecen ser igualmente eficaces en la mejora de los resultados clínicos y en la calidad de vida relacionada con la salud. Los pacientes que hicieron la rehabilitación cardíaca en el domicilio presentaron mayor adherencia. No hubo diferencia constante en los costes de la asistencia sanitaria de las dos formas de la RC. Este hallazgo, junto con el hecho de la ausencia de diferencia en los costes de salud y la mayor adherencia de los pacientes a la rehabilitación cardíaca

en los domicilios y a las recomendaciones confirma lo aconsejable de los programas de rehabilitación cardíaca domiciliaria (Grima et al., 2011). En otra revisión sistemática en la que se evaluaba asimismo la rehabilitación cardíaca domiciliaria frente a la rehabilitación cardíaca en un centro especializado, se encontró que parecían ser igualmente efectivas para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con infarto de miocardio y con revascularización (Taylor et al., 2010). Del mismo modo que en la revisión anterior, este resultado junto con una ausencia de pruebas de la diferencia de los costos de la asistencia sanitaria en los dos enfoques, puede apoyar la realización de los programas de rehabilitación cardíaca domiciliaria para ofrecer a los pacientes una elección entre una y otra de acuerdo con sus preferencias, y ello puede tener una repercusión sobre la captación de la rehabilitación cardíaca en casos individuales.

Según Clark (2010), son varias las ventajas de la rehabilitación cardíaca domiciliaria frente a la hospitalaria. Dicho autor compara como ventajas añadidas, que los pacientes ganan en bienestar, que ciertos factores como la enseñanza y educación para la salud son más evidentes y se logran antes, y destaca que la posibilidad de que los pacientes elijan el tipo de servicio que prefieren es otra gran ventaja.

Por medio de programas de prevención secundaria bien diseñados o por medio de programas de rehabilitación cardíaca que utilicen ejercicio, educación, formación y aplicación de intervenciones psicosociales se puede, como hemos visto, mejorar la calidad de vida y el bienestar y reducir la morbilidad y la mortalidad total en los pacientes con enfermedad cardiovascular. En personas con riesgo cardiovascular también se puede mejorar su estado y su calidad de vida, como ha quedado expuesto, y, además, ciertas intervenciones y estilo de comunicación con los pacientes mostraron ser eficaces para el control del estrés, la ansiedad, la depresión y la angustia psicológica y mejorar la esperanza (Blumenthal et al., 2005; Dusseldorp et al., 1999; Dueñas, Ramirez, Arana & Failde, 2011; Garrido, 1993; Kristofferzon et al., 2008; Linden et al., 1996; Moreno et al., 2011; Orth et al., 2009; Rees et al., 2008; Roebuck et al., 2001; Stafford, Berk & Jackson, 2009) en un estudio cualitativo encontraron que los individuos que han tenido

un infarto de miocardio presentan múltiples problemas de salud físicos que afectan a la calidad de vida, como la disnea y la incapacidad para realizar las actividades habituales. Respecto a lo emocional, la falta de confianza en sí mismos fue otro de los principales problemas. Se aconseja medir sistemáticamente después de un infarto la calidad de vida relacionada con la salud para valorar la aparición de problemas similares y mantener al paciente en buen estado.

Bagheri, Memarian & Alhani (2007) realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar la calidad de vida entre pacientes con infarto de miocardio y estudiar el efecto de un programa de consejo asistido en grupo, sobre las medidas de calidad de vida. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y control con respecto a las medias de calidad de vida al mejorar los síntomas físicos, emocionales y el aspecto laboral, familiar y social de los pacientes sometidos al consejo asistido en grupo.

➤ **Aspectos emocionales en los pacientes con infarto de miocardio**

El efecto de la depresión, la hostilidad, el aislamiento social, la ansiedad, la ira y el estrés sobre la salud cardiovascular ha quedado demostrado, y se relaciona con la morbilidad y la mortalidad coronaria. Por ello, diversos autores como Carroll et al. (2006), Carroll, Rankin & Cooper (2007) y Carroll & Gonzalez (2009), estiman que las intervenciones que provoquen respuestas de relajación como enseñar a meditar, a relajarse, a efectuar ejercicio y aumentar las redes sociales mejorarán los resultados de salud. Por ello, deben ser incluidas este tipo de intervenciones en las terapias que forman parte de los programas de rehabilitación cardíaca o en programas o intervenciones comunitarias.

Rees et al. (2008) efectúan una revisión sistemática sobre una serie de estudios para determinar la efectividad de las intervenciones psicológicas de los programas de rehabilitación cardíaca, en particular las intervenciones de control del estrés sobre la mortalidad y morbilidad, la calidad de vida y los factores de riesgo. Las conclusiones a las que llegan son que las intervenciones psicológicas generales no tienen efectos significativos sobre la mortalidad, aunque sí reducen la ansiedad y la depresión en pacientes con

cardiopatía coronaria. Lo mismo ocurre con las intervenciones específicas de control del estrés.

En una revisión sistemática realizada por Bunker et al. (citado en Soto & Failde, 2004) se pone de manifiesto que la depresión, el aislamiento social y los llamados episodios catastróficos de la vida se asocian con el desarrollo de enfermedades coronarias. En esta misma línea, están los resultados de un estudio de 40 años de seguimiento realizado con una cohorte de más de 100 pacientes varones, que llegaron a poner de manifiesto que la depresión se comportaba como un factor de riesgo independiente de la enfermedad coronaria en los varones (Soto & Failde, 2004). Todos estos aspectos deben controlarse en la planificación de los programas de prevención. En otro estudio (Taylor et al., 1997) al cabo de 12 meses de intervención domiciliaria para reducir el temor, la ansiedad y la depresión en un grupo de 293 pacientes encuentran una reducción de las complicaciones postinfarto (angina) y la ansiedad al compararlo con otro grupo de 292 pacientes a los que se brindan cuidados tradicionales.

En un estudio guiado por enfermeras de atención domiciliaria a pacientes postinfarto de miocardio se trataba, por medio de un programa de intervención de enfermería psicosocial, de detectar el estrés psicológico incluyendo ansiedad, depresión, estrés y disfunción social, y examinar la relación de dichos aspectos con la mortalidad y con los reingresos hospitalarios. Se efectuó un seguimiento con una intervención individualizada de apoyo emocional como consuelo/aliento, escucha activa y comprensión, y asesoramiento técnico variado según sus preocupaciones, dudas y temores. La enfermera realizaba al menos dos visitas domiciliarias y contactos telefónicos con el paciente para controlar las condiciones físicas, el tratamiento farmacológico, ejercicio, dieta, las condiciones emocionales, las reacciones en la familia, el trabajo, y otros estresores. Se compararon con pacientes sin intervención individualizada ni llamada telefónicas durante un año y se halló que las intervenciones de apoyo para reducir el distrés psicológico eran favorables (Cossette, Frasure & Lespérance, 2001, 2002).

En pacientes con insuficiencia cardíaca la depresión es frecuente y se asocia

con un mayor riesgo de mortalidad. Son los mecanismos fisiopatológicos directos (arritmias ventriculares, trombogénesis...) o los mecanismos conductuales (menor capacidad de adherirse al régimen farmacológico o de cambiar el estilo de vida) los que pueden inducir dicho resultado de mayor riesgo de mortalidad (Lane, Chong & Lip, 2008).

Diversos estudios han investigado los efectos del estrés en el infarto de miocardio. Clark (2003) examina la visión y opinión de los pacientes post-infartados acerca del estrés y su relación sobre su funcionamiento global y con su infarto de miocardio. Mediante entrevistas cualitativas se examinaron las descripciones que los pacientes hacían de su estado, encontrando que tenían miedo y preocupación, y que consideraban que el estrés no era una consecuencia de su infarto de miocardio, sino que, por el contrario, era una causa común de sus problemas de corazón. Entendían que el estrés influía más que el tabaquismo o la dieta en su salud cardiovascular y en su funcionamiento general. Sjostrom & Fridlund (2007), por su parte, exploran las percepciones de estrés en un grupo de mujeres antes y después de un infarto de miocardio en un estudio cualitativo, en el que efectuaron una entrevista recién acontecido el infarto en el hospital, y otra 10 meses después del infarto en su domicilio. Entendían los pacientes que el periodo anterior al infarto fue estresante en su vida privada y profesional. Tras el alta hospitalaria, las pacientes se mostraban asustadas al regresar al domicilio pues ni ellas ni sus familiares tenían información adecuada. Al-Hassan & Sagar (2002) encuentran que en el periodo reciente del alta postinfarto de miocardio hay que cuidar en los pacientes aspectos tales como el rol social, familiar y las relaciones interpersonales y con los profesionales sanitarios, puesto que el estrés del cambio inicial puede llegar a alterar dichos aspectos y dificultar su cuidado posterior.

➤ **Necesidades de Información, educación y percepciones de los pacientes**

La carga de las enfermedades crónicas sobre los servicios de salud en el mundo está creciendo, y a su vez aparece a escala internacional, un mayor desarrollo de las intervenciones educativas de ayuda a los pacientes para sus autocuidados y para mejorar su calidad de vida. Se realiza una revisión

sistemática de intervenciones destinadas a mejorar los conocimientos y habilidades de los pacientes para autoadministrar o autogestionar su enfermedad crónica y sus autocuidados, con especial referencia a la contribución de la práctica enfermera. Se encontró que aunque el 77% (23) de revisiones se mencionaba que el personal de enfermería estaba involucrado, los pacientes encontraban como un problema para la formación, el hecho de que el profesional en ocasiones no estaba disponible. No obstante, se halló que los programas educativos tienen beneficios para ciertas enfermedades crónicas y son prometedores para las intervenciones en otros ámbitos, como para el control de los factores de riesgo cardiovasculares. Sin embargo, hay que continuar profundizando para que ciertas intervenciones sean exitosas (Coster & Norman, 2009).

Radcliffe, Harding, Rothman & Feder (2009) efectuaron un estudio cualitativo para explorar las experiencias de los pacientes y sus percepciones frente a un tratamiento de angioplastia primaria. Estos sujetos informaron de que sabían que estaban esperando una cirugía a corazón abierto como tratamiento para su ataque al corazón y que quedaron positivamente impresionados cuando se efectuó dicho tratamiento. Reconocían no participar en las decisiones sobre su tratamiento en la fase aguda y, a veces, tampoco después del alta. Los pacientes estaban satisfechos con la angioplastia primaria como tratamiento para el infarto agudo de miocardio, pero tenían escaso conocimiento acerca del proceso y seguimiento posterior.

Según las recomendaciones de las sociedades científicas y grupos de expertos, hay acuerdo en que una parte importante del manejo y tratamiento de los pacientes con problemas cardiovasculares es la información y la educación para afrontar los cambios, las consecuencias de la enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico y a los programas de intervención de educación y para la promoción de la salud o de RC.

La recuperación tras un infarto de miocardio tiene componentes cognitivos, funcionales y afectivos. Los componentes cognitivos se refieren a la comprensión de la enfermedad y de ello puede depender la evolución y el pronóstico posterior.

En un estudio cualitativo (Karner, Goransson & Bergdahl, 2003) se descubrió la disparidad de concepciones sobre el infarto de miocardio, los factores de riesgo etc., de los pacientes. Incluso hubo pacientes que no supieron contestar a sencillas preguntas sobre su enfermedad. Por ello, se concluyó que es importante conocer cuáles son los valores y las creencias de los pacientes sobre la enfermedad para poder efectuar intervenciones educativas adecuadas.

Otro estudio se efectuó para explorar las necesidades de información de los pacientes que habían sido sometidos a una angioplastia tras un infarto de miocardio. La metodología del estudio fue cualitativa. Los pacientes se mostraron, en general, satisfechos con la forma en que se proporcionó la información de su salud y su enfermedad. Tenían necesidad de información más específica sobre el riesgo de recurrencia, el nivel de daño al músculo cardíaco, los medicamentos al alta, los niveles de actividad física y la dieta que debían de seguir. No había clara preferencia por uno u otro profesional, y las preferencias del momento y tipo de información varió considerablemente. En ello influyó el tiempo de estancia y el choque emocional que sufren los pacientes, entre otros aspectos, así como su capacidad para absorber la información haciendo que el momento óptimo de recibir la información fuera variable. La conclusión fue que su percepción con la información sanitaria era satisfactorio, aunque objetivamente se percibía mejorable (Astin, et al., 2008).

Hanssen et al. (2005) efectúan un estudio cuyo objetivo fue explorar las necesidades de información de pacientes con infarto de miocardio y sus preferencias de contacto de seguimiento después del alta, agrupando en “3 momentos en los que proporcionar información”: la estancia en el hospital, el regreso a casa y el seguimiento posterior. Los datos apoyan conclusiones de estudios anteriores, confirmando que existe una falta de información en el hospital y también posteriormente, que la información proporcionada es estandarizada, inadecuada e insuficiente, sintiéndose desvalidos y desatendidos después. Un dato importante es que los pacientes prefieren tener líneas telefónicas abiertas con los profesionales sanitarios y prefieren asimismo el seguimiento telefónico, pero insisten en que debe ser el profesional quien debe hacer el seguimiento, y no ser el paciente el que busque la información.

Ellos argumentan que la información debe darse igual que se dan unas medicinas. Los resultados de este estudio proporcionan datos para mejorar la información y el apoyo del paciente tras un infarto de miocardio. Esta insatisfacción en el tipo de información es compartida por otros autores (Murie et al., 2006).

Los cónyuges juegan un papel fundamental en la recuperación de sus parejas, por ello la información y el apoyo profesional a éstos es fundamental. El objetivo de un estudio realizado por McLean et al. (2007) fue explorar la información recibida por los cónyuges/parejas durante la estancia del paciente en el hospital. En las entrevistas se detectó que la información y el apoyo a los cónyuges de estos pacientes no siempre son adecuados. Por lo que se sugiere la inclusión de la pareja en grupos de autoayuda y en sistemas de soporte telefónico, así como en los programas de rehabilitación cardíaca, como apoyo para mejorar la situación de los pacientes.

En una revisión sistemática efectuada para conocer si es útil informar rutinariamente a los pacientes, se encontró que efectuar intervenciones de información o asesoramiento para ayudar a satisfacer las necesidades de información de los pacientes de manera sistemática, y antes de que ellos hayan consultado o sin saber exactamente el momento de intervenir, produjo beneficios limitados en los pacientes. Este aspecto necesita más investigaciones (Kinnersley et al., 2007).

Otra revisión sistemática efectuada por Mistiaen & Poot (2010) sobre 33 estudios, evaluaba la eficacia del seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio. Aunque no aparecieron resultados que concluyeran que fuera una intervención efectiva, es probable que se deba a que los estudios realizados sobre este tema sean de baja calidad metodológica, ya que en otros estudios se mostró que el seguimiento telefónico es factible y que los pacientes aprecian estas llamadas (Dale et al., 2008).

Enseñar a los pacientes los autocuidados y el automanejo de su enfermedad, podría reducir el riesgo cardiovascular en personas con manifestaciones de

enfermedad cardiovascular. En este sentido, Sol, van der Graaf, Brouwer, Hickox & Visseren (2010) en un estudio de cohortes evalúan si los autocuidados pueden mejorar los comportamientos de salud e influir en la reducción del riesgo vascular. Desarrollaron una intervención de autogestión de la enfermedad durante un año y se investigó su efecto sobre los factores de riesgo vasculares y la calidad de vida en pacientes con enfermedades vasculares diferentes. Se halló que el grupo de la intervención de autocuidados tuvo mejores resultados que el de la atención habitual en varios factores de riesgo vasculares importantes. Por ejemplo, la presión arterial sistólica disminuyó significativamente en el grupo de autocuidados y aumentó significativamente en el grupo de atención habitual. Se logró también el objetivo planteado respecto al nivel de colesterol en el grupo caso respecto al grupo control. Se observaron diferencias significativas en la circunferencia de la cintura, en fumar o en el nivel de triglicéridos. Es decir, después de un año, se observó que había mejorado el estado general de salud y la calidad de vida en el grupo de autocuidados respecto al grupo de atención habitual.

Murray, Burns, See Tai, Lai & Nazareth (2005) encuentran en su revisión sistemática, los efectos positivos de los programas de educación sanitaria interactiva sobre personas con enfermedades crónicas. Hallan que están mejor informadas, sienten mejor apoyo social, presentan mejores resultados conductuales y clínicos. Aunque concluyen que se necesitan más estudios de alta calidad, con tamaños de la muestra más grandes, para confirmar estos resultados preliminares.

Otra revisión sistemática realizada por Currell, Urquhart, Wainwright & Lewis (2000) encuentra que el establecimiento de sistemas para la atención de pacientes mediante tecnologías de telecomunicaciones es factible, pero añaden que hay poca evidencia de sus beneficios clínicos. Los estudios suministraron resultados variables y no conclusivos para los hallazgos, tales como medidas psicológicas, y acerca del costo efectividad de los sistemas de telemedicina. La revisión demuestra que se necesitan investigaciones adicionales y que es factible llevar a cabo ensayos clínicos aleatorios sobre dicho tema.

Muchos son los partidarios de la "promoción de los medios masivos de

comunicación" para informar sobre temas de salud, aunque en ocasiones pueden promover un aumento de la utilización de los servicios sanitarios por generar dudas, alarma o estrés, o incluso llegar a ser una fuente tanto de esperanza como de frustración en la promoción del bienestar social.

En una revisión sistemática se evaluaba los efectos de los medios masivos de comunicación sobre la utilización de los servicios sanitarios. La mayoría de las campañas de los medios masivos de comunicación descritas en los estudios incluidos eran intervenciones planificadas que intentaron promover el uso de servicios sanitarios específicos en la detección del cáncer, programas de inmunización, o servicios de urgencias para pacientes con presunto infarto de miocardio. Todas las campañas utilizaron una variedad de medios, como la radio, la televisión, los periódicos, los carteles y los volantes, pero ninguno de ellos utilizó medios electrónicos, como Internet. Los efectos de las intervenciones de medios masivos de comunicación orientadas a reducir el retraso en el ingreso al hospital de los pacientes con presunto infarto de miocardio aumentó el número de pacientes observados en el servicio de urgencias como resultado de las campañas, aunque la proporción de pacientes observados con presunto infarto de miocardio permaneció relativamente estable. Los resultados indicaron que los medios masivos de comunicación pueden tener un impacto sobre la utilización de los servicios sanitarios como resultado de las campañas planificadas y la cobertura no planificada. Sin embargo, debido a las limitaciones de los estudios no hay conclusiones definitivas y se aconseja continuar con investigaciones mejor diseñadas (Grilli, Ramsay & Minozzi, 2001).

Los episodios coronarios y los procedimientos de revascularización producen una incapacitación en el paciente que provoca una gran inquietud, temor y ansiedad tanto en los enfermos como en los miembros de su entorno más cercano. Esto se traduce en una disminución de las actividades de la vida diaria y un deterioro a nivel psicológico y social, sobre todo en lo relativo a la actividad sexual, lo que produce un deterioro gradual de la calidad de vida del paciente. Es necesario disminuir los niveles de ansiedad y temor que la actividad sexual provoca, proporcionando mayor información a nivel individual y/o grupal (Ames, 2004).

Los trastornos sexuales más frecuentes en pacientes varones son disminución de la libido, disfunción eréctil, trastornos en la eyaculación e impotencia. Determinados aspectos juegan un papel decisivo en la reincorporación social y sexual del enfermo cardíaco. Son factores agravantes que durante el coito los pacientes pueden presentar disnea, angina o palpitaciones, que su capacidad física suele estar limitada tras el ingreso, que existe falta de información, tienen miedo a la muerte durante el acto sexual, surgen posteriormente sentimientos de culpa, etc.,

La disfunción sexual puede mejorar siguiendo una serie de pautas, independientemente de la edad y el sexo de los pacientes. Se aconseja el diálogo con los pacientes y familiares informando sobre las horas, posturas, estancias más deseables que deben elegir previa actividad sexual, así como explicar qué hacer en el caso de aparición de sintomatología durante la actividad sexual (Díaz, 2002).

En un estudio en enfermos cardíacos incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca (RC) se ha analizado la incidencia de disfunción eréctil, los factores de riesgo coronario, los trastornos psicológicos existentes y la medicación que utilizaban. Se encontró que los trastornos sexuales afectan en gran medida a la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía (50% en varones y una incidencia mayor en mujeres). La causa de la disminución de la actividad sexual en parejas con relaciones personales normales suele ser el miedo a las posibles complicaciones (Maroto et al., 2008).

Una vez vistas las circunstancias de la evidencia científica y de las recomendaciones efectuadas para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes después de un infarto de miocardio, y debido a que no conocíamos estudios que hicieran valoraciones del estado de salud, de enfermedad o de bienestar en nuestra provincia, y unido a la importancia de conocer dicha situación real de nuestro entorno que no dispone de servicios o programas de rehabilitación cardíaca desde la asistencia pública, iniciamos una línea de investigación en Febrero del año 2001 para profundizar en dichos aspectos. Dicho estudio necesitaba de la perspectiva personal de los pacientes por lo que además, decidimos profundizar en las vivencias y

necesidades de los pacientes mediante entrevistas cualitativas en profundidad, motivo por el que a continuación se presentará el capítulo correspondiente a la justificación de la investigación cualitativa en nuestro estudio.

1.9. La investigación cualitativa en el ámbito de la salud

1.9.1. Importancia de la investigación cualitativa en el campo de la salud

En términos generales, se puede hablar de dos grandes enfoques de investigación en ciencias de la salud: el cuantitativo -o positivista- y el cualitativo –o interaccionista o fenomenológico-. Se considera que ambos son complementarios y que tienen el mismo rigor científico.

Tradicionalmente, en los estudios realizados en el campo de la salud ha primado el uso de métodos matemáticos que responden a las preguntas de investigación cuantificando los hallazgos o los problemas planteados. Pero en los últimos años las publicaciones de investigaciones cualitativas en revistas del ámbito sanitario han aumentado. Ya no es cuestionable la pertinencia de este tipo de diseño ante problemas determinados. Por el contrario, los estudios cualitativos son elegidos cuando se trata de profundizar en la comprensión de los fenómenos de la salud y enfermedad, abordándolos desde las distintas perspectivas que puede hacerlo el propio sujeto o sujetos protagonistas del problema analizado en el propio escenario de estudio. Cada vez son más los estudios que recurren a la combinación de metodologías cuantitativa y cualitativa, es decir, utilizan en sus trabajos diseños mixtos. Así, la investigación cuantitativa, con un enfoque positivista, mide o cuantifica, mientras que la investigación cualitativa, con un enfoque interaccionista o fenomenológico, describe e interpreta; de ahí la complementariedad y enriquecimiento que ambos enfoques aportan cuando se utilizan juntos.

A los profesionales sanitarios se les hace necesario contextualizar los cuidados del paciente y brindarles tratamientos enfocados a sus preferencias y posibilidades individuales para que sean más eficaces. Intervenimos sobre individuos o poblaciones según los problemas reales que padecen y según su contexto demográfico, social y cultural, según sus valores y sus expectativas

ya sea para tratar, educar, medir, conocer o informar, contribuyendo de ese modo a canalizar las intervenciones y políticas sanitarias y mejorar la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios. Con un diseño cualitativo, al aportar datos descriptivos, se permite explorar campos que son inaccesibles con una metodología cuantitativa, como son los valores, las percepciones, las expectativas de las personas en su entorno real y concreto. Permite descubrir necesidades y problemas individuales o de grupo y, por tanto, es útil para generar hipótesis y profundizar en los condicionantes que explican la actividad humana. Por ello, en general, se deben plantear métodos cualitativos cuando se necesite identificar necesidades, problemas y barreras.

Los investigadores en el campo sanitario han ido comprobando que cuando se trata de estudiar fenómenos humanos, la investigación cualitativa aporta lo que los números son incapaces de dar con un enfoque puramente positivista. En suma, la investigación cualitativa es útil en el campo sanitario porque busca describir los fenómenos, cómo varían éstos en diferentes circunstancias, cuáles son las causas subyacentes e intenta describir cómo las personas dan sentido a su entorno social y de qué manera lo interpretan (Pope & Mays, 1999).

Por ello en el ámbito de las ciencias de la salud, cada vez es más utilizada la investigación cualitativa ya sea de manera aislada, o bien combinada con los métodos cuantitativos, ya que dicha complementariedad aumenta la comprensión de la realidad estudiada y permite abordarla desde múltiples perspectivas. En función del objetivo del estudio el enfoque teórico y metodológico elegido será distinto.

En el ámbito de la enfermería, como explica Zoucha (1999), la investigación cualitativa es muy apropiada para estudios de investigación, en particular desde que las enfermeras se dedican a observar las Respuestas Humanas.

El enfoque que la enfermera hace de los problemas de las personas, familias o comunidades es compatible con el cualitativo. El paradigma de los cuidados enfermeros es coherente con la mirada cualitativa: cuando surge un problema, la enfermera lo aborda desde la perspectiva del paciente, lo intenta comprender en su contexto social y cultural, evalúa lo que significa para él o

para su entorno, y averigua cómo resolverlo en función de las preferencias, capacidades y posibilidades de dicha persona y su familia según el contexto donde se encuentre.

El avance de la investigación cualitativa se ha visto ralentizado por varios motivos: por un lado, la idea de que “lo que no se puede probar o medir no se puede generalizar”, por otro lado, el uso de la inducción en los análisis como método importante en este tipo de investigaciones y, por último, el hecho de que a menudo no se usen marcos bibliográficos o no se efectúen comparaciones con otras investigaciones para avanzar y construir en el propio trabajo desarrollado demora los progresos como ciencia .

En investigación cualitativa en salud rara vez se va más allá de la descripción de los hallazgos y son pocos los intentos de generar teorías. En enfermería, la escasez de estudios cualitativos sólidos ha sido un problema serio, lo que unido a la ruptura existente en la disciplina entre teoría y práctica ha ralentizado la evolución de la profesión, ya que, por un lado, quedaron las grandes teorías generadas que no fueron aplicables a la práctica. Su falta de operatividad originó una brecha entre la práctica y dichas teorías en los años setenta, herencia que se vienen acusando hasta el día de hoy en que se aprecia que todo lo teórico o relativo a la investigación poco tienen que ver con la práctica y, por el contrario, la dificulta. A falta de teorías propias que satisfagan nuestras necesidades, seguimos utilizando teorías de otras disciplinas e intentamos aplicarlas a los asuntos de salud, con el subsiguiente alejamiento de una perspectiva enfermera en la solución del problema así como la ralentización de la evolución de la práctica. Por ello, la investigación cualitativa ha de contribuir al desarrollo de la fundamentación teórica de la asistencia sanitaria (Morse, 2005).

Tradicionalmente las técnicas cualitativas eran consideradas de bajo rigor científico y basadas en la subjetividad. Sin embargo, hoy día la investigación cualitativa constituye una pieza fundamental para estudiar los problemas de salud y viene a aportar la visión que falta en ciertas investigaciones como es el caso de estudios para el desarrollo de programas de promoción y educación para la salud, en los que en numerosas ocasiones es necesario

buscar y analizar diferentes tipos de información o comprender aspectos relacionados con las experiencias personales u otras particularidades de los asuntos de salud y enfermedad que se estudien. La investigación cualitativa también resulta de gran interés para planificar o evaluar programas o para medir y efectuar el seguimiento de programas ya implantados.

Desde las últimas décadas del siglo pasado los estudios cualitativos proliferan en el campo de la salud, y especialmente en el campo de la enfermería, pudiendo agruparse dicha producción en “investigación primaria”, ya sea descriptiva o interpretativa, y en “investigación secundaria”, basada en la revisión sistemática o análisis de trabajos originales descriptivos o interpretativos, estos últimos escasos en nuestro medio (Gálvez, 2001).

1.9.2. Investigación cualitativa: delimitación conceptual y características.

La investigación cualitativa es el procedimiento metodológico por medio del cual los significados encontrados en la palabra, símbolos, imágenes o textos interpretan lo que representa para el sujeto o comunidad de la que provienen, con el objetivo de comprender un determinado fenómeno.

Según Leininger (1990, citado en Zoucha, 1999, p.81) definía la investigación cualitativa como los métodos y técnicas de observación, documentación, análisis e interpretación de atributos, pautas, rasgos y significados de las características contextuales del fenómeno estudiado.

Respecto a los campos o ámbitos de estudio de la investigación cualitativa, cabe señalar que la investigación cualitativa se orienta a distintas disciplinas pero en todas ellas, es en el mundo social de los valores, creencias y de las actitudes donde se producen los significados de los fenómenos a estudiar. Concretamente, en el ámbito de las ciencias de la salud, tal como se ha comentado con anterioridad, la investigación cualitativa es cada vez más utilizada ya sea de manera aislada, o bien combinada con los métodos cuantitativos, ya que dicha complementariedad permite una mayor comprensión del objeto de estudio

Para conocer los atributos inherentes a la investigación cualitativa, presentamos seguidamente algunas de sus características según recogen

Steve Taylor y Robert Bodgan en su libro "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación" (Taylor & Bodgan, 1994, p. 20 a 23):

- La investigación cualitativa es inductiva. Se desarrollan conceptos e intelecciones, partiendo de los datos, los cuales no son utilizados para la evaluación de modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. Se trata de una investigación flexible a diferencia del enfoque cuantitativo.
- En la metodología cualitativa el investigador ve el escenario y las personas en una perspectiva holística, no se reducen a variables sino que se consideran como un todo. Las personas son estudiadas desde el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se encuentran.
- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Son naturalistas, interactúan con los sujetos de un modo natural y no intrusivo. Utilizan la observación participante tratando de no desentonar en la estructura hasta llegar a la plena comprensión del escenario. En las entrevistas no utilizan el intercambio formal de preguntas y respuestas, sino una conversación normal. Intentan controlar y reducir al mínimo sus efectos en las personas que estudian o tenerlos en cuenta a la hora de interpretar sus datos (Emerson, 1983).
- En la investigación cualitativa se intenta comprender a las personas dentro de su propio marco de referencia. El investigador se identifica con las personas objeto de estudio para comprender su punto de vista.
- El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Según Bruyn (1966), "el investigador cualitativo ve las cosas como si estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada se da por sobreentendido. Todo es un tema de investigación".
- Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. El investigador intenta comprender las distintas perspectivas, considerando a todas las personas como iguales (delincuente

juvenil=juez; paranoide=psiquiatra...) de tal forma que las personas ignoradas socialmente pueden también exponer sus puntos de vista.

- Los métodos cualitativos son humanistas. Según Burgess (1982, citado por Taylor & Bodgan, 1994, p.21) en la investigación cualitativa aprendemos sobre la vida interior de la persona, sus luchas morales, sus éxitos y fracasos en el esfuerzo por asegurar su destino en un mundo demasiado frecuentemente en discordia con sus esperanzas e ideales.
- Los investigadores cualitativos ponen de relieve la validez interna de su investigación. Según Blumer (1969), los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico. Mediante la observación directa de las personas en su vida cotidiana obtenemos un conocimiento no mediatizado por conceptos, definiciones operacionales ni escalas clasificatorias. El investigador cualitativo se centra en la coherencia sin darle excesiva importancia a qué es o no lo correcto, lo que no significa que se trate de una investigación sistemática conducida por procedimientos rigurosos, aunque no homogéneos. Esto es a lo que los autores sajones denominan rigor.
- La investigación cualitativa es un arte. Sus métodos no son tan refinados ni homogéneos como en otros enfoques, aunque debido a la publicación de libros y narraciones directas de investigaciones de campo, este aspecto está en un proceso de cambio. El investigador cualitativo es flexible en cuanto que crea su propio método, no sigue reglas sino directrices orientadoras, ni es esclavo de ningún procedimiento o técnica.

A continuación se pasa a exponer los principales tipos de investigación cualitativa.

1.9.3. Tipos y métodos de investigación cualitativa

La diversidad de contextos y objetivos de los autores cuando se enfrentan a un problema de investigación, la multiplicidad de publicaciones y los diferentes enfoques teóricos o metodológicos, así como la pluralidad de

lenguajes y términos utilizados, dificultan la creación de una única clasificación para los paradigmas de conocimiento o bien de las metodologías cualitativas. Ello aumenta, en ocasiones, la confusión frente a la elección de los modos y técnicas de investigación más adecuados. Por ejemplo, para clasificar un estudio cualitativo a nivel teórico, según qué autores, se aconseja utilizar un enfoque desde un paradigma de conocimiento positivista, desde un paradigma post-positivista o desde un paradigma Interpretativo o participativo, entre otros; o bien en otros casos, las clasificaciones se basan en los enfoques metodológicos como la etnografía, la fenomenología, o la etnometodología.

Desde dos puntos de vista diferentes se puede encontrar en la literatura, que las clases de investigación cualitativa más importantes se enfocan por un lado, desde los distintos paradigmas del conocimiento, y por otro, desde los distintos tipos de métodos encontrados en investigación cualitativa.

Entre las diversas clases de investigaciones cualitativas seleccionadas como las más importantes desde la perspectiva teórica y metodológica, y desarrolladas en los últimos años por las ciencias sociales (Mejía Navarrete, 2004) se concretan las siguientes: investigación etnográfica, investigación mediante historias de vida, investigación-acción participativa, investigación de casos y la investigación interpretativa. De todas ellas, profundizaremos en esta última, porque desde dicha perspectiva enfocaremos la parte cualitativa del presente estudio.

La investigación interpretativa se define como el conjunto de perspectivas teóricas mutuamente interrelacionadas y que comparten orientaciones metodológicas en la investigación cualitativa. Entre las principales destacan la etnometodología, la hermenéutica, el interaccionismo simbólico y la fenomenología, que será objeto de un análisis detallado más adelante, al ser el método cualitativo en la presente investigación. En ese sentido, la investigación interpretativa analiza los fenómenos sociales dentro de la concepción fenomenológica, es decir, en su medio natural, en el propio mundo en que se presenta, por lo que las teorías emergen de estos datos observados.

En la investigación interpretativa no se formulan marcos teóricos e hipótesis previas; sus estructuras conceptuales deformarían la realidad social. La investigación se orienta a la interpretación del significado de la acción en una estructura explicativa del carácter del fenómeno. Este proceso requiere de un riguroso control en sus fases.

Una vez expuestos los diferentes tipos de investigación cualitativa, y profundizado en la investigación interpretativa, se pasará a continuación a exponer los distintos métodos cualitativos deteniéndonos en la utilizada en la presente investigación.

- Los métodos

La naturaleza de la investigación hace de guía y orienta la elección de un método u otro. De este modo, el método tiene carácter instrumental. Ahora bien, los métodos de investigación dependen de la disciplina de la que parte el investigador y de sus necesidades. Ello determinará la utilización de unos métodos concretos y las posibles cuestiones a tratar (Rodríguez et al., 1999).

Del mismo modo que ocurría en el caso de los tipos de investigación cualitativa, los métodos pueden ser muy distintos en función de la perspectiva de los diferentes autores: Etnografía, Teoría fundamentada, Etnometodología, Investigación-acción y Fenomenología. Profundizaremos en la Fenomenología en el siguiente apartado, por ser como hemos mencionado, el método utilizado para desarrollar la parte cualitativa de la presente investigación.

1.9.4. Fenomenología e investigación cualitativa

La fenomenología proviene de la escuela de pensamiento filosófico de Husserl (1859-1938). Para este autor la filosofía fenomenológica tiene la tarea de hacer de la filosofía una ciencia rigurosa de acuerdo con el modelo de las ciencias físico-naturales del siglo XIX, pero diferenciándose de ésta por su carácter puramente contemplativo. Se caracteriza por centrarse en la experiencia personal más que en perspectivas grupales o de interacción y descansa sobre cuatro conceptos clave: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la

relacionalidad o la cumunalidad (la relación humana vivida; Álvarez, 2003).

Según este paradigma, los seres humanos están vinculados con su mundo y por tanto su experiencia vivida dependerá del contexto en que se produzca su relación con personas, objetos, sucesos y situaciones. La existencia humana implica que las personas sólo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos. Como afirman Field y Morse (1985, citado en De la Cuesta, 2006), un buen estudio fenomenológico “toca el alma” del lector. Morse y Richards (2002, citado en Álvarez, 2003, p. 86) apuntan dos premisas en la fenomenología:

- La primera se refiere a que las personas perciben el mundo no como lo piensan, sino como lo viven. El mundo vivido y la experiencia vivida serían elementos fundamentales de la teoría.
- La segunda señala la importancia de la existencia humana, lo que implica que las personas están en su mundo y sólo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos. Los comportamientos humanos han de contextualizarse en las relaciones con los objetos, las personas, los sucesos y las situaciones.

La investigación fenomenológica se diferencia de otras corrientes de investigación cualitativa en la importancia dada a lo individual y a la experiencia subjetiva: “la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad” (Bullington y Karlson, 1984, citado en Rodríguez et al., 1999, p. 40).

La fenomenología se ha extendido a diversas disciplinas. Su aplicación es multidisciplinaria y es considerada por algunos autores como el movimiento filosófico más representativo del siglo XX. Actualmente existen corrientes fenomenológicas específicas para su aplicación en distintos campos, tales como la sociología, psicología, pedagogía, etc. la fenomenología reflexiva-trascendental, la fenomenología dialógica, la fenomenología empírica, la fenomenología existencial y la fenomenología social, todas ellas con raíces en la fenomenología hermenéutica.

Desde el paradigma fenomenológico, el investigador plantea sus preguntas

de cara a comprender el significado que para la persona tiene la experiencia vivida, sin ideas preconcebidas, abierto a lo que aquella exprese. El análisis de los datos se realiza por medio de un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura que transforma la experiencia vivida en una expresión textual. El investigador selecciona las particularidades de la experiencia vivida descritas, agrupando las palabras o frases que tienen relación entre sí y formando grupos que revelen la subjetividad de la persona objeto de estudio. Los hallazgos fenomenológicos se presentan en una narración o en temas con sus correspondientes subtemas. Giorgi (1997, citado en Álvarez, 2003) propone cinco pasos para realizar el proceso: obtener los datos verbales; leerlos; agruparlos; organizarlos y resumirlos para su exposición ante un auditorio científico.

El estudio fenomenológico permite una mejor comprensión de la experiencia desde la perspectiva del sujeto. El objeto de la fenomenología es el significado que cada persona da a su experiencia. Se interesa por aprehender el proceso que realizan las personas al interpretar su mundo. El investigador fenomenológico como decimos, desde el punto de vista de los otros describe, comprende e interpreta las cosas.

A continuación, se exponen las características de la fenomenología.

➤ **Características de la fenomenología**

Van Manen (1990, citado en Rodríguez et al., 1999, p. 40) extrae las siguientes características para la investigación fenomenológica:

- La investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo, de la vida, de la cotidianidad. Lo cotidiano es la experiencia no conceptualizada o categorizada.
- La investigación fenomenológica es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia. Ser consciente implica una transitividad, una intencionalidad. Toda conciencia es conciencia de algo.
- La investigación fenomenológica es el estudio de las esencias. La fenomenología se pregunta por la verdadera naturaleza de los fenómenos. La esencia de un fenómeno es universal, es un intento sistemático de

desvelar las estructuras significativas internas del mundo de la vida.

- La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales o la frecuencia de algunos comportamientos.
- La investigación fenomenológica es el estudio científico-humano de los fenómenos. La fenomenología puede considerarse ciencia en sentido amplio, es decir, un saber sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo.
- La investigación fenomenológica es la práctica atenta de las meditaciones. Este estudio del pensamiento tiene que ser útil e iluminar la práctica de la educación de todos los días.
- La investigación fenomenológica es la exploración del significado del ser humano. En otras palabras: qué es ser en el mundo, qué quiere decir ser hombre, mujer o niño en el conjunto de su mundo, de la vida o de su entorno sociocultural.
- La investigación fenomenológica es el pensar sobre la experiencia originaria.
- John Cresswell (1998, citado en Álvarez, 2003 p. 86) se aproxima a los criterios expuestos de Van Manen y considera que los investigadores realizan análisis fenomenológicos si su trabajo cumple con las siguientes características generales:
 - Buscan la esencia, la estructura invariable del significado de la experiencia.
 - Enfatizan la intencionalidad de la conciencia, es decir, que las experiencias contienen la apariencia externa y la interna, las cuales se basan en la memoria, la imagen y el significado.
 - Realizan el análisis fenomenológico de los datos mediante una

metodología reductiva, con auxilio del análisis de discursos y de temas específicos y con la búsqueda de significados posibles.

- Apartan su propia experiencia en la más pura tradición de la investigación naturalista.
- Confían en la intuición, en la imaginación y en las estructuras universales para aprehender la experiencia.
- Comprenden las perspectivas filosóficas detrás de la teoría, especialmente el concepto de estudiar cómo una persona experimenta un fenómeno.
- Elaboran preguntas de investigación tendentes a explorar el significado que las personas confieren a la experiencia y solicitan que se les describan las experiencias vividas cotidianamente.
- Obtienen información de quienes han experimentado el fenómeno que estudian, generalmente, por medio de entrevistas.

➤ **Fases del método fenomenológico**

Spiegelberg (1975, citado en Rodríguez et al., 1999, p. 42) propone 6 fases en el método fenomenológico:

1. Descripción del fenómeno. Se parte de una experiencia concreta y se describe de la forma más libre y detallada posible, trascendiendo lo meramente superficial.
2. Búsqueda de múltiples perspectivas. Al describir los fenómenos o situaciones sin entrar en clasificaciones o categorizaciones, se obtendrá de ellos información desde las distintas perspectivas, aunque sean contradictorias del investigador, de los sujetos y de los agentes externos.
3. Búsqueda de la esencia. En su reflexión, el investigador intenta captar las estructuras que subyacen al fenómeno que estudia, las relaciones entre dichas estructuras y dentro de las mismas.
4. Constitución de la significación. El investigador se centra en cómo se forma dentro de la conciencia la estructura de un hecho determinado.

5. Suspensión del enjuiciamiento. Se evitan los juicios en la recogida de información. El investigador se distancia de la actividad para contemplarla sin que teorías o creencias influyan en su manera de percibir.
6. Interpretación del fenómeno. Se trata de extraer los significados ocultos que subyacen a la información presentada a lo largo del proceso.

➤ **Escuelas de la fenomenología: implicaciones para la investigación**

Son distintas las escuelas y diferentes los enfoques que la filosofía fenomenológica ha usado para orientar la investigación. Citamos tres por ser las más usadas en ciencias sociales, incluida la enfermería (Zichi & Omery, 2005, citado en Morse, 2005): la descriptiva (representada por Husserl y por la escuela de la Universidad de Duquesne); la interpretativa (representada por la hermenéutica heideggeriana) y, por último, una combinación de ambas (representada por la escuela de Utrecht -fenomenología alemana-). Partiendo de que el propósito de los estudios fenomenológicos es alcanzar el conocimiento fundamental de los fenómenos, se establece la siguiente diferencia:

- “La estructura eidética”: estudios guiados según Husserl o escuela de Duquesne. Es muy usada en CCSS y especialmente por la psicología existencial fenomenológica (Giorgi, Fisher y Von Eckartsberg, 1971).
- “La interpretación de fenómenos”: aclaran o dan luz a significados ocultos según la hermenéutica de Heidegger
- La combinación de la estructura eidética (describir) y la hermenéutica (interpretar) guiados por la escuela holandesa o “escuela de Utrecht” (Barritt et al., 1983, 1984; Van Manen, 1990).

La escuela “hermenéutica heideggeriana” (Dielkemann, Allen y Tanner, 1989) describieron un proceso de análisis en 7 pasos. Este enfoque interpretativo se basa en la fenomenología heideggeriana (Heidegger, 1962, citado en Morse, 2005) y su intención es revelar prácticas compartidas y significados comunes que suelen darse por sentados.

Una diferencia entre la fenomenología de la escuela holandesa y la escuela

Duquesne, es que estos últimos se centran en la descripción eidética, mientras que en la escuela holandesa se combinan características de la fenomenología interpretativa y la descriptiva. Sin embargo, investigadores y escuelas han aplicado con variaciones, métodos y maneras de presentar los informes, con lo que la variedad y dispersión es muy amplia.

Sin una descripción exhaustiva de los métodos empleados en las investigaciones, éstas no se sustentan. No abundan publicaciones de estudios en revistas especializadas en el tema que analicen los métodos en relación con la filosofía (fenomenología) o teoría que la sustenta o que hagan referencias para apoyar dicho método; por el contrario se encuentran descripciones sólo en términos generales en la mayoría de los casos y se concede escasa importancia al método o las teorías que respaldan un trabajo cualitativo. Nosotros consideramos que ello hace a las investigaciones más débiles y coincidimos, como queda recogido por Zichi & Omery (2005, citado en Morse, 2005), en que comprender las bases filosóficas de la fenomenología ayudará a interpretar estudios de investigación fenomenológica en ciencias sociales, incluyendo la enfermería, y otorgará calidad de los mismos. Otros errores que hacen frágiles los trabajos son por ejemplo hablar de un método utilizando un lenguaje o términos propios de otro método, y por ejemplo hablar de una investigación fenomenológica usando el lenguaje de la teoría fundamentada (Zich & Omery, 2005, citado en Morse, 2005). O bien, usar grandes teorías como marco teórico, combinándolas con el enfoque fenomenológico. En otros casos, el fallo está en el excesivo encasillamiento en las descripciones en algunos estudios fenomenológicos que puede llevar peligrosamente al positivismo fenomenológico al presentar un análisis de datos casi cuantificado.

Por ello, es imprescindible comprender la base que guía el método para poder incorporarlo de manera reflexiva en la mente del investigador y, así, a sus investigaciones y respetar las líneas que componen los marcos que rigen las metodologías elegidas para estudiar un fenómeno. Por lo que es menos importante el método (técnicas o pasos específicos) que bien puede ser usado en distintos estudios con diferentes tipos de metodología, que la metodología utilizada en sí, que es la comprensión teórica y articulación del

método.

Nosotros para empezar con la investigación fenomenológica, consideramos que es preciso entender la filosofía de Husserl y Heidegger por haber sido los pensadores más influyentes en la fenomenología, aunque si bien, dicha fenomenología entre ellos y en ellos mismos ha sufrido distintos cambios, y han sido precisamente dichos cambios los que han permitido que la misma evolucione.

Husserl es el fundador y principal figura del movimiento fenomenológico. Su fenomenología ha sido denominada Fenomenología eidética. En su filosofía se describieron algunas constantes (Zichi & Omery, 2005, citado en Morse, 2005, p. 186):

- “Ideal de ciencia rigurosa”: él esperaba que la filosofía con su influencia pudiera ayudar a científicos a aclarar y criticar presuposiciones no claras.
- “Radicalismo filosófico”: la filosofía se hace de ontología (tiene que ver con la naturaleza y las relaciones del ser) y de epistemología (estudio de la teoría de la naturaleza y bases del conocimiento). La epistemología de Husserl incluía el estudio de las estructuras esenciales de los seres. Su fenomenología eidética o descriptiva buscaba las esencias universales, sus estructuras y relaciones, basada en la reducción eidética que busca en el “qué o la esencia” de lo que se da de manera intuitiva en la experiencia. Se trata de obtener un análisis descriptivo concreto. Su radicalismo filosófico implica “ir a las raíces o los comienzos” de todo el conocimiento, sus fundaciones últimas, una filosofía sin presuposiciones.
- “El mundo de la vida”: o mundo de la experiencia vivida, cotidiana y no accesible en la actitud “natural”. Se da por supuesto aquello que no advertimos y para ver lo que nos rodea hay que hacer un estudio fenomenológico. También la “intencionalidad de la conciencia” en fenomenología es clave, es dirigir hacia un objeto. Así, el estudio de la experiencia revela la conciencia en la fenomenología.
- “Disposición hacia una autonomía radical”: las personas son responsables de sí mismas y de su cultura. El foco central es el “ser consciente de su

propio ser y de otros seres”. La “reducción fenomenológica” -método usado por los antiguos escépticos- sirve para obtener fenómenos sin adulteración, con actitud “ingenua, natural”. Esta reducción nos prepara para el examen crítico antes de que interpretemos; con la reducción nos guiamos a los orígenes del fenómeno. La reducción tienen dos etapas:

- o Reducción eidética: de los hechos particulares a esencias generales
- o Reducción fenomenológica: libera a los fenómenos de todo elemento; llega a la vista sin deformaciones ni preconcepciones, sin distorsionar.

Con el uso de la reducción fenomenológica revelamos y describimos estructuras de nuestro mundo. Bolton (1987, citado en Morse, 2005) decía que la fenomenología permitía comprender y expresar las relaciones necesarias entre datos y los conceptos empleados para organizar esos datos y, añadía, que el fracaso de comprender cómo se relacionan los conceptos y métodos de recolección e inspección de los datos podría producir el positivismo fenomenológico. Es decir, si no llegamos al trasfondo y describimos sólo lo superficial y sólo se describe, estamos cuantificando, incurriendo en un positivismo fenomenológico”.

Heidegger, al igual que Husserl, buscaba por medio de la fenomenología centrar el objeto de la filosofía. Sin embargo, se distanció de éste porque entendía que el núcleo de la filosofía era ontológico y no epistemológico (la ontología trata de la naturaleza y relaciones del ser y la epistemología de las bases de la naturaleza y bases del conocimiento). De este modo, a pesar de ser discípulo de Husserl, Heidegger sobre los años 50-60, se alejó de aquél en su pensamiento positivista y científico, repudiando el término “investigación”.

Heidegger, al reunir los pensamientos fenomenológicos, ontológicos y hermenéuticos (interpretativo) definió la filosofía como “la ontología fenomenológica basada en la hermenéutica del ser humano y revela que la verdad se debe encontrar en el mundo interpretado hermenéuticamente. La fenomenología revela principalmente “el significado del Ser”. Para Heidegger

la fenomenología es un enfoque metodológico que nos hace ver lo que de otra manera estaría oculto, de sacar lo escondido de su escondite y detectarlo como no oculto” o sea, como verdad (Spiegelberg 1982, citado en Morse, 2005). Una de las críticas de Heidegger a Husserl fue el énfasis que éste hacía en la descripción más que en la comprensión, por lo que se disoció de los enfoques eidéticos de Husserl.

Para Heidegger la fenomenología no debería acumular nueva información o proporcionar conocimientos hasta aquí simplemente inexistentes; su propósito es apropiarse de un significado ya implícito en la experiencia vivida e interpretarlo como su verdad (Burch, 1989, citado en Morse, 2005).

El interés de Husserl se centraba más en la cuestión epistemológica: “¿que conocemos como personas?” (“la conciencia subjetiva”); el interés de Heidegger se centraba más en la cuestión ontológica: “¿qué es el ser?” (“el ser objetivo y el significado del ser”). Para él, los seres humanos son fundamentalmente “ontológicos”. Además para Heidegger, el Ser es esencialmente temporal.

La fenomenología necesariamente afirma la estructura existencial (la experiencia vivida) donde la verdad es accesible y examinable.

Profundizando en la filosofía de Heidegger encontramos que incorpora la hermenéutica a sus principios. La hermenéutica se centra en lo cotidiano del ser humano, “en la experiencia cotidiana y a partir de ella es donde cobra sentido el ser y se lo hace visible... la hermenéutica es el método interpretativo por el que se supera la mera descripción de lo que es manifiesto y trata de revelar los significados ocultos por medio de mecanismos anticipatorios” (Morse, 2005, p.195).

La hermenéutica para Heidegger era simplemente “el método interpretativo para investigar, era revelar los fenómenos ocultos y sus significados, y aunque de manera similar a la fenomenología eidética (“lo que se interpreta tiene significado”) la fenomenología hermenéutica tiene un propósito más ambicioso que aquella: descubrir un significado que no se muestra de inmediato a nuestra intuición, analizándolo y describiéndolo. Así, cada interpretación de puntos ordinarios de la vida cotidiana se relaciona con un

marco de relevancia que lo sustenta o abarca para el que existen patrones preconceptuales (concepciones que ya tenemos)” (Haugeland, 1979, citado en Morse, 2005, p.196-7).

La fenomenología eidética o descriptiva (hay estructuras esenciales a cualquier experiencia humana) y la hermenéutica o interpretativa son distintas escuelas de pensamiento; sus metodologías son distintas en base no a sus técnicas, sino a sus objetivos y tareas de los métodos de investigación asociados. El objetivo de la fenomenología eidética es describir el significado de una experiencia a partir de las perspectivas de quienes la han tenido, es decir, describir el significado de una experiencia a partir de la visión del mundo de quienes han tenido esta experiencia y como resultado le ha adjudicado un significado.

Los investigadores ponen entre paréntesis sus presuposiciones y sólo reflejan las experiencias que fueron escritas, e intuyen o describen las estructuras esenciales de las experiencias estudiadas (Morse, 2005).

Esta constitución o descripción eidética del significado de la experiencia se puede lograr sólo por medio de la reducción, que es el proceso de observar la experiencia con ingenuidad sin precondiciones, prejuicios y sesgos que suelen conllevar cualquier descripción. Para lograr tal reducción se ha desarrollado una variedad de técnicas; la más común es identificar y articular las presuposiciones antes de la recopilación y análisis de los datos.

La hermenéutica como método de investigación reposa sobre la tesis ontológica de que la experiencia vivida es en sí misma, esencialmente, un proceso interpretativo. La tarea fenomenológica es una autointerpretación ontológica explícita (Burch, 1989, citado en Morse, 2005).

La hermenéutica como método de investigación es manejar las interpretaciones de manera sistemática (Bolton, 1987, citado en Morse, 2005). La comprensión y posibilidades halladas son el resultado de las interpretaciones y están ligadas a las normas culturales.

El análisis hermenéutico es el acto de percibir, cuyo significado se puede interpretar solo a través de su historia. El sujeto o concepto investigado tiene su significado por el contexto que le damos y la interpretación ocurre en el

contexto. Tanto la experiencia cotidiana del sujeto como la del investigador participan en dicho contexto.

Los investigadores hermenéuticos actuales se han alejado de Heidegger en su concepción de búsqueda del significado del ser, pues la hermenéutica se constituye en el método por medio del cual se lleva a la realidad tal búsqueda; ahora se supone el ser, no se busca.

1.9.5. Aspectos básicos sobre el análisis de datos cualitativos

Para Rodríguez et al. (1999), el análisis es una de las tareas más interesantes en el proceso de investigación. Los datos que se han ido recogiendo a lo largo del estudio no son suficientes para aportar soluciones a los problemas planteados, por lo que el investigador se encuentra en este punto con un cúmulo de datos diversos a los que encontrar significado. El trabajo del investigador consiste en ir encajando las piezas de un puzzle guiándose de la información recogida, y buscar nuevas evidencias que se irán incorporando a un esquema de significados emergente que parten de los datos y que mostrará la realidad estudiada, llevando poco a poco al analista a la descripción y comprensión de la misma.

Según Álvarez (2003) el dato contiene información sobre la realidad interna o externa de los sujetos objeto de estudio e implica una elaboración conceptual de la misma, un modo de registrarla y de expresarla. La naturaleza de los datos viene condicionada por las técnicas o instrumentos que se utilicen en su recogida y por los marcos teóricos, filosóficos o metodológicos que definan el proceso del estudio. En la investigación cualitativa el tipo de datos recogidos suele venir expresado en forma de transcripciones verbales y no mediante valores numéricos, ya que para la recogida de información se suele utilizar la entrevista, la observación, las preguntas abiertas, los diarios, etc. Según el tipo de dato, éste recibe la denominación de fenomenológicos, naturalistas o etnográficos, dependiendo de la posición epistemológica empleada, pero la expresión datos cualitativos ha sido la más utilizada (Rodríguez et al., 1999).

El análisis de datos requiere tiempo dado que hay que hacer la pregunta central de dicho proyecto continuamente, modificarla y adaptarla según los

hallazgos y mantener una actitud abierta y flexible; hacer anotaciones, reflexiones e ir hacia adelante y atrás comparando y contrastando para intentar relacionar hechos con causas o antecedentes efectos y situaciones para poder dibujar el problema en un esquema a partir del análisis (Morse, 2005). Como consecuencia del análisis de los datos podemos acceder a resultados y conclusiones sobre la realidad estudiada, por lo que resulta la parte del proceso de investigación más profunda.

Para Taylor & Bodgan (1994) el análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en el que recolección y análisis van de la mano, se siguen las pistas de los temas emergentes en las entrevistas u observaciones, se leen las notas y se desarrollan conceptos y proposiciones para ir dando forma y avanzar. El modo de análisis de datos varía con cada investigador, pero la base es el desarrollo de la comprensión en profundidad de escenarios o personas que se estudian en sus propios términos y de manera profunda. Se pretende comprender y en ello hay paralelismos con Glasser y Straus en la teoría fundamentada: lo que interesa es comprender. Dichas comprensiones están fundamentadas en los datos y se desarrollan a partir de ellos. En el proceso se subraya el análisis de los casos negativos y del contexto en que fueron recogidos los datos. Se analiza, codifica y se continúa refinando las interpretaciones mientras el proceso va progresando.

➤ **Propuestas para efectuar un análisis de datos en investigación cualitativa**

Como se ha comentado con anterioridad, en la literatura se encuentran diversas posturas en lo que a los preceptos de investigación cualitativa se refiere, siendo en los aspectos de metodología y, más concretamente, en el proceso de análisis de datos, donde los autores presentan mayor disparidad. Son varios los autores que aunque difieran sensiblemente en algunos aspectos, sus propuestas sobre el proceso de análisis de los datos y los distintos métodos o metodologías cualitativas usadas coinciden en el fondo y el contenido, son complementarios y pueden contribuir a enriquecer el conocimiento cuando se trata de efectuar un análisis de datos. A continuación se menciona una selección de estos autores:

- Janice Morse y sus cuatro procesos cognitivos de investigación cualitativa: comprender, sintetizar, teorizar, recontextualizar.
- Gregorio Rodríguez y sus fases en el proceso de investigación cualitativa: preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa.
- Steve Taylor y Robert Bogdan y el análisis en progreso.
- Max van Manen y los seis procesos de investigación fenomenológica hermenéutica.

De los diversos autores y propuestas mencionadas, a continuación se expone de manera más detallada la última propuesta citada: la propuesta de Max van Manen y los seis procesos de investigación fenomenológica hermenéutica, al ser la que se ha tomado como referente en la parte cualitativa de la presente investigación.

1.9.6. Los procesos de investigación fenomenológica hermenéutica según Max van Manen.

La investigación fenomenológica hermenéutica en su forma metódica elemental puede verse como una interacción entre 6 actividades investigadoras:

1. Centrarnos en un fenómeno que nos interesa verdaderamente y nos compromete con el mundo.
2. Investigar la experiencia en el modo en el que la vivimos y no como la conceptualizamos.
3. Reflexionar sobre los aspectos esenciales que caracterizan el fenómeno.
4. Describir el fenómeno mediante el arte de escribir y reescribir.
5. Mantener una relación pedagógica firme con el fenómeno y orientada a él.
6. Equilibrar el contexto de la investigación siempre considerando las partes y el todo.

A continuación, se comenta cada una de estas actividades.

1. Centrarnos en la naturaleza de experiencia vivida

Un proyecto fenomenológico se rige por un compromiso de preocupación constante. Es ahondar en un único pensamiento y llenar la mente de él profundamente. Ello es la práctica del carácter reflexivo, de un pensamiento pleno. Es considerarlo todo. Es un proyecto de alguien real que en el contexto de unas circunstancias sociales decide dar sentido a un aspecto de la existencia humana.

Una descripción fenomenológica es una interpretación y ninguna interpretación de la experiencia humana excluye una interpretación complementaria o hasta una mejor descripción, más exhaustiva, más profunda.

2. Investigar la experiencia tal como la vivimos

La investigación fenomenológica pretende establecer un contacto renovado con la experiencia original. Redescubrir la experiencia, es una atención a “las cosas mismas”. Es llenarse de mundo, llenarse de experiencia vivida, vivir como resultado de haber vivido en profundidad. Con la investigación fenomenológica, ello se busca en la comprensión de la naturaleza de la experiencia vivida.

3. Reflexionar sobre temas esenciales

La comprensión de algunos fenómenos, de algunas experiencias vividas se logra mediante el conocimiento meditado y reflexivo sobre qué es lo que hace que tal o cual experiencia tenga su significado, o sea la investigación fenomenológica distingue entre apariencia y esencia. Este tipo de investigación tiende a acercar todo lo que es oscuro, lo que se evade de la inteligibilidad de nuestra actitud natural en la vida cotidiana... sobre cualquier experiencia de actividad, experiencia del tiempo, los objetos, o el cuerpo o todo lo demás, nos podemos preguntar de un modo reflexivo ¿qué es lo que constituye la naturaleza de esta experiencia vivida?

4. El arte de escribir y rescribir

¿En qué consiste realizar una investigación fenomenológica? ¿..Qué es? ¿Cómo escribimos lo que descubrimos? El enfoque fenomenológico en una

investigación implica “convertir algo en discurso” y habitualmente se hace con la escritura. La fenomenología es la aplicación del logos, el lenguaje y la reflexión a un fenómeno, un aspecto de la experiencia vivida, a lo que se muestra precisamente y tal como se muestra.

5. Mantener una relación firme y orientada

Es mantener un interés científico, siendo nuestra postura la de no dejarnos llevar por falsedades, ni superficialidades, mantenernos en un objetivo pleno y humano y orientarnos a la cuestión fundamental sin desviaciones en el camino.

6. Equilibrar el contexto investigacional considerando las partes y el todo

¿Qué es esto? ¿Qué es este fenómeno en su esencia? Se trata de construir un texto que en la dialéctica y la estructura y argumentación pretenda un determinado efecto, sin perder de vista el fin de la investigación fenomenológica y llegar al esclarecimiento que da el texto. Sin quedar atascado o disperso en el camino de los textos e ir hacia atrás cuando ello ocurra, midiendo continuamente el diseño del estudio en relación con la importancia que dan las partes en la estructura global.

Para planificar y contextualizar un proyecto se aconseja plantear:

- ¿Cuál es el objeto de la experiencia humana que debe ser estudiada? Para ello hay que inmiscuirse en el papel, entrevistar, leer, interpretar, describir, observar, dirigir, registrar, y todo ha de ser recopilado en la vida vivida y en el propio contexto. ,
- ¿Cuál es la inteligibilidad de la experiencia que se estudia? La naturaleza de la experiencia a que nos dedicamos puede ser exclusiva, diferente de otras que se aprenden o interpretan fácilmente. Puede ser acciones o condiciones de vida, sentimientos o hechos, en definitiva de los que no tengamos experiencia ni conocimiento personal o escaso en la literatura o en el conocimiento de las personas para que puedan aportar datos, por lo la experiencia difiere y es distinta según cada cual.
- ¿Cuál es la situación experiencial en la que entra el investigador?

Como las situaciones experienciales pueden ser drásticamente distintas, cada investigación ha de ser única sin poder utilizar un trabajo como modelo para realizar el nuestro en otro entorno situacional. Hay que recordar que la investigación en las ciencias humanas es el estudio de la experiencia vivida por los seres humanos. El investigador pregunta ¿Cómo es esta experiencia vivida? ¿Cuál es el significado y la importancia de esta experiencia? Teniendo presente siempre la cuestión investigacional que nos motiva y el tema bien definido.

- El trabajo del texto:

Son muchos los patrones presentados en la literatura para la presentación de trabajos. Van Manen (2003), no obstante, insiste en la importancia de que el proceso de investigación es prácticamente inseparable del proceso de escritura, y aquellos trabajos que presentan y organizan transcripciones no cumplen su tarea interpretativa ni narrativa. Para escribir es necesario tener siempre presente la relación evolutiva entre la parte y el todo de nuestro estudio. No hay ninguna estructura recomendada para presentar un estudio fenomenológico. Sin embargo, conviene organizar nuestro texto de modo que se relacione con la estructura fundamental del fenómeno mismo. Se presentan varias alternativas para estructurar un estudio de investigación:

- De forma temática: utilizar los temas que van surgiendo como guías generativas para escribir el estudio de investigación, o sea, dividir en capítulos o partes que traten sobre un aspecto esencial del fenómeno. Cada titular de cada apartado articula el tema que describe el apartado y si son fenómenos complejos, se subdivide a su vez en más temas.
- De forma analítica: otro modo de redactar nuestro texto consiste en utilizar la forma analítica y situándonos en los datos recogidos hacer un trabajo con ellos de reelaboración o transformación. Por ejemplo, en el caso de entrevistas, se trata de reelaborarlas para transformarlas en historias de vida, otro caso podría ser buscar y redactar anécdotas, etc.; la pretensión es mostrar de un modo reflexivo cómo surgen

algunos temas.

- Mediante ejemplos: otra forma de proceder en la escritura fenomenológica consiste en empezar la descripción explicando el fenómeno y continuar después con los ejemplos.
- Exegéticamente: esto es, implicando el propio texto fenomenológico de modo dialéctico o exegético, o sea de manera explicativa o interpretativa con el pensamiento de algún autor que haya discutido e identificado la tradición de dicho campo de estudio.
- De manera existencial: como ha quedado expuesto anteriormente, es describir el fenómeno contra los existenciales de temporalidad (tiempo vivido), espacialidad (espacio vivido), corporeidad (personalización o cuerpo vivido), socialidad (relaciones vividas con los demás) de manera fenomenológica. Pero estos planteamientos no pueden seguirse de manera irreflexiva o mecánica, sino de manera original, flexible y reflexiva.

Estas sugerencias de organización de textos fenomenológicos son complementarias y, en todo caso, como ocurre en todo el proceso de investigación, hay que basarse en el fenómeno de estudio y el método investigacional elegido.

Los seis temas metodológicos expuestos forman la estructura de la investigación para Van Manen (2003), pero este autor insiste en la importancia de que se deben incorporar de forma integral y simultánea, huyendo de la separación por pasos o de seguir esta secuencia a ciegas. Para este autor, una investigación fenomenológica dependerá más de la sensibilidad interpretativa, la reflexión inventiva, el tacto y talento como escritor que desarrolle el investigador en ciencias humanas.

Seguidamente se presentan los criterios de calidad que se deben seguir al efectuar investigaciones cualitativas según diversos autores, siendo clave incidir en ella, debido a que la gran variabilidad metodológica con la que se entienden y elaboran muchos trabajos en este tipo de investigación, pudieran restar fiabilidad y validez a este tipo de enfoque.

1.9.7. Criterios de calidad en la investigación cualitativa

El cumplimiento de unos criterios de calidad adecuados al efectuar investigación cualitativa permite la evaluación crítica del trabajo y le otorga al mismo el rigor necesario para una difusión y aplicabilidad de resultados efectivo, por lo que metodológicamente dichos trabajos han de estar controlados y sus criterios explícitos a lo largo del proceso.

La diversidad de enfoques, perspectivas o métodos para clasificar la investigación cualitativa en general y más concretamente en el mundo de la ciencias de la salud, ofrece oportunidades de enriquecimiento a las disciplinas que la usan, pero a su vez, esa misma diversidad ha constituido una de las debilidades en la investigación cualitativa en salud respecto a la calidad y sus criterios, debido a la falta de acuerdo entre distintos autores respecto a cuáles deben ser dichos criterios en este tipo de investigaciones. Muchas han sido las propuestas y, como apuntan los expertos, en ellas hay que seguir trabajando para llegar al máximo consenso (Calderón, 2002, 2009; Castillo & Vasquez, 2003; Mays & Pope, 2000; Morse, Barret, Mayan, Olson & Spiers, 2002).

La calidad viene determinada en gran medida por el rigor metodológico con que se han desarrollado los trabajos y por la teoría elegida, y sus preceptos que son los que sustentan dicha investigación.

Como se ha señalado, diversos criterios de calidad son avalados por autores para evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos y sobre los cuales hay acuerdo parcial. Entre ellos podemos mencionar los siguientes criterios:

➤ **La credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad.**

La credibilidad se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. La confirmabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro (s) investigador (es) puede seguir “la pista” al investigador original y llegar a hallazgos similares.

La transferibilidad consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos (Castillo et al., 2003).

➤ **La validez, la confiabilidad y el muestreo**

Otros autores apuntan que son criterios de calidad en los estudios cualitativos la validez, la confiabilidad y el muestreo.

La validez y la confiabilidad se alcanza mediante la triangulación de métodos e investigadores, lo que implica utilizar diversos métodos para verificar los resultados, o contar con varios investigadores para interpretar dichos resultados (Álvarez, 2003) y aunque estas prácticas enriquecen enormemente la investigación cualitativa, no son indispensables. Es más adecuada la necesidad de asegurar la obtención de la situación real y verdadera de las personas objeto de estudio, por lo que es preferible hablar de la necesidad de autenticidad, más que de validez.

El concepto de triangulación se ha considerado como la utilización de múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas y observadores para agregar rigor, amplitud y profundidad a cualquier investigación. Norman Dezin (1998, citado en Álvarez, 2003, p. 32) propone cuatro tipos de triangulación:

- Triangulación de datos: utilización de diversas fuentes de datos en un estudio.
- Triangulación de investigadores: utilización de diferentes investigadores o evaluadores.
- Triangulación de teorías: utilizar múltiples perspectivas para interpretar un mismo grupo de datos.
- Triangulación metodológica: la utilización de diferentes métodos para estudiar un mismo problema.

Valerie Janesick (1998, citado en Álvarez, 2003, p.32) agrega una quinta triangulación a la que llama *triangulación interdisciplinaria*, que consiste en la participación de profesionales de diferentes disciplinas, la cual enriquece la interpretación.

Sin embargo para Morse (2005) y Álvarez (2003), el valor de la triangulación

se encuentra en la interpretación de los datos, cuando los diferentes marcos referenciales no se mezclan, se complementan y aportan mayor claridad.

Pero en oposición a la investigación cuantitativa, a la cualitativa no le interesa la representatividad de la muestra; las investigaciones son valiosas tanto en estudios de caso como en investigaciones de cualquier grupo reducido de personas. Dado que la investigación cualitativa busca conocer la subjetividad, es imposible su generalización y, aunque no busque la generalización ni la representatividad, sus resultados son ampliamente utilizados (Álvarez, 2003)

Por su parte Morse et al. (2002) defienden como necesarios los constructos de confiabilidad o relevancia y validez por varios motivos, tales como los siguientes a modo de ejemplo: son estándares de rigor científico en cualquier paradigma; además, el hecho de no asumirlos añade debilidad “científica” a la investigación cualitativa y, por último, si seguimos la propuesta de Lincoln y Guba respecto a criterios de calidad (sustituyeron Reliability y fiability por “Trustworthiness” que contienen los aspectos: Credibilidad, transferibilidad, dependencia o consistencia, y confirmabilidad) y que enfatizan en evaluar el rigor al finalizar el proceso, podría provocar errores si no se controlan y corrigen durante la investigación posibles amenazas frente a la confiabilidad y la validez.

Añaden Morse et al. (2002) que para que dichos criterios de calidad puedan formar parte del proceso de una investigación se han de usar durante el mismo estrategias de verificación y proponen las siguientes:

- La creatividad, sensibilidad, flexibilidad y habilidad del investigador para responder a lo que sucede durante la investigación
- Coherencia metodológica frente al problema planteado, la recogida de datos y el análisis.
- Muestreo apropiado para seleccionar participantes representativos del fenómeno a estudiar.
- Recolección y análisis de información concurrente.
- Saturación de la información

Por otro lado, autores como Mays et al. (2000) y Calderón (2002) proponen

que la investigación cualitativa debe ser evaluada en base a criterios de validez y de relevancia, si bien la clasificación aparentemente difiere de la anterior propuesta por Morse et al. (2002), el contenido viene a ser el mismo:

- La calidad de la investigación depende de varios factores, entre otros, de los métodos usados para efectuarla. En efecto, la adecuación epistemológica es imprescindible en todo el proceso: en la definición de la pregunta y en la exposición de las facetas del fenómeno que se pretende investigar, en la coherencia y el modo de desarrollo general del trabajo y en su correspondencia con los presupuestos teóricos de partida.
- Validez: significa para Calderón (2002), coincidiendo con el significado que el término conlleva para la investigación cuantitativa, la posibilidad de representatividad, validez externa o generalización de los resultados, pero no va a tener lugar en claves de probabilidad estadística, sino de pertinencia e interpretatividad. El proceso de la recogida de información y el análisis va a estar dirigido por la búsqueda de explicaciones en profundidad, generalizables en función del contexto. La validez también viene definida por el muestreo y por el tipo de análisis que ha de ser acorde a los principios metodológicos que guían el trabajo y recordando que el producto trabajo-investigador habrá de estar marcado por una actitud flexible, abierta y de sentido bidireccional.

Ampliando dicho concepto Mays et al. (2000) añaden que para mejorar la **Validez** debe tenerse en cuenta:

- o Triangulación: recogida de los datos con diferentes métodos y fuentes de información para obtener mayor riqueza y profundidad en los datos. Por ejemplo, con entrevistas y observación, diferentes miembros, diferentes grupos, etc.
- o Validación por los participantes: en concreto, los participantes en el estudio chequean los documentos de análisis elaborados por los investigadores a partir de los datos originales. Se tienen en cuenta el grado de acuerdo o desacuerdo de los participantes con las

descripciones o interpretaciones hechas, pero este tipo de validación solo se debe entender como parte de un proceso de la reducción de errores, que a su vez genera más datos originales que requiere una interpretación.

- o Exposición clara de los métodos de recolección de datos y análisis: es preciso hacer una descripción clara de cómo se efectuó la recolección y análisis de datos. Además, al final del estudio deben añadirse los textos con las codificaciones iniciales, las reducciones o depuraciones, las relaciones entre temas si los hay etc., para que el lector pueda juzgar si la interpretación que ofrece el investigador está respaldada por los datos.
- o Reflexibilidad: es la sensibilidad de cómo el investigador recoge y plasma los datos interpretados. En la generación de conocimiento, el investigador influye el proceso y resultado de los trabajos según su formación de origen, sus planteamientos de partida y su perspectiva de abordaje del fenómeno en estudio. Todo investigador juega un papel en el estudio y, como decimos, en ello influyen la edad, la profesión, la experiencia, el nivel sociocultural, por lo que es preciso que se asuma y expliquen en la investigación los prejuicios intelectuales o personales si los hay, para que investigador y lector puedan tenerlos en cuenta. Obviarlos podría conllevar sesgos. La reflexividad –como ocurría con los otros criterios- en cuanto consciencia autocrítica por parte del investigador, tiene lugar de modo continuado a lo largo de las diferentes fases de la investigación, desde la misma selección de la pregunta hasta el cómo y dónde difundir los resultados del estudio. De hecho, procedimientos de mejora de la validez, como la búsqueda de casos negativos o el intercambio de aproximaciones al objeto de estudio entre diferentes investigadores («triangulación de investigadores») precisarán de la práctica de la reflexividad para que su aplicación resulte efectiva de cara a obtener una mejor comprensión del fenómeno en estudio.
- o Casos negativos o aquellos que se alejan del tema estudiado, precisamente deben ser tenidos en cuenta y explicarlos pues

ayudarán a contrastar los datos, refinar y hallar soluciones u ofrecer alternativas de mayor calidad. Diferentes perspectivas y puntos de vista en la presentación de la investigación dará mayor credibilidad al trabajo.

- **Relevancia**

Una investigación será relevante si aumenta el conocimiento o aporta datos para mejorar la confianza en dichos conocimientos. Además será relevante si los datos se pueden generalizar, para lo cual es imprescindible haber aportado todos los datos posibles para saber si hay similitudes de contextos etc., donde se puedan reproducir. Ello es especialmente importante en aquellos casos en los que la propia investigación produce efectos en los participantes y para lo que es necesario reflejar todos los datos del proceso, del desarrollo del trabajo, de los participantes, la finalidad del trabajo y la descripción de la situación de partida, así como las nuevas vías de estudio que surgen. El tipo de muestra (probabilística, teórica, o completa) seleccionada contribuye asimismo a poder generalizar los resultados con mayor seguridad (Calderón, 2002; Mays et al., 2000)

Una vez definida la enfermedad cardiovascular y expuestas sus particularidades y elementos que condicionan su incidencia y su manejo adecuado para intervenir en su curso, así como la necesidad del diseño y los enfoques metodológicos complementarios seleccionados al usar la investigación cuantitativa y cualitativa, pasamos a justificar la necesidad del presente estudio.

1.10. Justificación y planteamiento del problema

Como ha quedado expuesto, las enfermedades cardiovasculares constituyen un objetivo de salud en el mundo por las elevadas cifras de mortalidad y morbilidad que ocasionan, así como por la tendencia esperada de dicha enfermedad en las próximas décadas en todas las partes del mundo. Otro aspecto preocupante respecto a las enfermedades cardiovasculares, son los gastos económicos que originan de manera directa en la atención a la enfermedad, bien sea dentro del hospital o fuera de él, por las terapias y

tratamientos costosos que implica, así como por las grandes inversiones que se requieren para llevar a cabo programas de prevención y promoción de la salud o atención a las complicaciones. Además, la enfermedad cardiovascular origina costes indirectos derivados de las discapacidades y de los años de vida perdidos laboralmente de quienes padecen dichas enfermedades que por otro lado, suele acontecer en personas en edad productiva ocupacionalmente.

La enfermedad cardiovascular es prevenible, y es posible intervenir en ella mediante la educación para la salud a través de los cambios en los estilos de vida de las personas y del control de los factores de riesgo. Múltiples guías recomiendan las mejores pautas de actuación para hacer frente al problema, pero sin embargo, la ECV continúa siendo la primera causa de muerte en el mundo. En nuestra comunidad autónoma se observa una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares a pesar de ser una de las comunidades menos envejecida de España. Por todo ello las autoridades sanitarias insisten en el objetivo frente a las enfermedades cardiovasculares, de reducir la prevalencia de los factores de riesgo y promover estilos de vida saludables.

Las causas del retardo en el éxito de la prevención y control de la enfermedad son de índole político, social, institucional, e individual. Sin olvidar las peculiaridades de la enfermedad y la multiplicidad de elementos que inciden en los factores de riesgo cardiovasculares, unido al hecho de que dichos factores de riesgo, se potencien entre sí. Además, a menudo, para controlar un factor de riesgo de manera eficaz se requiere cambios en la persona y en su familia y que dichos cambios se mantengan en la vida diaria, para lo cual los programas educativos deben seguir las recomendaciones, y adecuarlas a las necesidades y contextos de las personas. Por tanto, las medidas para prevenir y controlar la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, serán más eficaces en función de la adaptación de dichas medidas a las particularidades de dicha persona o grupo de personas a quienes va dirigida, como son, la edad, el sexo, la posición socioeconómica y demográfica, las características de personalidad y estado emocional, el apoyo social del que se dispone, el estilo de afrontamiento o las creencias de autoeficacia entre

otros factores, por haber sido considerado algunos de dichos factores mediadores de la mejora de la calidad de vida, o en otros casos predictores de un peor pronóstico y evolución de la enfermedad. Por todo ello es necesario entender y abordar la enfermedad cardiovascular desde los distintos factores que pueden influir en su origen y evolución.

Como ya se ha comentado, es cierto que la supervivencia de los pacientes después de un evento coronario está aumentando gracias a los avances tecnológicos y a los nuevos tratamientos, pero dicho aumento de la supervivencia en ocasiones, va unido a una alta dependencia de los pacientes a nivel físico, psíquico, o social presentando aún mayores requerimientos para satisfacer sus necesidades. En el caso del infarto de miocardio, después del suceso, los pacientes pueden presentar distintos niveles de dependencia de los profesionales de salud y servicios sanitarios o de cuidadores informales. En ocasiones, las personas que han tenido un infarto y sus familias, deben empezar una nueva vida pero consideran inadecuados los recursos sanitarios que se les ofrecen, y la información de la que disponen para emprender cambios. Por las consecuencias de la enfermedad, se sienten menos capaces físicamente, más alterados emocionalmente, con problemas para recuperar su rol ocupacional y social. En la medida en que persista esta situación de discapacidad será preciso elaborar estrategias de cuidados diferenciadas con objeto de que las personas mantengan una adecuada calidad de vida. Es probable que cuando los profesionales incidamos y mejoremos tales aspectos problemáticos de las personas, perciban tener mejor calidad de vida.

Durante mucho tiempo el pronóstico a largo plazo de la cardiopatía isquémica, y en concreto del Infarto de miocardio, se ha medido en términos de mortalidad, morbilidad, función ventricular o grado funcional, entre otros. Hoy día se considera necesario que además deben realizarse medidas que evalúen la dependencia, incapacidad, felicidad, relación con el entorno, es decir, medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Brotons & Permanyer, 1997; Dixon, Lim, & Heller, 2001). Como han apuntado diversos autores (Hoffmann, Pffiner, Homung & Niederhauser, 1995; Roebuck, Furze, & Thompson, 2001), es preciso realizar un seguimiento interdisciplinar a los

pacientes tras un IM, tan pronto como sea posible, con objeto de promover en ellos la recuperación y mejorar su calidad de vida. La identificación de variables predictoras de una peor calidad de vida tras el infarto y su tratamiento precoz pueden evitar su cronificación, posibles complicaciones o una evolución agresiva de la enfermedad. Los expertos aconsejan además, que se evalúen las necesidades de actuaciones en la prevención, promoción y control de la salud determinando perfiles de riesgo en la enfermedad cardiovascular para obtener mayores beneficios en los pacientes, y subrayan la necesidad de crear estrategias personalizadas en la prevención de los IM, así como cubrir el vacío de educación (MSC, 2003; Velasco et al., 1993). En este sentido, los cuidados enfermeros suponen un importante recurso para los Sistemas Sanitarios, por un lado, por el enfoque integral ante los problemas de las personas que es inherente al paradigma de la disciplina enfermera (persona-salud-cuidados-entorno). Por otro lado, porque la propia metodología de trabajo enfermero permite, mediante los planes de cuidados, valorar y monitorizar al paciente en cualquier etapa del proceso (asistencia especializada, primaria, domiciliaria) para poder aplicar programas de cuidados o intervenciones enfermeras específicos según los problemas detectados (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 2005).

El presente trabajo, además de realizar dicho seguimiento durante siete años, se ha centrado en analizar la influencia que sobre la calidad de vida de dichos pacientes tienen determinados factores sociodemográficos (edad, género, nivel de estudios, posición socioeconómica, entre otros), así como la percepción de apoyo social y las creencias de autoeficacia. Respecto a los factores sociodemográficos se ha considerado adecuado analizarlos dado que las condiciones socioeconómicas y culturales y demográficas de las personas pueden influir de manera importante en la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Del mismo modo, se ha considerado de interés analizar el apoyo social y la autoeficacia dado que pueden actuar como indicadores y predictores de la evolución y el pronóstico de las enfermedades cardiovasculares. El proceso de recuperación de los pacientes y las alteraciones que pueden presentar éstos tras un infarto pueden diferir según la red de apoyo sociofamiliar, el nivel de apoyo social percibido y las

expectativas de autoeficacia del paciente, entre otros aspectos psicosociales. La percepción de apoyo social y las características de la red social de la persona que ha sufrido un infarto ocupan un papel cada vez más relevante y de vital importancia en la recuperación de las enfermedades coronarias, habiendo sido considerado el apoyo social limitado, un factor de riesgo asociado a una recuperación insuficiente en los pacientes con infarto de miocardio. Asimismo, la percepción de autoeficacia se ha considerado como una variable mediadora de la mejora de la calidad de vida de los pacientes, reforzando la autoestima y motivando la implicación en las conductas saludables, lo que puede dar lugar a una mejor integración social y a una más rápida recuperación.

A pesar de la influencia que ejerce la calidad de vida en el proceso de recuperación del paciente que ha sufrido un infarto de miocardio, son escasos los estudios realizados en Andalucía sobre la calidad de vida en pacientes postinfarto, sus creencias de autoeficacia y su apoyo social y, en concreto, son inexistentes en la provincia de Huelva y son más escasos aún los estudios de carácter cualitativo que hayan analizado mediante entrevistas en profundidad mantenidas personalmente con los pacientes, las percepciones y vivencias de ellos mismos después de un infarto, así como sus problemas, experiencias y necesidades de salud percibidas desde que sufrieron el infarto. Se trata, por tanto, de un tema que no está suficientemente investigado en nuestro entorno más próximo y ello justifica la realización del presente trabajo, aún más si tenemos en cuenta que la provincia de Huelva hasta el pasado mes de julio del presente año 2011, no ha dispuesto de servicios o programas de rehabilitación cardiaca desde la asistencia pública, tan necesarios para mantener al paciente coronario en una situación saludable tras el episodio de infarto.

En función de lo comentado, el problema de la presente investigación se concreta en que se desconoce la evolución de la calidad de vida de las personas que sufrieron un infarto agudo de miocardio en un Área Hospitalaria de la provincia de Huelva, durante el periodo transcurrido desde los seis meses del infarto (febrero y agosto de 2001), y siete años después del mismo (enero y junio de 2008), así como también se desconoce si determinados

factores sociodemográficos, la percepción de apoyo social y las expectativas de autoeficacia influyen en la calidad de vida relacionada con la salud de estas personas. Asimismo, no se tiene información sobre los sentimientos y sensaciones de estos pacientes, así como de sus necesidades y vivencias sobre la enfermedad.

Por todo ello, es necesario estudiar en profundidad, y el presente trabajo así lo pretende, la calidad de vida en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio y la relación de la misma con determinadas variables sociodemográficas y psicosociales, así como conocer la relación de dicha calidad de vida y de los factores sociodemográficos con el apoyo social del que disponen los pacientes y sus creencias de autoeficacia. Profundizar también en las vivencias y percepciones de las personas desde que tuvieron el infarto, para entender mejor las causas de sus problemas y conocer sus propuestas de mejora. Estudiar en profundidad esta cuestión resulta de una enorme importancia para el diseño de alternativas o sugerencias de intervención, de atención y de cuidados a personas después de haber tenido un infarto.

Una vez justificado y planteado el problema de la presente investigación, se presentan a continuación objetivos que han guiado el presente estudio.

II. OBJETIVOS

2. Objetivos

2.1. Objetivos generales

1. Conocer la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que han sufrido un infarto de miocardio en un Área Hospitalaria de la provincia de Huelva, durante el periodo comprendido desde los seis meses del episodio coronario (febrero y agosto de 2001) hasta transcurridos siete años del mismo (enero y junio de 2008), además de conocer si determinadas características sociodemográficas, el apoyo social percibido y las expectativas de autoeficacia influyen sobre la calidad de vida de esas personas
2. Conocer las vivencias, los problemas, las necesidades de salud y de cuidados, así como las sugerencias de los pacientes mencionados.

2.1.1. Objetivos específicos

1. Analizar las características sociodemográficas y la calidad de vida relacionada con la salud de personas que han sufrido un infarto de miocardio en un área sanitaria de Huelva transcurridos siete años del mismo, y analizar su evolución en el periodo comprendido entre los 6 y 12 meses, 2 años y 2,5 años, y entre 7 años y 7,5 años del episodio coronario, determinando posibles cambios respecto al periodo inicial.
2. Analizar la relación entre las diferentes áreas de calidad de vida postinfarto de los pacientes participantes en las tres fases de la investigación.
3. Determinar la influencia sobre la calidad de vida de los pacientes postinfarto de las variables edad, sexo, situación laboral, estado civil, nivel socioeconómico, hábitat de residencia y nivel de estudios.
4. Analizar el nivel de apoyo social percibido y su influencia en la calidad de vida de los pacientes.
5. Describir las expectativas de autoeficacia de los pacientes y analizar su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud.
6. Conocer las vivencias y experiencias de los pacientes desde que sufrieron

el infarto.

7. Conocer los problemas y las necesidades percibidas de los pacientes desde que sufrieron el infarto, así como las alternativas o sugerencias de atención y cuidados propuestas.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3. Material y métodos

A. Enfoque cuantitativo

3.1. Diseño

Para el presente trabajo se eligió un diseño mixto. En la parte cuantitativa del estudio se realizó un seguimiento prospectivo a una cohorte de pacientes que había sufrido un infarto de miocardio, a los que se efectuaron diferentes mediciones en el tiempo con objeto de conocer la calidad de vida del momento de la medición respecto a su situación previa, y la evolución de la misma.

Para la parte cualitativa se eligió la perspectiva fenomenológica descriptiva e interpretativa, al considerar que era la metodología cualitativa la más adecuada para el propósito de esta parte del trabajo: conocer los problemas de los pacientes y la percepción que tenían de sus necesidades y sus alternativas a la atención sociosanitaria recibida desde que sufrieron el infarto de miocardio.

La parte cuantitativa de este estudio ha sido realizado en tres fases temporales:

- Fase I: momento en el que se realizó la primera recogida de datos sobre la calidad de vida de los pacientes, transcurridos entre 6 y 12 meses del infarto de miocardio, período señalado por diversos autores como el más adecuado para efectuar una primera determinación de la calidad de vida “estabilizada” postinfarto (Beck et al., 2001; Cabello et al., 1999; Espinosa et al., 2004; Roebuck et al., 2001; Soto, Rejas, Ruiz & Pardo, 2009; Wiklund, 1993).
- Fase II: periodo en el que se efectuó la segunda recogida de datos sobre la calidad de vida de los pacientes participantes en la primera fase, una vez pasados entre 2 años y 2,5 años del infarto.
- Fase III: momento en el que se efectuó la tercera recogida de datos y con una distancia de entre 7 años y 7,5 años del infarto, con objeto de conocer

la evolución y calidad de vida definitiva, es decir, aquella que nuestros pacientes mantendrán estabilizada transcurrido un tiempo de recuperación (Figura 1). En esta última fase del estudio se midió el Apoyo social con un nuevo instrumento, y la Autoeficacia de los pacientes debido a que los hallazgos encontrados en las dos primeras mediciones, apuntaban a posibles relaciones existentes entre calidad de vida, y autoeficacia y apoyo social.

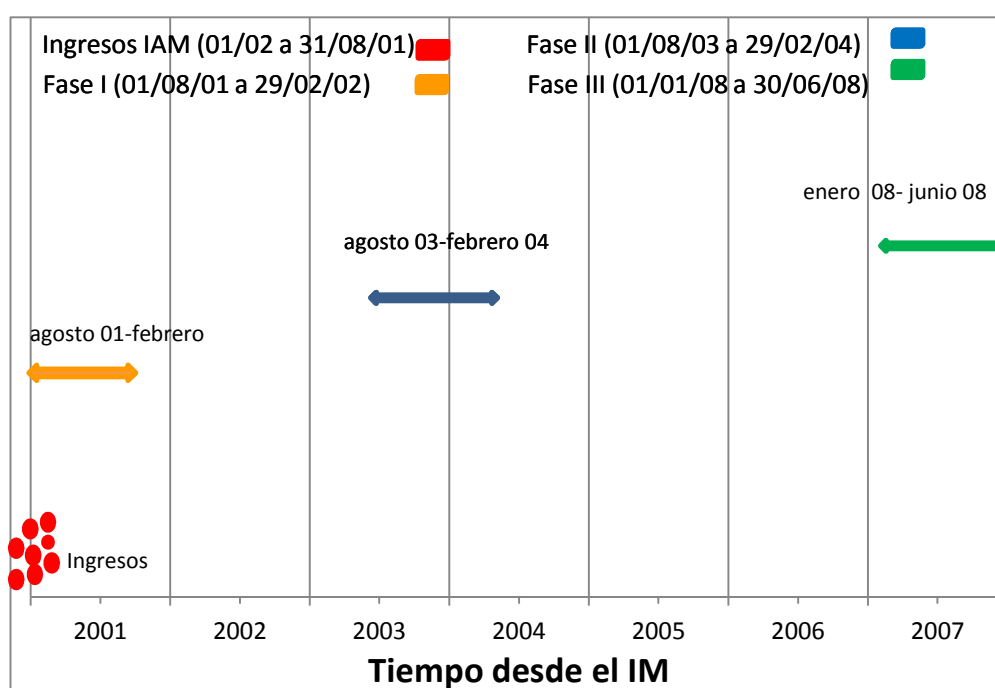


Figura 1. Fases de medición de CV a los pacientes desde el infarto

3.2. Muestra

La muestra del presente estudio está compuesta por pacientes que sufrieron un episodio de infarto agudo de miocardio durante los meses de febrero a agosto de 2001, y que fueron atendidos en un Hospital de Huelva. Este hospital de especialidades, dispone de 606 camas y cubre una población de 271.229 habitantes. La identificación de todos los pacientes con infarto de miocardio ingresados de forma consecutiva durante el período de estudio en nuestro hospital se realizó mediante el cuaderno de recogida de ingresos y altas de la unidad de cuidados intensivos coronaria y su base de datos y

también mediante los listados de ingresos y altas del hospital.

➤ **Criterios de inclusión en la muestra:**

- Pacientes adultos de todas las edades hospitalizados en el servicio de cuidados críticos con diagnóstico médico de infarto de miocardio, que llevaran más de dos días de hospitalización
- Pacientes sin alteración del estado de conciencia y que no estuvieran bajo efectos de sedación.

➤ **Criterios de exclusión de la muestra:**

- Pacientes con alteración del estado de conciencia (Glasgow menor de 15/15, Fauci et al., 2008), pacientes bajo efectos de sedación, pacientes que se encontraran sometidos a ventilación mecánica y pacientes con trastornos del lenguaje o dificultades comunicativas.
- Pacientes que habían sufrido un infarto previo al actual episodio
- Pacientes que voluntariamente decidieran no participar en el estudio
- Pacientes que fallecieron durante el ingreso o desde el alta hasta el inicio del estudio

3.2.1. Selección de la cohorte

- Fase I

Entre los meses de febrero y agosto de 2001 ingresaron 108 pacientes entre hombres y mujeres, que fueron diagnosticados de infarto agudo de miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Huelva. De ellos, fueron dados de alta 93 pacientes, de los cuales sobrevivieron 86 personas, es decir, entre los 108 pacientes mencionados se produjo un total de 22 defunciones, 15 en el hospital y 7 posteriores al alta hasta el momento en el que iniciamos las entrevistas a los mismos, es decir, 6 meses después de haber sufrido el infarto, durante los meses de agosto de 2001 a febrero de 2002.

De los 86 pacientes que sobrevivieron y que eran candidatos a formar la muestra, 6 pacientes cambiaron de domicilio y fueron ilocalizables, por lo que

nuestra muestra quedó formada definitivamente por 80 pacientes, accediendo a colaborar en la realización de la entrevista 55 pacientes (Figura 2).

- Fase II

De los 55 pacientes que habían participado en la medición anterior, la muestra quedó formada por 48, ya que 4 habían fallecido, 1 había cambiado de residencia al extranjero, y 2 cambiaron de teléfono y dirección. Entre los meses de agosto de 2003 y febrero de 2004 se envió el cuestionario español de Calidad de Vida en Pacientes Postinfarto de Velasco et al. (1993) a 48 pacientes, y finalmente 46 lo reenviaron cumplimentado (Figura 2).

- Fase III

Para efectuar la tercera medición de la calidad de vida (Fase III) nos pusimos en contacto con los 48 pacientes que formaban nuestra cohorte entre los meses de enero y junio de 2008. Todos ellos sobrevivían y estaban localizables, por lo que solicitamos su colaboración nuevamente y 47 de ellos accedieron a participar en esta nueva fase del estudio (Figura 2).

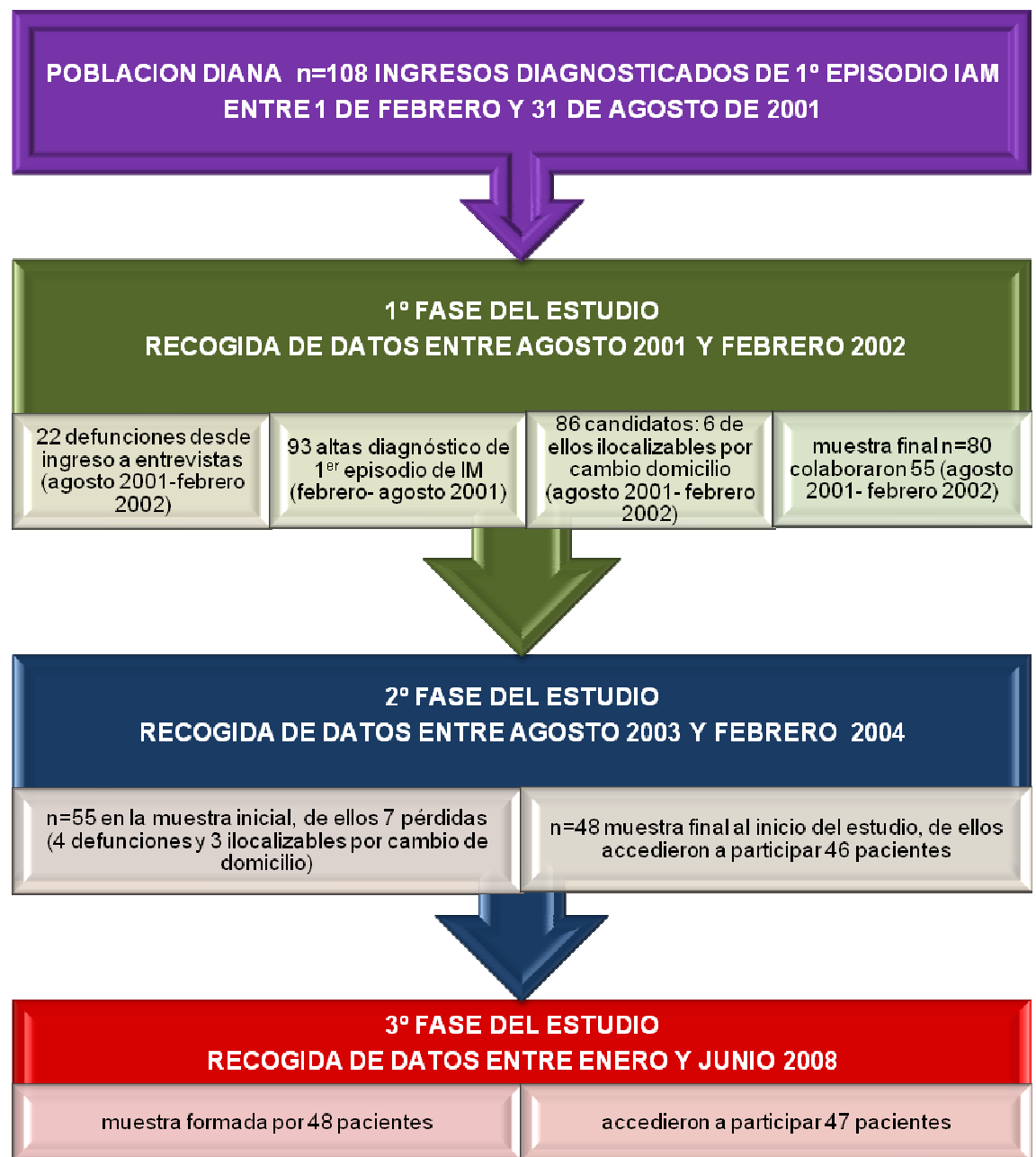


Figura 2. Selección de la cohorte y cambios desde febrero 2001 - junio 2008

3.3. Instrumentos y variables

Las variables consideradas en el presente trabajo se concretan en las variables presentadas a continuación, así como los instrumentos utilizados para la recogida de información de cada una de ellas:

3.3.1. Calidad de vida relacionada con la salud

Calidad de vida: se define como la situación en la que el sujeto puede realizar de manera adecuada las funciones orgánicas e instrumentales básicas, así como las funciones sociales y las funciones de relación. Según Oldridge et al. (1991) el término calidad de vida hace alusión al bienestar, la felicidad y la autosatisfacción de la persona para desempeñar su rol a nivel físico, social, psicológico según su entorno (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996; Mendes de León et al., 2001; Mosca et al., 2004; Velasco et al., 1993, Velasco et al., 2000). Es la autopercepción del individuo sobre su existencia, según sus valores, expectativas y sus normas. Cuando hablamos del «estado de salud» y la «salud autopercebida» de las personas nos referimos al término calidad de vida relacionada con la salud, que alude al efecto funcional que la enfermedad tiene sobre el paciente desde su propia percepción en todas aquellas áreas donde la enfermedad pueda dejar secuelas (Brotons et al., 1997).

Para su valoración se utilizará el Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes Postinfarto (Velasco et al., 1993), con el propósito de disponer de una medida específica de calidad de vida para los pacientes postinfarto adaptada a nuestro contexto cultural. Ha sido desarrollado a partir de 2 cuestionarios genéricos -el "Sickness Impact Profile" y el "Quality of Well-Being Questionnaire"- y otro específico -el "Quality of Life for Myocardial Infarction Questionnaire"- . La validez del cuestionario fue analizada por los autores del mismo en una muestra de 190 pacientes, contrastando la puntuación del Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes Postinfarto y el Quality of Life for Myocardial Infarction Questionnaire (QLMI; Oldridge, 1986; Oldridge et al., 1991). El coeficiente de correlación obtenido entre ambos fue de 0,81, lo que indica que las dos medidas miden conceptos muy parecidos. El análisis de fiabilidad test-retest se llevó a cabo con un grupo de 105 pacientes que refirieron no haber modificado su situación clínica en dos administraciones del cuestionario separadas por un intervalo de una semana, obteniéndose un coeficiente de correlación de 0,75. Para el análisis de consistencia interna se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach para el total de los ítems de 0,87 (Badía, Salamero & Alonso, 2002; Velasco et al., 1993).

El cuestionario elaborado consta de 40 ítems agrupados en 9 áreas temáticas, tras haber sido reducidos y seleccionados el número de ítems a aquellos que los pacientes puntuaron más según la importancia dada. El cuestionario consta de 40 ítems agrupados en nueve áreas temáticas: salud (ocho ítems); sueño/descanso (tres ítems); comportamiento emocional (tres ítems); proyectos de futuro (tres ítems); movilidad (cinco ítems); relaciones sociales (siete ítems); comportamiento de alerta (tres ítems); comunicación (tres ítems); ocio / trabajo (cinco ítems). Cada ítem contiene seis opciones de respuestas en una escala de tipo Likert, con una intensidad graduada de 0 a 5 puntos, indicando el 0 que “el paciente nunca presenta o padece el contenido del ítem”, y el 5 que “el contenido del mismo siempre está presente o se manifiesta con frecuencia en el paciente”. La puntuación total, suma de los 40 ítems, oscila entre una puntuación mínima de 0 para los pacientes que refieren una buena calidad de vida y una puntuación máxima de 200 puntos para los pacientes que refieren una mala calidad de vida. La calidad de vida total mide la situación actual del paciente postinfarto respecto a la anterior. Está diseñado para ser autoadministrado, no requiriendo más de 15 minutos su cumplimentación (Anexo I)

3.3.2. Apoyo social percibido

Las variables relativas a la estructura de la red social fuera de la convivencia familiar y al apoyo social percibido se midieron en la Fase III con un cuestionario diferente al utilizado en la Fase I y II, por haber resultado este último instrumento inespecífico para lo que queríamos averiguar.

El análisis del apoyo social de los pacientes permitiría analizar con mayor profundidad la calidad de vida percibida de los pacientes estudiados. Como apuntan Mendola, Fenny y Patrick (1978), el nivel de calidad de vida depende no sólo de los efectos que la enfermedad produce en la actividad funcional cotidiana, sino también de las experiencias pasadas y de las expectativas futuras, así como de las condiciones familiares y sociales. Por ello el Apoyo social es considerado una de las bases de interrelación entre el individuo y las personas que le rodean, que han demostrado relación con el estado de salud.

Se distingue entre apoyo social real y percibido, siendo éste último la

percepción subjetiva que puede medirse con instrumentos adecuados. La presencia de un apoyo social adecuado tiene efecto amortiguador ante elementos de estrés ambiental, disminuyendo su impacto como factores de riesgo de distintas enfermedades con componentes psicosomáticos, trastornos depresivos y ansiosos. Dentro del concepto de apoyo social, además de sus dimensiones objetiva y subjetiva, se incluyen los proveedores y modalidad del mismo. El apoyo puede provenir de las personas con vínculo afectivo, de otras personas relacionadas circunstancialmente, o de los servicios sociosanitarios. Cualquiera de estas fuentes puede proporcionar apoyo material, comunicacional-informativo, o emocional (Badía et al., 2002).

Utilizaremos la Escala de Apoyo Social Funcional Duke-UNK modificada por Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan (1988) que ha tenido un proceso de adaptación cultural y se sometió a un análisis para comprobar su validez y fiabilidad por Revilla et al. (1991), mostrando ser apto para su uso en nuestro contexto. Es un cuestionario de autoevaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ayudarlo ante dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. En concreto, el cuestionario valora principalmente dos dimensiones del apoyo social: confidencial y afectiva. La dimensión confidencial, por la que se recibe información y consejo o permite compartir inquietudes, comprende siete ítems que valoran si el paciente recibe visitas (ítem 1), es ayudado en los trabajos de casa (ítem 2), puede comunicar sus problemas de trabajo y de casa a otros (ítem 6), puede hablar de sus problemas personales y familiares con otras personas (ítem 7), puede hablar con alguien de sus problemas económicos (ítem 8), recibe invitaciones para salir de casa con otros (ítem 9) y recibe consejos útiles ante acontecimientos importantes (ítem 10). La dimensión afectiva, por la que se expresa amor, cariño, estima y simpatía, se halla representada por cuatro ítems que valoran si el enfermo recibe elogios ante el trabajo bien hecho (ítem 3), cuenta con personas que se preocupan de lo que le ocurre (ítem 4), recibe amor y afecto (ítem 5) y es ayudado cuando está enfermo (ítem 11). La validez del cuestionario fue analizada por los autores en una muestra de 656 pacientes, obteniéndose un valor alfa de Cronbach de 0,90

para el total de la escala y de 0,88 y 0,79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo, respectivamente.

Cada uno de estos aspectos se mide con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que se puntúan de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo; Anexo II).

3.3.3. Expectativas de autoeficacia

El concepto de expectativa de autoeficacia aparece en la obra de Bandura en 1977 (Bandura, 1977) y hace referencia al sentimiento de confianza para manejar adecuadamente las capacidades propias frente a ciertos estresores de la vida. Se puede decir que la autoeficacia es la capacidad que percibe uno mismo para llevar a cabo una conducta o una acción concreta. Así, personas con la misma capacidad objetiva para realizar una tarea presentan rendimientos diferentes en función de que se juzguen capaces o no de llevarla a cabo.

Es un mediador en los procesos de modificación de la conducta al trasladar la causalidad de la acción desde el objeto al sujeto como agente causante principal de su conducta. Se puede decir que es un juicio autorreferente por el que el sujeto se considera capaz de ejecutar una conducta determinada, generando y unificando los pensamientos, sentimientos y habilidades requeridos para tal ejecución, es decir, para conseguir un propósito. Las funciones de la autoeficacia son: determinar la elección de la conducta, despertar en el sujeto la necesidad de esforzarse en la medida exigida por la conducta, y la perseverancia ante las dificultades.

El estilo mental de la persona eficaz es distinto del que se juzga ineficaz. La expectativa de autoeficacia puede influir en sentimientos, pensamientos y/o acciones. En los pacientes que se consideran incapaces, no intentan realizarla o, si lo hacen, no aplican el esfuerzo adecuado y abandonan al surgir cualquier dificultad, las posibilidades de fracaso son bastante altas. Las personas con poca expectativa tienden a mostrar baja autoestima, sentimientos negativos sobre su capacidad. En cuanto al pensamiento, la percepción de autoeficacia facilita las cogniciones referidas a las habilidades propias, actuando dichos pensamientos como motivadores de la acción. Por

último, y por lo que respecta a la acción, las personas que se sienten eficaces eligen tareas más desafiantes, se ponen metas más altas y persisten en sus propósitos (Sanjuan, Pérez & Bermúdez, 2000).

Para su medida se utilizará la Escala de Autoeficacia General adaptada a la población española por Sanjuan et al. (2000) a partir de la original de Baessler & Schwarzer (1996), tras un proceso de validación en la que mostró una fiabilidad muy elevada, con una consistencia interna obtenida ($\alpha = 0,87$) así como la correlación entre dos mitades (0,88). Consta de 10 ítems con formato de respuesta de tipo Likert de 10 puntos, siendo 1 la peor respuesta posible y 10 la mejor, por lo que las puntuaciones de los sujetos pueden oscilar de 10 a 100. Los ítems se concretan en los siguientes: 1.- Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga; 2.- Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente; 3.- Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas; 4.- Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados; 5.- Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas; 6.- Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles; 7.- Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo; 8.- Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario; 9.- Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer; 10.- Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo (Anexo III).

3.3.4. Variables sociodemográficas

Se midieron las variables socioeconómicas y demográficas

- sexo
- edad
- actividad laboral (activo o retirado)
- actividad laboral en pacientes menores de 65 años (activo o retirado)
- nivel de estudios (elementales o medios-superiores)

- nivel de ingresos económicos anuales (más de 9.000 €/año ó menos de 9.000 €/año)
- lugar de residencia (medio rural o medio urbano)
- tipo de convivencia (con su pareja o con su pareja e hijos por un lado, o bien sin pareja en el caso de que vivieran solos, con los hijos o con otros familiares)
- estado civil (estaban casados o tenían pareja por un lado, y quienes no tenían pareja o pacientes viudos, separados o solteros).

3.4. Procedimiento

El procedimiento seguido para la recogida de datos en las tres fases del estudio se detalla a continuación:

- Fase I: una vez aprobado el proyecto de la presente investigación por el Comité Ético y de Ensayos Clínicos de la provincia, se localizó a los pacientes por teléfono y se les explicó el propósito del estudio solicitando su participación y explicando nuestra disponibilidad a lo largo de todo el proceso. A aquellos que aceptaron participar se les envió por correo y con previa autorización de los autores, los diversos instrumentos mencionados una vez transcurridos seis meses de haber sufrido un episodio de infarto de miocardio, período que la mayoría de autores indican como el más adecuado para efectuar una primera determinación de la calidad de vida postinfarto (Beck, et al., 2001; Cabello et al., 1999; Roebuck et al., 2001). El sobre incluía además, una carta de presentación en la que se solicitaba el consentimiento de los pacientes por escrito, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos, y se explicaba cómo rellenar dicho cuestionario. Asimismo se envió el nombre de la persona responsable del proyecto y un teléfono para contactar con ella en caso necesario. Dentro del sobre se incluyó otro sobre, con franqueo pagado para la devolución de los cuestionarios, una vez que se hubieran cumplimentado.
- En la Fase II, una vez transcurridos entre 2 años y 2,5 años del infarto, se contactó por vía telefónica con toda la muestra de pacientes participantes

en la Fase I para solicitar nuevamente su participación, a la vez que se recordaba el objetivo del estudio y la importancia de contar con su colaboración. De la misma manera que en la fase primera, el sobre incluía los instrumentos además de una carta de presentación en la que se pedía el consentimiento de los pacientes, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos y otra carta en la que se explicaba cómo rellenar dicho cuestionario. Además se enviaba el nombre del responsable del proyecto y un teléfono de contacto. Transcurrido un mes desde el envío de los cuestionarios, se realizó una ronda de llamadas telefónicas para recordar a aquellas personas que no lo habían devuelto cumplimentado, que se esperaba su colaboración.

- En la Fase III se siguió un procedimiento similar al de las fases anteriores. se localizó a los pacientes de nuevo para pedir su colaboración y consentimiento; se explicó nuevamente del propósito y objetivos del estudio así como el punto en el que se encontraba el mismo, y se les facilitó el nombre y teléfono del investigador principal. Se les recordó que los datos eran confidenciales y el estudio anónimo; como única modificación en el procedimiento respecto a fases anteriores, se concertó una cita con ellos en su domicilio si a ellos les parecía bien, para realizar personalmente la recogida de datos, dado que los cuestionarios de autoeficacia y de apoyo social no habían sido específicamente diseñados para ser autocumplimentados.

Se les informó además de que pasado un tiempo, a algunos de ellos se les localizaría para concertar una cita como última parte del estudio, con objeto de realizarles una entrevista personal para la parte cualitativa del trabajo.

3.5. Consentimiento informado

El estudio fue aprobado por el Comité local de ensayos clínicos de la provincia de Huelva. Se llevó a cabo conforme a las estipulaciones de la Declaración de Helsinki, ISO 14155:2003 (Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, 2000) tanto en lo relativo al ofrecimiento al paciente en la participación en el estudio, el trato e información al paciente, el

documento de consentimiento informado y su firma, en cuanto a la custodia de la documentación y manejo de los datos del paciente preservando el anonimato y la confidencialidad, así como en lo relativo a las posibles publicaciones posteriores. En el Anexo IV se recoge el modelo de consentimiento utilizado.

3.6. Análisis de datos

Los datos han sido tratados estadísticamente mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Se han utilizado técnicas de análisis bivariadas y multivariadas. En concreto, se utilizaron medidas de frecuencia y prevalencia para conocer la ocurrencia de ciertas características sociodemográficas, de la calidad de vida global, y de las áreas que componen el cuestionario de calidad de vida, y se efectuaron dichas mediciones en cada fase del estudio. En la Fase III, como se expuso con anterioridad, se efectuaron además mediciones de la autoeficacia de los pacientes y de su apoyo social percibido. Para conocer con un valor numérico el resumen de la observación efectuada en el análisis, se efectuaron medidas de tendencia central como la mediana, media y moda, medidas de posición: cuartiles y percentiles. Para definir la variabilidad de dichos valores numéricos, se utilizaron las medidas de dispersión siguientes: rango, desviación típica, varianza y coeficiente de variación. Se calcularon intervalos de confianza de un 95%.

Se describió gráficamente la evolución temporal de la calidad de vida relacionada con la salud globalmente y por subgrupos de pacientes según la edad, el sexo, la ocupación laboral, el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, el tipo de convivencia y el lugar de residencia. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo de la calidad de vida según dichas características sociodemográficas mediante las pruebas de la t de Student o ANOVA, pero dado el tamaño muestral disponible, el análisis estadístico de los datos cuantitativos obtenidos de la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con los aspectos sociodemográficos, de apoyo social y autoeficacia se efectuó con procedimientos que minimizaran el número de subgrupos a formar, utilizando métodos no paramétricos, como las pruebas

de Wilcoxon, Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis cuando no se cumplían las condiciones de validez de los procedimientos habituales para la comparación de medias. Se efectuaron también correlaciones de la calidad de vida y de las áreas de calidad de vida entre sí en las tres fases, y para conocer cómo había evolucionado la calidad de vida global y las áreas de calidad de vida a lo largo de las tres fases, se efectuó un análisis apareado entre fases, es decir, se apareó y comparó a cada paciente consigo mismo a lo largo de las tres fases.

Para determinar la fuerza de asociación existente entre variables con una distribución normal en la población, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, y en el caso de que la distribución no fuera normal, el coeficiente de medida de la fuerza de correlación utilizado ha sido el de Spearman.

Las variables cualitativas se expresaron como número y porcentaje, y la comparación entre ellas se realizó mediante la prueba de la χ^2 . Se consideró significativo un valor de la $p < 0,05$.

Con la intención de conocer si la calidad de vida, el apoyo social, o la autoeficacia están interrelacionadas entre sí, o si dichas variables (consideradas como dependientes o de resultado) están influenciadas por las variables sociodemográficas estudiadas y en ese caso cuantificar el grado de relación existente, hemos efectuado un análisis aplicando técnicas de regresión lineal simple o múltiple entre las variables expuestas, en función de que hubiera una o más de una variable independiente o predictora.

Entre las limitaciones del trabajo, las pérdidas en la cohorte podrían provocar un tamaño muestral muy ajustado para obtener resultados estadísticamente significativos. El estudio en profundidad de la experiencia de los pacientes mediante el análisis cualitativo enriquecerá las conclusiones, sobre todo para el análisis por subgrupos pequeños, como los análisis de género.

Nuestra muestra es representativa del universo del que proceden, los 108 pacientes presentaban un perfil sociodemográfico coincidente con el dibujado para los pacientes con infarto de miocardio en otros estudios (MSC, 2003; Roebuck et al., 2001; Velasco et al., 1995). El tamaño inicial de nuestra muestra es coherente con el de otros estudios realizados a pacientes con

infarto de miocardio sobre calidad de vida relacionada con la salud o sobre intervenciones para mejorar la calidad de vida, y dadas las dificultades en los registros y en el acceso a los pacientes en esta enfermedad, estimamos que los resultados son de gran interés. Así, encontramos un trabajo publicado por Espinosa et al. (2004) en el que miden la eficacia de un programa de rehabilitación cardíaca en una muestra de 153 pacientes; Jiménez et al. (1999) estudian la calidad de vida y apoyo social en 155 pacientes con IM; Cabrera et al. (2001) evalúan 163 pacientes con infarto de miocardio para conocer la calidad de la atención hospitalaria recibida e implementar un programa de calidad; Isla et al. (2003) efectúan un estudio para identificar factores de riesgo cardiovascular, en una muestra de 59 pacientes; Botas et al. (2005) implantan un programa educativo a pacientes de una UCI sobre una muestra inicial de 139 pacientes; Carlsson et al. (1997) realizan una programa domiciliario de intervención (n=187) para modificar estilos de vida postinfarto a un grupo de 87 pacientes, y lo comparan con un grupo control de 81 pacientes que recibía cuidados habituales; Dalal & Evans (2003) realizan un interesante programa de prevención secundaria (PS) con una muestra final de 82 personas.

La bajas por defunciones esperadas en el seguimiento a nuestra cohorte hacen que sea especialmente importante mantener la presente línea de investigación en marcha para intentar extraer conclusiones válidas, y que sean aplicables y de utilidad en contextos similares al nuestro dada la escasez de trabajos en nuestro entorno.

B. Enfoque cualitativo

En la primera parte del presente capítulo se ha presentado el material y método correspondiente al estudio cuantitativo. A continuación, se expone la información referente al método seguido en el estudio cualitativo.

Como decíamos al principio del presente capítulo, se trata de un estudio de diseño mixto, denominado como tal a aquel que reúne, analiza y relaciona datos de tipo cuantitativo y de tipo cualitativo en un mismo trabajo para responder a un problema o para responder distintas preguntas de investigación que son comunes en un mismo problema (Hernández et al., 2008). Es conveniente recalcar que no se trata de un simple modo de recoger datos desde perspectivas distintas para un mismo fenómeno, sino que, por el contrario, implica que desde el planteamiento del problema se utilicen técnicas deductivas e inductivas.

El uso de este tipo de metodología permite obtener más datos del fenómeno y mayor riqueza interpretativa y, por tanto, conocerlo mejor, en mayor profundidad. El uso de dos enfoques para estudiar un mismo problema y el llegar a iguales conclusiones, proporciona mayor seguridad y aporta mayor fortaleza al estudio. Nuestro estudio se inició con un enfoque cuantitativo y encontramos que era necesario profundizar en los hallazgos para entender las causas de los problemas y sugerir alternativas y soluciones adecuadas dada la complejidad de los fenómenos estudiados. Para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes, en ausencia de programas de intervención desde la asistencia sanitaria o programas de seguimiento, necesitábamos conocer en profundidad las causas de los problemas de los pacientes y sus preferencias. Por ello, tras el estudio cuantitativo, se inició un estudio cualitativo. A este tipo de diseño mixto se le llama diseño en dos etapas y, en concreto, se efectuó un “diseño cuantitativo y un diseño cualitativo de manera secuencial” en la variante de “diseño de aplicación independiente”. Primero se aplica un enfoque y después se aplica el otro de manera relativamente independiente dentro del mismo estudio pero cuyos resultados se complementan. Uno precede al otro y los resultados se presentan de manera separada o en un solo reporte. En cada etapa se respetan los métodos

propios al enfoque. En nuestro caso se aplicaron cuestionarios para analizar factores sociodemográficos, calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en la parte cuantitativa y posteriormente, se seleccionó la muestra y se efectuaron entrevistas en profundidad para conocer las vivencias respecto al infarto de miocardio y su evolución, sus necesidades y sugerencias así como los problemas que ellos percibían, su calidad de vida, quejas etc.

En un primer momento, al finalizar el estudio cuantitativo y antes de iniciar la parte cualitativa, se efectuó un listado de categorías temáticas con aquellos aspectos que necesitábamos explorar en los pacientes respecto a los problemas que podrían hallarse (diagnósticos enfermeros) y que queríamos estudiar para no obviar ninguno. Pretendíamos efectuar entrevistas semiestructuradas, pero comprendimos que era necesario ampliar el estudio, incorporando una perspectiva cualitativa pura y buscar un enfoque desde un paradigma que permitiera profundizar en las vivencias de los pacientes. Elegimos la fenomenología como metodología y como herramienta de obtención de los datos utilizamos las entrevistas en profundidad, para que los pacientes pudieran expresar libremente sus vivencias, experiencias, percepciones sobre su salud y su calidad de vida, quejas, necesidades y sugerencias. En esta parte se actuó de manera inductiva sin dejarse llevar por los resultados cuantitativos, para lo cual se emplearon distintos métodos de triangulación, respetándose en todo momento los discursos íntegros, el contexto, y se efectuó un cuaderno de campo con observación no participante.

El Guión de temas, no obstante, lo conservamos en las entrevistas en profundidad, sirviéndonos de guía, como modo de no “olvidar” ningún aspecto importante obtenido en la parte cuantitativa, y de hilo conductor de la entrevista, llegado el caso necesario. Además, dicho Guión se usó posteriormente en el análisis categorial efectuando una exploración de categorías en el propio contenido de la narración, independientemente del estudio cualitativo fenomenológico.

Por último, cabe considerar la importancia que en estudios de diseño mixto tiene la triangulación en la verificación de datos dado que aporta una visión global, múltiple y rica. Se parte de la premisa de que si un resultado sobrevive

a la confrontación de distintos métodos, tienen un grado mayor de validez que si se prueba por un único método.

En nuestro trabajo hemos realizado diversos tipos de triangulación (Morse, 2005), que se concretan en los siguientes:

- Triangulación de datos (de distinta naturaleza como son los datos cuantitativos y cualitativos, de distintas fuentes como son las observaciones, entrevistas, cuadernos de campo).
- Triangulación de métodos (diseños cuantitativo y cualitativo, diseños en distintas etapas, diseños mixtos).
- Triangulación de investigadores (individuales, en equipo)

Como se ha comentado anteriormente, necesitábamos conocer las percepciones de los pacientes respecto a su calidad de vida, saber qué problemas tenían y profundizar en las causas de dichos problemas y en sus necesidades frente a los mismos.

Con la intención de averiguar las vivencias y experiencias del paciente con su enfermedad, efectuamos este estudio cualitativo de tipo fenomenológico interpretativo hermenéutico, seleccionado así porque deseábamos conocer las vivencias o experiencias vividas subjetivas, necesidades y o problemas de los pacientes en su entorno, es decir, la situación real de acuerdo con la información proporcionada por los pacientes. Este tipo de diseño es flexible, abierto y modificable; es una investigación inductiva que profundiza en los textos obtenidos para intentar construir y lo hace a medida que avanza en la investigación, sin partir de unas categorías de análisis previas.

Autores de distintas disciplinas como la antropología, filosofía, literatura, psicología, historiadores y enfermeros, han optado por la metodología fenomenológica y han hecho uso de la hermenéutica para interpretar los textos como campo de conocimiento en los procesos de salud enfermedad estudiados y comprender las experiencias como son vividas. Según el caso, la interpretación de las narraciones estará vinculada al paradigma dominante seleccionado

La fenomenología es una tradición filosófica pero también es una metodología. El abordaje cualitativo de tipo fenomenológico como filosofía y

teoría fue desarrollado originalmente por Edmund Husserl para explicar cómo los individuos dan significado a los fenómenos sociales en su vida cotidiana. La fenomenología, por tanto, explora "la esencia de la conciencia como experiencia desde el punto en primera persona de vista." Es decir, un estudio basado en esta perspectiva teórica explora el sentido que los individuos tienen del mundo en base a los significados y las clasificaciones que emplean. Como tal, la fenomenología tiene como objetivo proporcionar una visión del mundo "vivido" y de la experiencia subjetiva de los individuos con el fin de obtener un conocimiento intersubjetivo y comprensivo de los sentimientos y para ello se recopilan datos por medio de entrevistas y se trata de explicar e interpretar los aspectos de esa situación real de acuerdo con lo informado (Reeves, Albert, Kuper & Hodges, 2008). Para otros autores (Mahtani, Axpe, Serrano, González & Fernández, 2006) la fenomenología como tradición filosófica está basada en el concepto de que todos los individuos están situados en tiempo, historia y cultura determinada la cual influye en la experiencia vivida de los acontecimientos. El objetivo básico de los estudios fenomenológicos es identificar la esencia del fenómeno a estudio y explicar la experiencia vivida de los individuos en primera persona. Pero no se trata sólo de una filosofía; desde una perspectiva metodológica la fenomenología en el desarrollo del presente trabajo seguirá el enfoque de Van Manen, pues aunque no se busca generar una teoría como tal, si se pretende relacionar y vincular datos, y dicho conocimiento teórico se alcanza siguiendo la literatura fenomenológica y lo que según Van Manen son los "cuatro existenciales" (Morse, 2005; Van Manen, 2003): espacialidad, temporalidad, corporeidad y socialidad, como guías para la reflexión.

La reflexión fenomenológica culmina tras escribir y reescribir los datos extraídos de lo particular y llegando a lo común para muchos o más generalizable, obteniendo así las claves del fenómeno o de la experiencia, sacando la fenomenología del cuerpo vivido, las relaciones vividas, el tiempo vivido y el espacio vivido, y recontextualizando dicha experiencia en una identificable o familiar para nosotros.

A continuación se exponen los criterios de rigor y calidad, así como los criterios éticos seguidos en la realización del estudio cualitativo.

3.7. Calidad y rigor en investigación cualitativa

De entre la diversidad de propuestas existentes para que las investigaciones cualitativas sigan unos criterios de rigor y calidad, en este trabajo se han elegido las recomendadas por Calderón (2002) y Mays et al. (2000):

- a) La adecuación epistemológica: en la definición de la pregunta, en la coherencia y el modo de desarrollo general del trabajo y en su correspondencia con los presupuestos teóricos de partida.
- b) Validez: significa para Calderón (2002) coincidiendo con el significado que el término conlleva para la investigación cuantitativa, la posibilidad de representatividad, validez externa o generalización de los resultados, pero en claves de pertinencia e interpretatividad. El proceso de la recogida de información y el análisis va a estar dirigido por la búsqueda de explicaciones en profundidad, generalizables en función del contexto. La validez también viene definida por el muestreo y por el tipo de análisis que ha de ser acorde a los principios metodológicos que guían el trabajo. Ampliando dicho concepto, Mays et al. (2000) añaden que para mejorar la Validez debe tenerse en cuenta:
 - Triangulación: diferentes métodos y fuentes para obtener mayor riqueza y profundidad en los datos.
 - Validación por los participantes: se tienen en cuenta el grado de acuerdo o desacuerdo de los participantes con las descripciones o interpretaciones hechas.
 - Exposición clara de los métodos de recolección de datos y análisis: descripción clara del modo y de los métodos.
 - Reflexibilidad el investigador influye el proceso y resultado de los trabajos según su formación de origen, sus planteamientos de partida y su perspectiva de abordaje del fenómeno en estudio, por lo que es preciso que se asuma y expliquen en la investigación los prejuicios intelectuales o personales si los hay para evitar sesgos.
 - Casos negativos o aquellos que se alejan del tema estudiado.
- c) Relevancia una investigación será relevante si aumenta el conocimiento o aporta datos para mejorar la confianza en dichos conocimientos. Además

será relevante si los datos se pueden generalizar, para lo cual es imprescindible haber aportado todos los datos posibles para saber si hay similitudes de contextos etc., donde se puedan reproducir.

3.8. La ética en la investigación cualitativa

Los criterios éticos a seguir en el marco de la investigación cualitativa no difieren de los criterios seguidos en investigaciones cuantitativas, en este sentido, es necesario contar con el consentimiento de los sujetos participantes, se ha de salvaguardar su anonimato y asegurar la confidencialidad de los datos. No obstante el modo peculiar de “hacer” investigación cualitativa, puede agudizar los problemas éticos.

Por ejemplo, algunos investigadores esconden su persona para acceder a los contextos estudiados. En ciertos casos, el hecho de que la información que han ofrecido los sujetos llegue a terceras personas, puede suponer un perjuicio para ellos. Puede darse el caso de que el investigador observe que se emplean prácticas contrarias a la legalidad vigente con determinados miembros de los grupos estudiados; la obligación de denunciar tales situaciones, puede entrar en conflicto con el compromiso de respeto a la vida privada y al anonimato de los sujetos. Erickson (1989, citado en Rodríguez et al., 1999, p. 280), afirma que, como norma básica ética, se protegerán los intereses particulares de los participantes especialmente vulnerables, y que es preciso brindar información sobre los objetivos del estudio. Añade, que los dilemas éticos también afectan a la forma de recogida de datos, afirmando que la forma de *“minimizar los riesgos pasaría por soluciones como no registrar en vídeo más que interacciones inocuas, borrar parte del material registrado o negociar quiénes tendrían acceso a los registros”*.

Según Howe y Dougherty (1993, citado Rodríguez et al., 1999, p. 281), “es necesario que los procedimientos de investigación interpretativos se desarrollen dentro de un contexto definido por un continuo diálogo que evite las posibles presiones de los investigadores destinadas a conseguir de informantes y participantes en el estudio, una confirmación de sus posiciones e interpretaciones”.

Se han elaborado códigos éticos, pero una dificultad que se encuentra a menudo el investigador que intenta seguir estas guías es su carácter generalista ya que no contemplan dilemas que se plantean en el trabajo diario.

Las decisiones éticas complicadas son competencia del investigador y cada uno tendrá que hacerse responsable de las personas que participan en su estudio.

A continuación se presenta la información referente a la muestra, técnicas de recogida de datos, procedimiento y análisis de datos del estudio cualitativo realizado.

3.9. Muestra

El presente estudio cualitativo ha sido realizado con una muestra procedente de una cohorte de pacientes postinfarto de miocardio, que previamente habían participado en un estudio longitudinal y en los que se hallaron diversas alteraciones en su calidad de vida, tal como se ha puesto de manifiesto en el la mencionada parte cuantitativa del estudio.

Por tanto, los pacientes de nuestro estudio procedían de la cohorte inicial del estudio cuantitativo. Por tanto, la fuente primaria de datos fueron los pacientes pertenecientes a la muestra del estudio más amplio a los que se localizó de la base de datos provenientes de dicho estudio, o sea, todos los pacientes habían sufrido el infarto entre 7 años y 7 años y medio antes de iniciar el estudio. Se buscaron pacientes representativos de dicha cohorte por lo que se confeccionó un listado inicial de 25 pacientes sin importar la edad, el sexo o la procedencia. Por tanto, los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser hombres y mujeres de todas las edades, provenientes de la cohorte inicial, diagnosticados de infarto de miocardio, con capacidad comunicativa y que desearan participar. Los criterios de exclusión eran ser “pacientes que no cumplieran dichos requisitos”.

Nuestra muestra no probabilística fue seleccionada siguiendo distintos

criterios. En principio la muestra era homogénea, es decir, las unidades a seleccionar poseían un mismo perfil o características y compartían rasgos similares. En este tipo de muestra el propósito es centrarse en el tema a investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social. Así, del total de nuestra cohorte se efectuó de manera inicial un muestreo por conveniencia (técnica de muestreo no probabilística aplicada a la selección de informantes según las conveniencias logísticas y de otro tipo del investigador) e intencional y por criterios previamente establecidos, que pretenden resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social y que pretenden centrarse en el tema a investigar (Hernández et al., 2008).

A medida que íbamos avanzando en el estudio nos planteamos si el hecho de que todos los participantes provinieran de la cohorte inicial podía dejar fuera cierto tipo de rasgo o información importante para nosotros, llegado el caso de que los pacientes hubieran sufrido un infarto posteriormente. Por ello se efectuó una nueva selección de participantes que, en esta ocasión, fueron elegidos según la técnica del muestreo teórico, que se aplica en el caso en el que el investigador necesita entender un concepto o teoría y a través del cual selecciona casos que le ayuden a tal comprensión, o sea, las unidades se eligen porque poseen uno o varios atributos que contribuyen a desarrollar una teoría, generar ideas o proposiciones.

Finalmente, la muestra participante en el estudio cualitativo estuvo compuesta por 17 personas, siendo la mayoría de ellos hombres (76,47%). Respecto a la edad, algo menos de la mitad de los participantes (47,06) es menor de 65 años.

3.10. Instrumentos y técnicas para la recogida de datos

Las herramientas utilizadas para la obtención de los datos fueron la entrevista en profundidad, la entrevista semiestructurada, la observación no participante y el cuaderno de recogida de campo o diario de campo que nos permitiría conocer lo que la gente hace, piensa y sabe. Se trata de averiguar ¿cómo y por qué? de los fenómenos salud y enfermedad.

La entrevista en investigación cualitativa se utiliza para intercambiar

información de manera íntima, flexible y abierta. A través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción de significados respecto a un tema. Dentro del marco de la investigación cualitativa, pueden utilizarse distintos tipos de entrevista: estructurada, no estructurada o en profundidad o de grupo entre otras.

En la presente investigación, hemos efectuado una entrevista estructurada para la obtención de los datos sociodemográficos, una entrevista en profundidad para conocer y profundizar, valga la redundancia, sobre el objeto de nuestro estudio y, como se ha expuesto con anterioridad, un Guión de temas, que nos ha servido para efectuar otra entrevista al paciente, en este caso semiestructurada. Dicho Guión de temas ha sido útil para reconducir la entrevista y explorar todas las áreas necesarias, o bien para dirigirnos a preguntar sobre otras cuestiones, actuando siempre como hilo conductor de la entrevista en profundidad.

Pasamos a exponer de manera detallada las herramientas y técnicas utilizadas: la entrevista en profundidad, la entrevista semiestructurada, el diario del entrevistador y la observación no participante.

3.10.1. La entrevista en profundidad

En la entrevista en profundidad se requiere experiencia para saber encontrar lo que se quiere conocer (Rodríguez et al., 1999). A medida que avanza el proceso, se irán focalizando las preguntas hacia cuestiones más precisas; el entrevistador ayudará al sujeto a que se exprese pero sin sugerir sus respuestas. Se desea obtener información sobre una determinada cuestión y a partir de ella se establecen una *lista de temas* hacia los que se focaliza la entrevista sin que la misma esté sujeta, de antemano, a una estructura formalizada predeterminada. La entrevista en profundidad es no directiva, abierta, dinámica y flexible para lograr obtener la máxima información posible.

A continuación se expone de manera detallada el proceso de elaboración y realización de la entrevista.

➤ La entrevista

El objetivo principal de las entrevistas cualitativas en profundidad es conocer

lo que es importante en la mente del entrevistado (Taylor & Bodgan, 1994): “sus significados, perspectivas y definiciones; el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan el mundo”.

Para efectuar la entrevista a nuestros pacientes, seguimos las recomendaciones de ciertos autores (Hernández et al., 2008; Rodríguez et al., 1999; Taylor & Bodgan, 1994):

Una vez hechas las presentaciones se solicitó al paciente y al familiar la grabación, explicando acerca de la confidencialidad de los datos obtenidos y se les explicó el sentido de la grabación y de poder estar solos o que el familiar no interrumpiera las respuestas, dedicándoles a los familiares un espacio de tiempo previamente, si era necesario. Se recordaba el tiempo que debería durar la entrevista y la importancia de que se expresasen libremente, utilizando sus propios términos.

Nos mostramos abiertos, confiables, cercanos y transparentes, comenzando con una conversación relajada sobre temas cotidianos en la que se utilizaba un lenguaje sencillo y claro y poco a poco se fue profundizando.

Les hicimos ver que no era totalmente seguro el tipo de preguntas que deseábamos formular y nos mantuvimos abiertos a aprender de los sujetos. Para empezar, efectuamos preguntas descriptivas, solicitando a los sujetos que describieran, enumerasen y relatasen sucesos, experiencias y personas relacionadas con sus vidas. Preguntas que versaban sobre temas sencillos sobradamente conocidos por ellos.

➤ **Relación entrevistador-entrevistado.**

Respecto a la relación entre entrevistador y entrevistado, les explicamos a los participantes en el estudio lo que se esperaba de ellos y las pretensiones del trabajo, con el objetivo de conseguir una información más precisa. Les estimulamos a entrar en detalle con las cuestiones, recordándoles la importancia de sus narraciones y de que expresasen sus ideas sin limitación.

Para crear un clima de confianza se repetían las afirmaciones del informante y se apoyaban, se mantenía la conversación y se empatizaba con él. Se expresaba interés, atención y desconocimiento en el tema expuesto,

haciéndoles ver que lo que contaban tenía sentido para nosotros. Se creó un clima de respeto y ello permitía al entrevistado expresar libremente sus ideas, cuidando por nuestra parte no emitir juicios y escuchar comprendiendo y con atención. Se permitió al entrevistado hablar y, si surgían discrepancias, se suavizaban, intentando ponernos en su lugar con ejemplos nuestros, semejantes a los expresados por la persona, siendo sensibles y estando atentos e interesados. Se aseguró que las opiniones de los sujetos eran estables, volviendo una y otra vez sobre lo que la persona había dicho, y se estuvo atento a posibles distorsiones o exageraciones para, por medio de las reiteraciones y repeticiones, permitir al paciente que aclarase sus ideas y corrigiese lo explicado.

Cuando el sujeto se desviaba del tema o con la respuesta, se le aclaraba el sentido de la pregunta formulada con los mismos términos que él empleaba. Si el sujeto se extendía en su respuesta, nos apoyamos en conductas para demostrar que debía terminar su exposición y posteriormente se reformularía la pregunta de otro modo, explicando lo que se le pedía, tal como sugieren Rodríguez et al. (1999).

En ocasiones era preciso utilizar estrategias que permitieran obtener la respuesta más adecuada a la pregunta y estimular la memoria de los participantes en el estudio. Se solicitaba constantemente a los informantes que aclarasen y elaborasen su discurso con ejemplos o señalando los aspectos que no les había quedado claros, pero cuidando de no dirigir las respuestas.

Era especialmente importante recordarles el uso que se haría de la información obtenida y que se seguirían estrictamente los principios de los derechos del paciente, el anonimato y la confidencialidad. Se les ofreció también que una vez concluida la entrevista, podrían revisarla y decidir las modificaciones que considerasen pertinentes.

➤ **Aspectos clave antes de realizar las entrevistas**

Las entrevistas en profundidad fueron efectuadas por tres investigadores del equipo: uno de ellos se desplazó al entorno rural más próximo a la ciudad, el segundo, a la sierra de la provincia y el tercero efectuó las entrevistas de los

pacientes residentes en la ciudad. Para que los tres investigadores siguieran las mismas pautas, se elaboró un documento con los puntos clave de la entrevista que quedó recogido en el Cuaderno del investigador. El Cuaderno del investigador contenía los siguientes documentos:

- Guión con los puntos clave de la entrevista
- Hoja de consentimiento informado
- Guión de temas
- Diario del investigador

El Guión de puntos clave pretendía recordar al entrevistador los siguientes pasos:

- Presentación y petición de consentimiento informado
- Explicar a los familiares la necesidad de que el paciente se expresara en primera persona y que, a ser posible, deberíamos estar solos.
- Permitir a los familiares que preguntaran antes de la entrevista, o explicaran cuanto desearan.
- Hacer una prueba de sonido en el lugar de la entrevista para verificar la calidad del sonido y puesta a punto del dispositivo.
- La importancia de nuestra actitud y de ganar la confianza del participante.
- La importancia de reconducir las conversaciones y, una vez finalizada la entrevista abierta, si no habían quedado explorados ciertas áreas importantes para nosotros, debíamos seguir el Guión de temas efectuado para alcanzar los objetivos planteados y lanzar preguntas en ese sentido.
- El Guión de temas no tenía que ser de ninguna manera seguido al pie de la letra, sino una guía que recogiera de manera ordenada todos los aspectos que nos interesaban y no debíamos olvidar.
- Realizar anotaciones con las observaciones o incidencias en el diario del investigador una vez acabada la entrevista.
- Permitir que los pacientes nos contaran todo aquello que necesitaran.
- Una vez acabada la entrevista, recordarles que podríamos volver a llamarlo.

Como decíamos, las entrevistas fueron realizadas por tres investigadores del

equipo experimentados en investigación y con objeto de unificar conceptos, actividades y metodología antes de realizar las mismas, se efectuaron dos pilotajes con personas que no participarían en el estudio, a partir de los cuales se obtuvo la entrevista y las pautas definitivas para efectuarla.

En los pilotajes, cuando un miembro del equipo hacía de entrevistador, los otros dos investigadores hacían de observador no participante, tomaban nota y visualizaban la representación. Posteriormente, se comentaba entre los tres, se pulía y se reelaboraba la entrevista de ser preciso. Una vez obtenida la entrevista definitiva, se hizo un calendario y un plan de trabajo.

➤ **Las preguntas**

Las preguntas pretendían conocer el significado que tenía para los participantes el hecho de haber sufrido un infarto de miocardio, así como las vivencias y experiencias cotidianas tras dicho infarto de miocardio. Se permitía que respondieran abiertamente y de manera espontánea y solo se intervenía para reconducir sutilmente con preguntas alusivas al tema o, una vez acabada la entrevista y en función de los datos obtenidos, se seguía conduciendo la entrevista para obtener datos acerca de cómo eran sus sentimientos, cómo percibían su estado actual de salud respecto a la enfermedad y cómo era su calidad de vida, cuáles eran sus expectativas, su afrontamiento, qué información tenían de la enfermedad, qué tipo de control y seguimiento por parte de los servicios sanitarios. Era importante también que una vez el paciente hubiera hablado acerca del fenómeno en estudio, solicitarles que hicieran sugerencias de mejora o que comentaran si habían tenido quejas o habían encontrado deficiencias en la atención desde que sufrieron el infarto.

En líneas generales las preguntas utilizadas en la entrevista en profundidad fueron de dos tipos: introductorias al tema y detonantes del tema. Las primeras, aunque ofrecen pocos datos, nos sirvieron para centrar la atención de los participantes (presentaciones, retomar el tema, recordar el objetivo etc.). Eran frases cortas que habían sido identificadas previamente como unidades programadas para orientar la conversación y se lanzaban al principio de dicha entrevista. Las segundas suscitan gran interés y en general

aportan gran cantidad de datos muy pertinentes al estudio. Un ejemplo de estas últimas son las siguientes:

- “si pudiera cambiar el seguimiento a los pacientes que han sufrido un infarto ¿qué haría?”
- ¿“cómo se siente desde que tuvo el infarto?”

Como hemos señalado, la investigación cualitativa es útil para responder el cómo y porqué de los fenómenos y ofrece la posibilidad de generar hipótesis y de comprender lo que ocurre en un escenario determinado. En la pregunta de investigación cualitativa Mahtani (2010) encuentra una serie de componentes que hemos tenido en cuenta para formular nuestras preguntas:

1. Generalmente la pregunta empieza por: ¿Qué ocurre...? ¿Por qué ocurre...? ¿Cómo es que ocurre...?. En nuestro caso: las vivencias, los sentimientos, las percepciones, las emociones, las necesidades reales del paciente.
2. El segundo componente es el fenómeno a estudiar (enfermedad, tratamiento, intervenciones, procedimientos diagnósticos...). En nuestro caso:
 - El grado de conocimiento del paciente sobre sus autocuidados, sobre su enfermedad
 - El seguimiento y control sanitario
 - El nivel de satisfacción y la calidad de vida
 - Disponibilidad de servicios de educación e intervenciones
3. El tercer componente es desde qué perspectiva se estudia el problema (profesionales de la salud, pacientes, cuidadores, entorno social). En nuestro caso, el paciente
4. Finalmente, el cuarto componente será el contexto (puede ser lugar, tiempo, espacio, cultura...). En nuestro caso:
 - Las necesidades según género, edad, procedencia
 - Las preferencias
 - El contexto social y cultural

➤ **Los informantes**

En las entrevistas no estructuradas, al participar de un diseño flexible no se

especifica previamente ni el número ni el tipo de informantes y es difícil establecer el número de personas a los que se entrevistará, por lo que es conveniente un avance lento, en un principio, con los informantes. Taylor & Bodgan (1994) recomiendan seguir los siguientes puntos para evitar ciertos problemas que pueden ser planteados y que han sido tenidos en cuenta en la presente investigación:

- Explicar los motivos e intenciones del investigador.
- Guardar el anonimato: emplear seudónimos para designar lugares y personas en los estudios escritos, aunque la persona insista en lo contrario.
- La palabra final es del participante: el investigador gana confianza si ofrece a los sujetos la posibilidad de leer y comentar los borradores antes de su publicación.
- Logística: establecer un horario y un lugar para realizar las entrevistas. La frecuencia y la extensión dependerá de diversos factores, pero en general no conviene alargarla más de dos horas y, si fuera necesario continuar, no tendrá lugar más de 2 veces en semana.

➤ **La utilización de las grabadoras**

Solicitamos su uso y todos los pacientes aceptaron. Se les recordó que si en algún momento preferían que se desconectaran las grabaciones, así se haría. Antes de iniciar la grabación se tomó contacto con los pacientes, se entabló conversación sobre aspectos generales del paciente y de la investigación. Se les mostró el cuaderno del investigador, y se les leyó y entregó para su firma, el consentimiento informado. Asimismo, antes de iniciar la grabación se solicitó a la familia la posibilidad de mantenernos solos mientras se efectuaba la misma. Al finalizar la entrevista se grabaron los datos del paciente, fecha y hora. Toda la información grabada se transcribió literalmente para su posterior análisis.

➤ **La entrevista semiestructurada**

Para elaborar la entrevista a partir de un listado de los problemas hallados en la parte cuantitativa, se efectuó una batería de preguntas que conformarían finalmente el Guión de temas. Para realizar el Guión de temas, partíamos de

una serie de categorías generales basadas en los dominios según la North American Nursing Diagnosis Association [NANDA] (Herdman & NANDA, 2008) y que exploraba los distintos patrones: Promoción de la salud, Nutrición, Actividad/reposo, Elección, Percepción/cognición, Autopercepción, Rol/relaciones, Sexualidad, Afrontamiento/tolerancia al estrés y Principios vitales. En todas esas dimensiones se habían encontrado los mencionados problemas en la parte cuantitativa del trabajo. Si en las entrevistas en profundidad no habían emergido dichos aspectos problemáticos, se trataba, por medio de esta entrevista semiestructurada realizada con posterioridad a la entrevista en profundidad, detectar dichos problemas en los pacientes.

La utilización del lenguaje enfermero permitiría controlar todas las áreas en las que podían hallarse los problemas de nuestros pacientes y, por otro lado, facilitaba a los investigadores la identificación de las Respuestas Humanas y con posterioridad las etiquetas diagnósticas, que se confrontarían con los problemas inicialmente hallados en la parte cuantitativa del trabajo. La metodología enfermera como modelo fue elegida por su exhaustividad y objetividad a la hora de obtener datos a través de una entrevista

Para confeccionar la entrevista semiestructurada, en cada dominio del Guión de temas se proponía una serie de preguntas en base a los factores relacionados correspondientes a los problemas identificados en la primera parte del estudio. A continuación, las preguntas propuestas se sometían a un proceso de revisión por pares por parte de tres investigadores y a sus correspondientes triangulaciones, llegando a repetirse dicha secuencia en múltiples ocasiones, hasta llegar a la entrevista semiestructurada definitiva (Anexo V y Anexo VI).

En cada área de exploración mencionado -patrón de Relaciones, Elección, Movimiento, Percepción, Conocimiento, etc.- había una pregunta llave y entre 3 y 6 preguntas encadenadas a esa primera cuestión, para que, si una vez efectuada la primera pregunta, no se obtenía la información necesaria en dicho patrón, se pasaría a efectuar la siguiente y así sucesivamente. En caso contrario no se proseguía profundizando en dicho patrón. Cada patrón asimismo incluía una "información mínima a obtener". Un ejemplo de todo lo expuesto es el siguiente:

- En el área o patrón “Conocimiento” podíamos encontrarnos con problemas etiquetados como “Conocimientos deficientes”. Las preguntas para explorar los problemas en este patrón eran:
 - o ¿Qué sabe acerca de su enfermedad? ¿Qué le han explicado acerca de su enfermedad? (pasar a preguntar lo siguiente en caso de no haber quedado respondido antes) ¿Conoce cuál es la alimentación que debe seguir? ... ¿sabe qué ejercicio debe hacer habitualmente? (seguir así hasta quedar respondida)
 - o ¿Sigue las instrucciones que le han recomendado? (en caso negativo) ¿Por qué?
 - o ¿Cómo son sus cuidados diarios?
 - o ¿Piensa usted que está bien informado? ¿Necesitaría saber más?
 - o ¿Qué le gustaría saber?

Anotaciones que debían quedar recogidas:

- o Nivel cultural
- o Motivación
- o Capacidades y disponibilidad

➤ **El diario del entrevistador**

Según Álvarez (2003) el diario del entrevistador es de suma importancia en el análisis del contexto, por ser el lugar donde surgen los comentarios, el tono emocional y las expresiones no verbales percibidas por el investigador y todo aquello que no se recoge o percibe con la entrevista.

En la presente investigación, el diario nos permitió disponer de un esquema de los temas examinados en cada entrevista. También permitía volver atrás a temas específicos cuando se deseaba profundizar o continuar con su desarrollo. En el diario registramos los comentarios o notas que ayudarían a orientar futuras entrevistas y a interpretar los datos a posteriori. Conviene tomar notas recién acabado el encuentro con los informantes, tal como sugieren Taylor & Bogdan (1994).

En el diario de investigación se incluyeron anécdotas, situaciones y la descripción de ambientes. Anotábamos también comentarios que no estaban directamente relacionados con la entrevista. Asimismo, se anotaron todos

aquellos matices que considerábamos importantes a lo largo de la entrevista, como actitudes, posturas, etc., frente a algunas preguntas.

➤ **La observación no participante**

La observación es el proceso de contemplar sistemática y detenidamente el desarrollo de un fenómeno social, sin manipularlo ni modificarlo, tal como discurre por sí mismo (Ruiz, 1999, citado en Vázquez, 2006). Se trata de una técnica de recogida de datos que permite una descripción detallada de lo que el investigador puede ver sobre el fenómeno, lo cual puede convertirse en una desventaja, especialmente en estudios fenomenológicos, ya que se puede correr el riesgo de explicar lo percibido o entendido y no la realidad del grupo social estudiado. En la observación no participante, el investigador es un mero observador cuya presencia no condiciona el medio observado, pudiendo llegar a pasar desapercibido en muchas ocasiones (Vázquez, 2006).

En nuestro estudio se trataba de una observación “no participante no sistemática”, pues el entrevistador observaba en el domicilio del paciente su entorno y tomaba notas de campo de lo observado, del desarrollo de la entrevista y de todo lo acontecido que no tuviera que ver con la entrevista. Mediante la observación pudimos recoger ciertas particularidades de las personas entrevistadas, como condiciones de vida, de las viviendas, higiénicas, interrelaciones familiares y contexto. Como indican Hernández et al. (2008),

“Un buen observador cualitativo necesita saber escuchar y utilizar todos los sentidos, poner atención a los detalles, poseer habilidades para descifrar y comprender conductas no verbales, ser reflexivo y disciplinado para escribir anotaciones, así como flexible para cambiar el centro de atención si es necesario”.

3.11. Procedimiento

Para realizar el estudio, se solicitó permiso al comité de investigación de la provincia y, una vez aprobado, se confeccionó el cuaderno del investigador. Se siguieron en todo momento las normas de Helsinki (Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, 2000).

Se comenzó contactando por teléfono con los 5 primeros pacientes y se les solicitó nuevamente ser visitados para efectuarles una entrevista en profundidad. Se les explicó que se pretendía conocer sus vivencias y experiencias acerca de su enfermedad, y si tenían algunas necesidades o problemas relacionados con dicha enfermedad, y que esta entrevista era la continuidad de la parte anterior del trabajo en el que habían colaborado con nosotros y que era muy importante para nosotros saber lo que podían decirnos acerca de todo ello. Se les recordó acerca de la privacidad y confidencialidad que seguirían todos los datos y grabaciones, y que los fragmentos que fuera necesario utilizar de sus entrevistas se tratarían de manera anónima, siendo conocidos únicamente por los investigadores del presente estudio.

Todos los pacientes que telefoneamos accedieron a colaborar. Sólo se descartaron de la lista 3 pacientes, dos de ellos habían cambiado de teléfono y estaban ilocalizables y al tercero se decidió no llamar o localizar ya que su lugar de residencia era un barrio marginal y se diferenciaba bastante del resto de pacientes en lo que a su perfil sociodemográfico se refiere

El procedimiento de acceso a los participantes fue el siguiente: se efectuaban 5 entrevistas y posteriormente 2 investigadores evaluaban la información a ciegas individualmente. Después contrastaban dicha información y si se consideraba que aún aportaban información nueva al fenómeno estudiado, se accedía a llamar y solicitar la entrevista a 5 nuevos pacientes. Cuando se habían efectuado otras cinco entrevistas se seguía el mismo proceso. Se decidió que las entrevistas se darían por finalizadas cuando la información dada se repitiera, es decir, quedara saturada y ya no se aportaban datos nuevos al trabajo, lo que ocurrió cuando se habían realizado 17 entrevistas. Entendemos por saturación la redundancia de información que genera códigos de análisis. Cuando se considera que los nuevos datos no generan nuevas categorías, esto implica el final del muestreo debido a que los datos que emergen son repeticiones de datos ya existentes y no aportan información nueva para el análisis (Mahtani et al., 2006).

Los encuentros para efectuar las entrevistas se realizaron en el domicilio de los pacientes, porque, por un lado, todos ellos, tras ser preguntados,

encontraban más cómodo que los visitáramos en su domicilio y, por otro lado, porque los investigadores deseábamos llevar a cabo una observación no participante y, por tanto, visitar a los pacientes en su propio entorno nos permitiría añadir datos sobre el contexto a nuestro cuaderno de campo. Así pues, una vez convenido el día y la hora que mejor les venía a los pacientes, les visitamos en su domicilio para efectuar las entrevistas donde se les volvió a informar de los propósitos del estudio, se les leyó y entregó el consentimiento informado para que leyeran por escrito lo que les habíamos explicado respecto a la libertad para pertenecer al estudio, la retirada de él, el uso de las transcripciones de su grabaciones de voz y los miembros del equipo que conocería sus datos. Se les explicó además que en todo momento prevalecerían los derechos del paciente, el principio de confidencialidad y el anonimato.

Para evitar los sesgos con la información obtenida a partir de todos los pacientes que habían sufrido un infarto entre 7 años y 7 años y medio antes, se decidió seleccionar a un grupo de participantes con un diagnóstico de infarto en un tiempo menor de un año, y comprobar así si presentaban problemas distintos a los de nuestros pacientes entrevistados. Se seleccionaron pacientes de la base de datos de ingresos del hospital. El criterio seguido por el responsable de documentación para la búsqueda fue el siguiente: pacientes de todas las edades, sexo, lugar de procedencia y con diagnóstico de infarto de miocardio un año antes de la fecha.

Se localizó a 5 hombres y 4 mujeres por teléfono y se siguió el mismo procedimiento utilizado con los pacientes de la muestra inicial. Se concertó una cita con ellos para efectuar grupos de discusión. Sin embargo, la información fue descartada por no aportar información nueva.

3.12. Técnicas de análisis de datos

Para realizar el análisis del texto cualitativo en nuestro trabajo, se efectuó un análisis del discurso y un análisis del contenido. Asimismo se ha efectuado un análisis temático siguiendo la propuesta de Van Manen (2003) y se han integrado las distintas actividades investigadoras que él aconseja para este fin, lo que se hará explícito al presentar los resultados. Pasamos a comentar

cada uno de ellos.

En el análisis del discurso y en el análisis de contenido, el texto se entiende como el dato que hay que traducir e interpretar para que finalmente por descripción o por inferencia de la experiencia vivida, se represente el fenómeno estudiado y se formulen hipótesis o se generen proposiciones o se pueda contribuir a conformar una teoría. Según Amezcua & Gálvez (2002), tanto el análisis del discurso como el análisis de contenido aparecen en el contexto de las ciencias sociales como estrategias para interpretar datos de la comunicación y aunque al principio se pensaron como técnicas de análisis, diversos autores lo han hecho crecer y enriquecerse con componentes teóricos y filosóficos hasta situarlos hoy como verdaderas corrientes de pensamiento.

A continuación, se expone de manera detallada las tres técnicas utilizadas para el análisis de los textos, ya mencionadas: el análisis de contenido, el análisis del discurso y el análisis temático.

3.12.1. Análisis de contenido

El análisis de contenido fue definido por Berelson como una técnica que pretende la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación. Posteriormente se definió como el conjunto de procedimientos que le proporciona al investigador evidencias interpretables y le permite realizar inferencias reproducibles y válidas de los datos al contexto de los mismos. Este tipo de análisis puede, por tanto, tener fines descriptivos o inferenciales y puede utilizar técnicas de análisis cuantitativo o cualitativo (Van Manen, 2003).

En el análisis de contenido el investigador suele saber de antemano los términos y frases a identificar y especifica de antemano lo que quiere saber de un texto, por lo que no es lógico usarlo en fenomenología en la que el análisis se orienta a ir descubriendo qué significa un fenómeno por inducción y cómo se experimenta dicho fenómeno. Se carece de presuposiciones aunque se siga un método o un camino, pero dicho camino no puede venir determinado por indicadores fijos. Por ello, se ha utilizado esta técnica cuidadosamente y de manera reflexiva, para intentar alcanzar algunos de los

objetivos del análisis de contenido: la formulación de inferencias y la prueba de hipótesis para su verificación o rechazo (Amezcuca & Gálvez, 2002)

El análisis de contenido es una forma de análisis de la comunicación humana, un medio de expresión del sujeto, en la que se estudian mensajes, rasgos de personalidad y aspectos subjetivos de la persona (Gil et al., 2002). Es un método que busca descubrir la significación de un mensaje mediante el análisis de documentos y es ubicado dentro del positivismo cuantitativo tradicionalmente, por su uso mayoritario en la transformación de los datos en simples cifras. Pero el análisis de contenido desde un enfoque cualitativo es posible cuando se indaga en la presencia o ausencia de temas, de palabras o de conceptos en un contenido, y lo interpreta efectuando categorizaciones en la información o conjunto de datos, yendo más allá del reduccionismo positivista de los números, muy necesario por otro lado para complementar los análisis cualitativos, comparar o hacer recuentos para extraer ciertas conclusiones (Alvarez, 2003).

Con el análisis de contenido es posible agregar, reducir o enumerar y establecer la frecuencia y las comparaciones de aparición de las unidades de análisis (palabras, frases, párrafos, etc.,) hasta llegar a la representación del contenido y de las características del texto.

El análisis de contenido posibilita un análisis por deducción frecuencial de categorías temáticas, que localiza en el texto por medio de operaciones de desmembramiento del texto en unidades y en categorías (agrupando temas). Enumera la ocurrencia de unos indicadores que han sido codificados y ubicados en el texto que, a su vez, contienen un significado, sin preocuparse del sentido contenido del texto ni de las posibles diferencias contenidas en él (Gómez, 2000).

Por otro lado, con el análisis de contenido es posible extraer el contenido latente que se encuentra detrás del contenido manifiesto e interpretar el sentido de los elementos, de su frecuencia y de sus asociaciones. Debe haber un criterio de definición de las unidades de análisis establecido y recogido en una guía de codificación, para poder identificarlas con objetividad. Dichas unidades de análisis se pueden extraer de manera inductiva o/y

deductiva (Aquino & Mutti, 2006).

El procedimiento general del análisis cualitativo de contenido consiste en desglosar el contenido y, mediante la codificación de los datos, detectar los elementos relevantes del mensaje verbal y no verbal, agruparlo en temas, luego en categorías o subcategorías, parte que es posible desarrollar con la ayuda de programas de tratamiento de textos.

En el presente trabajo hemos efectuado el análisis de contenido siguiendo los tres niveles propuestos por Gómez (2000): sintáctico, semántico y pragmático.

- Sintáctico: a través de este nivel nos hemos acercado al sentido del texto a partir de la caracterización morfológica y mediante el tipo de lenguaje utilizado por los pacientes. En este nivel se buscaron y contaron determinadas palabras o caracteres estableciendo las unidades básicas o unidades de registro que son segmentos textuales discernibles que elegimos porque ayudarían a identificar las vivencias, experiencias, necesidades, o problemas de los pacientes. Eran palabras u oraciones y se analizó su presencia o ausencia, la frecuencia de aparición y el sentido de la valoración (positivo o negativo) que le daban los entrevistados, el orden de aparición y la concurrencia de distintas unidades de registro en los mismos párrafos. Se analizaron las unidades de registro teniendo en cuenta el contexto donde se producían, tal como sugieren Gil et al. (2002).

- Semántico: A este nivel buscamos el sentido de las palabras en los párrafos y analizamos los temas y categorías propuestas que se habían definido a priori según los objetivos de la investigación respecto a la identificación de problemas de los pacientes y que se recogieron en el Guión de temas. Además, efectuamos la lectura atenta de la transcripción de los textos, para identificar los temas y categorías relacionados con las vivencias y experiencias de los pacientes que iban surgiendo. Es decir, identificamos en este nivel las unidades de contexto correspondientes a los párrafos en los que se hallaron las palabras clave buscadas en el nivel anterior (unidades de registro). Estos párrafos señalaban el sentido que los entrevistados le daban a las palabras. De la misma manera, en este nivel efectuamos el análisis de las categorías, dimensiones o temas de la investigación. En primer lugar se

crearon categorías de análisis (dimensiones o descriptores). Posteriormente, se realizó la codificación o categorización, es decir, la asignación de fragmentos del texto a las categorías creadas y definidas. Las categorías se podían organizar de forma jerárquica, es decir, mantener orden de categorías y subcategorías o mantenerse independientes unas de otras.

Como indican Gil et al. (2002), las categorías de análisis pueden determinarse a través de un proceso deductivo o inductivo según surjan, es decir, si la técnica de recogida de información fuera más estructurada, la propia confección del guión de entrevista reflejaría a priori las categorías de análisis seleccionadas y adecuadas a los objetivos del estudio. Si la técnica utilizada fuera más abierta como en la entrevista en profundidad, las categorías de análisis probablemente irán surgiendo durante el proceso. Con los datos categorizados se realizarán las operaciones de contabilización y determinación de relaciones e incluso su tratamiento estadístico.

- Pragmático: este nivel pretende descubrir las circunstancias en las que la comunicación tiene lugar. De especial relevancia en casos en los que el discurso nace de la conversación y la interacción entre participantes, como es el caso de los grupos de discusión. Trata de analizar la forma como se abordan los turnos y las dinámicas de grupo, la manera en que los participantes entran y salen del discurso grupal. Proporciona información adicional acerca de la situación en la que se desarrolló la técnica. En nuestro trabajo no fue necesario efectuar este nivel de análisis.

3.12.2. Análisis del discurso

El análisis del discurso es más adecuado para construir la teoría a partir de lo narrado por los pacientes y, por tanto, tiene mayor utilidad en la Teoría fundamentada. No obstante, se ha utilizado en este trabajo fenomenológico para indagar en el sentido del texto en busca de las vivencias de los pacientes e interpretarlas generando hipótesis e ideas o proposiciones

En su origen, el análisis del discurso se planteó como un campo de conocimiento con teoría y método, capaz de sustituir el análisis de contenido. Pero hoy alude a una gran diversidad de enfoques. Para Gil et al. (2002) el estudio del discurso pretende formular teorías sobre las tres dimensiones que

lo componen: a) el uso del lenguaje (estructuras del texto y la conversación), b) la comunicación de creencias (cognición) y c) la interacción en situaciones de índole social.

Para Amezcua & Gálvez (2002), en el análisis del discurso el texto es un todo, el lenguaje recoge el mundo personal del sujeto y sus relaciones, su pensamiento, sentimientos y modo de vida. Se trabaja con el sentido y no se trabaja con la forma y contenido del discurso. Se buscan los efectos de sentido que se puede aprender mediante interpretación. El lenguaje es un medio neutro de descubrir el mundo y construir vida social, es una disciplina de interpretación de epistemologías: la suma de la forma lingüística, más la forma ideológica, más la forma histórica, más la forma social. Es la ideología de lo que el sujeto tiene en la mente, en el inconsciente, las ideas representadas. Algo que puede tener una multiplicidad de sentidos según quien los oye y, por ello, permite lecturas múltiples. El sujeto no es individual, sino está marcado por el colectivo “todo lo que se dice está ideológicamente marcado”.

Según Aquino et al. (2006), esta técnica trata principalmente del análisis crítico del uso del lenguaje y de la ideología o sistema de representación de los valores sociales que se esconde tras el discurso. El análisis de discurso busca describir y hacer manifiestos los sentidos latentes del discurso, los significados que los hablantes le dan a su expresión y las interacciones entre los participantes.

En nuestro trabajo, para analizar los significados se tuvo en cuenta la lógica de los actores que hablan de sus interacciones y de la estructura social de la que parten. La experiencia del hablante expresada en su habla constituye un universo desde donde interpreta, selecciona y da sentido a sus acciones. Los discursos expresan una mezcla entre el interés de expresar algo (lo que hay que decir) y la censura social o estructural (lo que se puede decir) por lo que se requería del investigador experiencia y conocimiento. Tratamos de interpretar lo que los entrevistados decían, expresaban, sentían y comunicaban a la luz de la teoría elegida, la fenomenología, dando significado a la información recogida, interpretando el discurso en expresa referencia al texto y los contextos sociales, tal como sugieren Gil et al. (2002).

En nuestro análisis se tuvieron en cuenta las dos dimensiones del análisis del discurso: la textual y la contextual. La dimensión textual se detiene en la *estructura* del discurso mientras que la dimensión contextual se interesa en el *contexto* social, político o cultural en el que el discurso tiene lugar. Estuvimos alerta para descubrir además otros discursos cruzados, los silencios, los juegos de significados, los estereotipos, las ideologías y las creencias subyacentes y los momentos en los que se establecían los consensos y los disensos, tal como indican Gil et al. (2002).

3.12.3. Análisis temático

Como se expuso anteriormente, para analizar los datos se ha utilizado, además del análisis del contenido y del análisis del discurso, el análisis temático, pues para poder entender el sentido otorgado por las personas al fenómeno estudiado se nos hace difícil reducir los análisis a un solo método por los diversos y complejos componentes socio culturales que presentan los problemas de salud.

Para realizar el análisis temático, se ha seguido los postulados de van Manen (2003), según los cuales la investigación se desarrolla como una interrelación de las siguientes actividades:

- Centrarnos en un fenómeno que nos interesa verdaderamente y nos compromete con el mundo.
- Investigar la experiencia en el modo en el que la vivimos y no como la conceptualizamos.
- Reflexionar sobre los aspectos esenciales que caracterizan el fenómeno.
- Describir el fenómeno mediante el arte de escribir y reescribir.
- Mantener una relación pedagógica firme con el fenómeno y orientada a él.
- Equilibrar el contexto de la investigación siempre considerando las partes y el todo.

Para el trabajo del texto no hay ninguna estructura recomendada para presentar un estudio fenomenológico. Sin embargo, Van Manen (2003) aconseja una organización de los textos que se relacione con la estructura

fundamental del fenómeno mismo y el método investigacional elegido. Se presentan seis temas metodológicos que forman la estructura de la investigación para este autor, pero que se deben de usar de manera complementaria y nunca a ciegas. Van Manen (2003) propone las siguientes formas de estructurar los temas:

- De forma temática: utilizar los temas que van surgiendo como guías generativas que traten sobre un aspecto esencial del fenómeno.
- De forma analítica: reelaborar o transformar los datos y mostrar de un modo reflexivo cómo surgen algunos temas.
- Mediante ejemplos: empezar la descripción explicando el fenómeno y continuar después con los ejemplos.
- Exegéticamente: de manera explicativa o interpretativa con el pensamiento de algún autor emblemático en dicho campo de estudio.
- De manera existencial: describir el fenómeno contra los existenciales de temporalidad (tiempo vivido), espacialidad (espacio vivido), corporeidad (personalización o cuerpo vivido), socialidad (relaciones vividas con los demás) de manera fenomenológica.

Como se ha mencionado, estos planteamientos no pueden seguirse de manera irreflexiva o mecánica, sino de manera original, flexible y reflexiva.

A continuación, se expone de manera detallada el proceso y los diferentes pasos que se ha seguido para analizar los datos y los paquetes estadísticos utilizados.

3.13. Proceso del análisis de los datos

A continuación se expone de manera detallada el proceso y los diferentes pasos que se ha seguido para analizar los datos

➤ Organización de los datos

Una vez disponible toda la información (diarios, notas, entrevistas) se revisaron los datos obtenidos. Todo el material debía ser suficiente y de calidad sin olvidar, sin embargo, que podría ser necesario seguir ampliando información ya que el análisis cualitativo de los datos, al igual que la recolección de los mismos, es iterativo, flexible y recurrente.

El cuaderno del investigador, las anotaciones de las observaciones así como las entrevistas grabadas fueron cuidadosamente transcritas de manera literal por una experta en el tema. En las transcripciones se siguieron ciertas reglas:

- Conservar el principio de confidencialidad sustituyendo los datos personales por códigos.
- Separar las intervenciones de entrevistado y entrevistador al menos con doble espacio
- Transcribir literalmente la entrevista (interjecciones, gestos ...)
- Indicar pausas o silencios, ruidos o explicar cuando no sea audible.

Se preparó el software informático que se utilizó como apoyo en estos análisis, el ATLAS.ti 5.6, donde se organizaría toda la información transcrita.

Se clasificaron e identificaron los datos por contenido, por cronología, por entrevista y por participantes.

➤ **Primeros pasos en el análisis**

La primera tarea fue comenzar una lectura de todas las entrevistas por separado y de los diarios. Después se volvió a revisar todo para ver el sentido global de los textos. Posteriormente, se pasó al análisis más minucioso buscando expresiones que se identificaron con las unidades temáticas y las unidades de significado establecidas para deducir códigos y categorías que se compararían entre ellas.

Para la parte del análisis de contenido categorial, dichas categorías y temas estaban clasificados como punto de partida y se examinaban los textos en busca de unidades de significado, de proposiciones y de temas que se pudieran codificar según dichas categorías que pretendían indagar en los problemas de los pacientes para profundizar y contrastar con los problemas hallados en la parte cuantitativa del trabajo. En el resto del análisis de los datos, independientemente del método de análisis que se utilizara, deseábamos que los temas emergieran a partir de los textos, no codificamos ni encasillamos el texto para que el significado emergiera de dichos textos.

Se hacían memos con todo lo que iba surgiendo, lo interpretado, lo contrastado, lo que requería volverse a revisar, lo considerado un nuevo tema o categoría o un tema que se encontraba ya saturado, anotaciones

necesarias para las verificaciones respecto a la confiabilidad, relevancia o validez del estudio. Los memos analíticos eran de suma utilidad en el caso de la triangulación entre investigadores (asignación de códigos, reglas, categorías).

El siguiente paso sería comenzar a identificar las expresiones textuales como unidad, código y categoría, tal como se expone a continuación. Las variables sociodemográficas se analizaron con el paquete estadístico SPSS 18.0.

➤ **Unidades de análisis, códigos y categorías**

En el programa ATLAS.ti se incorporó la información transcrita, se identificaron unidades de significado y se categorizaron. Después se asignaron códigos a las categorías, entrevista por entrevista y documento a documento. O sea, se elegía un segmento de contenido que se comparaba con otro segmento, se analizaban diferencias (si lo eran en significado y concepto, de cada uno surgía una categoría distinta) y similitudes (si eran similares, inducía una categoría común). Se considera un tercer segmento de contenido que del mismo modo inducía una nueva categoría o los agrupaba a los otros. Así sucesivamente hasta finalizar con toda la documentación transcrita. A este procedimiento se le denomina comparación constante, muy usado en la Teoría fundamentada. Se trataba de ir otorgando significados a los segmentos y descubriendo categorías y a cada una de éstas se les asignaba un código.

Las categorías identificadas debían relacionarse con los datos que representaban (vinculación). En los memos se anotaba por qué se identificaba una categoría como tal y se anotaban las ideas o significados que iban surgiendo.

Llegado a este punto se revisó todo el trabajo, se reflexionó y contrastó con los objetivos planteados en la investigación. Comenzaron las triangulaciones con otro investigador y se modificaron y rehicieron ciertas partes de las categorías y los códigos. Se volvía a las entrevistas iniciales, se anotaban ideas y significados que iban surgiendo y se volvía a triangular.

Se escribía y reescribía en los memos del programa ATLAS.ti para resumir, depurar, refinar, reducir, incluir más participantes y decidir si se había

alcanzado la información necesaria si no emergían nuevas categorías, o sea, si la información era redundante y se observaba que se había alcanzado la saturación de categorías.

Para Hernández et al. (2008), los códigos son etiquetas para identificar las categorías, son como apodos, sobrenombres de las categorías, es decir, describen segmentos de texto u otro material usado y permiten que sean identificadas más rápidamente. Cuando hallamos un segmento relevante se puede extraer como ejemplo de categoría o de los datos. Los códigos, pues, identifican a las categorías que emergen de los segmentos o unidades de análisis.

La codificación implica, además de identificar experiencias o conceptos en segmentos de los datos (unidades), tomar decisiones acerca de qué piezas empalman entre sí para categorizarlas, codificarlas, clasificarlas y agruparlas para conformar patrones que serán empleados con el fin de interpretar los datos. Al codificar, comienzan a revelarse los significados potenciales, desarrollarse ideas, conceptos o hipótesis y se comienza a comprender lo que sucede.

Los segmentos se convierten en unidades cuando, a juicio del investigador, poseen un significado, y estas unidades después se convierten en categorías que llevarán un código.

En la codificación cualitativa las categorías son conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes y con significado. Las categorías, como se ha comentado, deben guardar una relación estrecha con los datos. Se van generando categorías a medida que se analiza.

Todo el proceso de creación de categorías a partir del análisis de unidades de contenido muestra el carácter inductivo de la investigación cualitativa. Varias categorías pueden compartir una misma unidad de significado

Se integraron las categorías en temas por medio del “análisis en un segundo plano”, que constituye el análisis de nivel más abstracto. Siguiendo los mismos pasos que en la secuencia de identificar y codificar las unidades, se comenzó a comparar e identificar similitudes y diferencias entre las categorías y a considerar vínculos posibles entre ellas. Se recuperaron las unidades para

ver los significados etc., y se observó que para cada categoría se podían recuperar o bien uno o varios segmentos, o bien unidades de significados. Se usó el medio de comparación constante, pero en esta ocasión, para facilitar el análisis, en vez de comparar de una en una, se hizo por pares de categorías.

En este momento había que integrar las categorías en temas y en subtemas más generales. De las categorías emergidas en un primer nivel nacieron los temas en un segundo nivel. Estábamos entonces listos para la interpretación. Se comenzó a describir el fenómeno escribiendo y reescribiendo y teniendo en cuenta el contexto de los participantes considerando las partes y el todo.

Como sugieren Hernández et al. (2008), descubrir temas implica localizar los patrones que aparecen de manera repetitiva entre las categorías. Cada tema recibe un código, tal como hacíamos con las categorías. Los temas son la base de las conclusiones que emergerán del análisis. Algunas categorías pueden contener suficiente información para ser consideradas temas; habitualmente varias categorías forman un tema.

Para integrar las categorías en temas, se ha seguido las pautas de Hernández et al. (2008), según las cuales en el análisis cualitativo resulta fundamental darle sentido a los siguientes aspectos:

Las descripciones de cada categoría, ubicándolas en el fenómeno estudiado.

Los significados de cada categoría, o sea, el significado que tiene lo narrado para cada participante.

La presencia de cada categoría, es decir, la frecuencia con que aparece en las entrevistas etc. (cierta cuantificación), o bien la palabra que más se repite etc.

Las relaciones entre categorías: encontrar vinculaciones, uniones, asociaciones entre categorías. Algunas relaciones entre categorías son temporales (una categoría que precede siempre o casi siempre a otra), causales (una categoría es causa de otra) y de conjunto-subconjunto: una contiene la otra.

Basándonos en la selección de temas y el establecimiento de relaciones entre categorías, se comienza a interpretar resultados y entender el fenómeno, así

como generar ideas, proposiciones, hipótesis o teoría si procede. Para finalizar por tanto, debemos producir un sistema de clasificación (tipologías) y presentar temas y teoría.

Con la finalidad de identificar relaciones entre temas, debemos desarrollar interpretaciones de los mismos. Dichos temas emergen de manera consistente con respecto a los esquemas iniciales de categorización y de las unidades. Consiste en una labor de encontrar sentido y significado a las relaciones entre temas y podemos apoyarnos en diversas herramientas para visualizar tales relaciones, como las siguientes: a) Diagramas de conjunto o mapas conceptuales históricos (narran secuencias de hechos en una comunidad etc.), sociales (grupos que integran un ambiente, organización, etc.) y relacionales (explican y expresan relaciones y vínculos entre conceptos, individuos, organizaciones); b) Se hacen las redes y uniones entre ellos identificándolos con los nombres y símbolos. La reflexión sobre dichas relaciones aclara en el entendimiento del problema; y c) matrices que establecen relaciones y vínculos entre categorías y temas.

➤ **Programa de análisis de datos cualitativo: ATLAS.ti**

Es el software elegido para apoyar la realización de este trabajo de investigación. El ATLAS.ti es un excelente programa desarrollado en la Universidad Técnica de Berlín por Thomas Muhr para segmentar datos en unidades de significado, categorizar, codificar datos y construir teoría (relacionar conceptos, categorías y temas).

Para su desarrollo se inspiraron en la teoría fundamentada y por ello, su uso es muy útil para quienes deseen profundizar en los análisis más allá del análisis de contenido (Hernández et al., 2008).

Nosotros agregamos los datos o documentos primarios (los textos transcritos) y el programa los codificó de acuerdo con el esquema de códigos que se diseñó. Las reglas de codificación fueron establecidas previamente por los investigadores y el programa las aplicó.

En la pantalla se puede ver un conjunto de datos o un documento (por ejemplo, una transcripción de entrevista o la entrevista completa si se integraron en un solo documento) que constituye el proyecto sobre el que se

trabaja (los documentos para analizar) y se denomina unidad hermenéutica. Un proyecto puede contener varios documentos y entrevistas y el menú permite abrir cualquiera de los que conforman la unidad hermenéutica en todo momento. La pantalla de trabajo contiene un margen amplio donde aparecen las codificaciones y citas que se van realizando y la codificación que va emergiendo en el análisis. Dispone de un práctico sistema de memos para ir anotando cada paso realizado como reflexión y recordatorio.

El programa realiza conteos y visualiza la relación que el investigador establezca entre las unidades, categorías, temas, memos y documentos primarios. Ofrece la posibilidad de crear diagramas conceptuales de las relaciones verticales y horizontales entre los datos. Funciona con una sola ventana central que muestra menús de funciones, códigos y menús de persiana, aunque pueden abrirse otras ventanas sin salir de la principal. Puede exportar datos a programas estadísticos como el SPSS.

Posibilita trabajar el documento activo, y los códigos que se han determinado, de forma que al señalar cualquiera de ellos automáticamente se marca el texto que lo generó. Del mismo modo, desde el menú se puede acceder a todos los códigos y a las partes de texto de cada código. Otra ventaja es la posibilidad que ofrece de realizar diagramas de las relaciones entre códigos, familias o árboles de códigos (Alvarez, 2003).

IV. RESULTADOS

4. Resultados

A. Resultados cuantitativos

En la primera parte del presente capítulo se presentan los resultados relativos a la calidad de vida obtenidos en las tres fases del estudio.

En una segunda etapa del trabajo nos centramos en la Fase III y analizamos las relaciones entre la calidad de vida como variable dependiente y ciertos aspectos como el apoyo social (AS), apoyo social confidencial (ASC), el apoyo social afectivo (ASA), la autoeficacia general (AE), el género, la edad, la situación laboral y el nivel de estudios como variables independientes.

Además, ampliamos el análisis con la intención de conocer la influencia que sobre el apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial, autoeficacia y calidad de vida, pudieran tener la edad, el género, la situación de actividad laboral, la situación de actividad laboral en menores de 65 años, el nivel de estudios, el nivel de ingresos económicos anuales, el lugar de residencia, el tipo de convivencia y el estado civil.

En la última parte del capítulo, se presentan los resultados derivados del análisis cualitativo, efectuado a un grupo de pacientes procedentes de la muestra inicial.

4.1. Situación sociodemográfica de la muestra

4.1.1. Fase I

La situación socioeconómica y las características demográficas de los pacientes que participaron en la primera fase del estudio se muestran en la Tabla 3. Como se puede apreciar en la citada tabla, el 54% de los pacientes provenían del medio rural, el 69,1% tenían estudios elementales, y el 85% estaban casados o tenían pareja. Las edades estaban comprendidas entre 21 y 82 años (mediana de 65 años). Respecto a los ingresos anuales en la unidad familiar, un 72% de los pacientes percibían menos de 9.000 €/año. La situación laboral era de baja por enfermedad, o jubilación para el 60% de los pacientes de la muestra.

4.1.2. Fase II

La situación socioeconómica y las características demográficas de los pacientes se muestran en la Tabla 3. El número de participantes en el estudio se redujo un 16% respecto a la Fase I. Cabe destacar como datos más importantes que el 60,9% de pacientes pertenecían al medio rural, el 71,7% tenían estudios elementales y el 84,8% vivían con su pareja o con su pareja y sus hijos. Las edades estaban comprendidas entre 23 y 82 años (mediana de 65,5 años). Respecto a los ingresos anuales en la unidad familiar, el 91,3% de los pacientes, percibían menos de 9.000 €/año. En nuestra muestra el 82,6% de personas no trabajaban, cifra que se había elevado respecto a la medición en la fase anterior.

La dedicación de las 8 personas (17,5%) que permanecían activas era variada, con un estudiante, dos amas de casa, una modista, un ordenanza, dos vendedores y un empresario.

4.1.3. Fase III

La cohorte participante en esta tercera fase está compuesta por 47 personas (42 varones y 5 mujeres), con edades comprendidas entre 27 y 84 años (mediana de 70 años). El 42,6% (20 pacientes) vivían en la ciudad de Huelva y el resto en distintos pueblos de la provincia. Tenían estudios elementales 36 de ellos (76,6%) y los 11 restantes (23,4%) tenían estudios medios y estudios superiores. Estaban casados/as o vivían en pareja 38 (80,9%). El resto se distribuía en 4 solteros/as, 4 viudos/ as y 1 separado.

La gran mayoría de los participantes (38 pacientes, que supone el 80,9%) estaban retirados de su trabajo en el momento de la última evaluación. El 70,2% de los pacientes tenían unos ingresos inferiores a 9000 € anuales. El tipo de convivencia - solos, con pareja, con sus hijos etc.- así como el resto de las características sociodemográficas de nuestra muestra se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra en las fases I, II y III

FASES	Fase I	Fase II	Fase III
Participantes	55	46	47
Edad			
Rango (mediana)	21-82 (65)	23-82 (65,5)	27-84 (70)
Media (s)	62,7 (12,2)	63,6 (11,7)	67,7 (11,2)
Sexo			
Hombres	49 (89,1%)	41 (89,1%)	42 (89,4%)
Mujeres	6 (10,9%)	5 (10,8%)	5 (10,6%)
Residencia			
Urbana	25 (45,5%)	18 (39,1%)	20 (42,6%)
Rural	30 (54,5)	28 (60,9%)	27 (57,4%)
Situación laboral			
Activos	19 (35,5%)	8 (17,5%)	9 (19,1%)
Jubilados	33 (60%)	38 (82,6%)	38 (80,9%)
NC	3 (5,4%)	-----	-----
Estudios			
Elementales	38 (69,1%)	33 (71,7%)	36 (76,6%)
Medios o superiores	15 (27,2%)	13 (28,3%)	11 (23,4%)
NC	2 (3,6%)	-----	-----
Ingresos			
<9.000 €	40 (72%)	42 ((91,3%)	33 (70,2%)
≥9.000 €	4 (7,2%)	4 (8,7%)	14 (29,8%)
NC	11 (20%)	-----	-----
Convivencia			
Solos o con otros	3 (5,4%)	4 (8,7%)	7 (14,9%)
Con su pareja e hijos	29 (52,7%)	26 (56,6%)	20 (42,6%)
Con su pareja	19 (34,5%)	13 (28,2%)	18 (38,3%)
Hijos	4 (7,3%)	3 (6,5%)	2 (4,3)
Estado civil			
Soltero	4 (7,3%)	4 (8,7%)	4 (8,5%)
Casado o con pareja	47 (85,4%)	38 (82,6%)	38 (80,9%)
Viudo	4 (7,3%)	3 (6,5%)	4 (8,5%)
Separado	0	1 (2,2%)	1 (2,1%)

4.2. Calidad de vida

4.2.1. Análisis de la CV en las tres fases del estudio

La medición de la calidad de vida de los pacientes participantes en el estudio se efectuó con la escala de calidad de vida de Velasco et al. (1993). Cabe recordar que la puntuación total, suma de los 40 ítems (escala 0-5) que componen la escala, oscila entre una puntuación mínima de 0 para los pacientes que refieren una buena calidad de vida y una puntuación máxima de 200 puntos para los pacientes que refieren una mala calidad de vida. Tal como se aprecia en la Tabla 4, la puntuación media total de calidad de vida de los pacientes en la Fase I (a los seis o doce meses de haber sufrido un IM)

era de 69,42 (como ya se ha comentado, sobre una puntuación máxima de 200 puntos) y una desviación típica de 33,28 en un rango comprendido entre 8 y 152 puntos. En la Fase II la puntuación media de calidad de vida obtenida era de 66,54 con una desviación típica de 33,26 y un rango entre 4 y 155 puntos. Por último, en la Fase III la media de calidad de vida de los pacientes era de 67,97 y la desviación típica 32,87 en un rango que oscila entre 23 y 151 puntos.

Tabla 4. Análisis de la calidad de vida en las fases I, II y III

Calidad de vida			
	Fase I	Fase II	Fase III
Participantes	55	46	47
Rango	8-152	4-155	23-151
Calidad de vida (0-200)			
Media	69,4	66,5	67,9
Desviación típica	33,3	33,2	32,9
IC 95% media	60,4-78,4	56,7-76,4	58,3-77,6

4.2.2. Niveles de afectación de la CV en las tres fases del estudio

Con objeto de obtener una idea más clara del nivel de afectación del infarto de miocardio sobre la calidad de vida global de los pacientes participantes en el estudio, se estratificó la puntuación máxima total posible (200) que se podía obtener en la escala de calidad de vida utilizada en cuatro tramos de 50 puntos. Esta clasificación permitió diferenciar cuatro niveles de afectación de la calidad de vida, que oscilaban desde “leve” hasta “grave” y que se concretan en los siguientes:

- Leve: incluye a aquellos pacientes cuya puntuación media total de la calidad de vida fluctuaba entre 0 y 50 puntos.
- Moderado: engloba a los pacientes con una puntuación media total de la calidad de vida entre 51 y 100 puntos.
- Importante: incluye a los pacientes cuya puntuación media total de la calidad de vida oscilaba entre 101 y 150 puntos.
- Grave: nivel que afecta a los pacientes cuya puntuación media total de la calidad de vida oscila entre 151 y 200 puntos, siendo éste el nivel el que los pacientes perciben una mayor dependencia, malestar o peor

percepción de su calidad de vida.

Los datos expuestos en la Figura 3 muestran que casi la mitad de los pacientes (47,3%) participantes en la Fase I presentan un nivel de afectación “moderado” de su calidad de vida a los seis y doce meses de haber sufrido un infarto de miocardio, seguido del 32,7% que refieren un nivel “leve” de afectación. Mientras que la mayoría de los pacientes perciben bajos niveles de afectación, el 20% de los pacientes, en cambio, muestran una peor calidad de vida. En concreto, la enfermedad ha afectado de manera “importante” a la calidad de vida del 18,2%, y para el 1,8% este nivel de afectación ha sido de carácter “grave”.

En la Fase II hallamos, en un rango de puntuación que oscilaba entre 4 y 155 puntos, que más de la mitad de los pacientes (52%) refieren un nivel de afectación “moderado” de su calidad de vida a los 2 años-2,5 años de haber sufrido un infarto de miocardio, seguido del 30% que manifiestan un nivel “leve” de afectación. Frente a este 82% de pacientes que perciben bajos niveles de afectación, el 18% de los pacientes muestran, en cambio, una peor calidad de vida. En concreto, el 15% refiere que la enfermedad le ha afectado de manera “importante” a su calidad de vida y para el 3% este nivel de afectación ha sido de carácter “grave”.

Por último, en la Fase III, predominan los pacientes que manifiestan una afectación “moderada” de su calidad de vida (48,9%). El resto de pacientes se distribuye entre aquellos que refieren un nivel de afectación “leve” de la calidad de vida: el 34%, un nivel de afectación “importante”: el 14,9% y un nivel de afectación “grave”: el 2,1%.

En la Figura 3 hemos representado los niveles de afectación de la calidad de vida en cada una de las fases, según se ha expuesto con anterioridad.

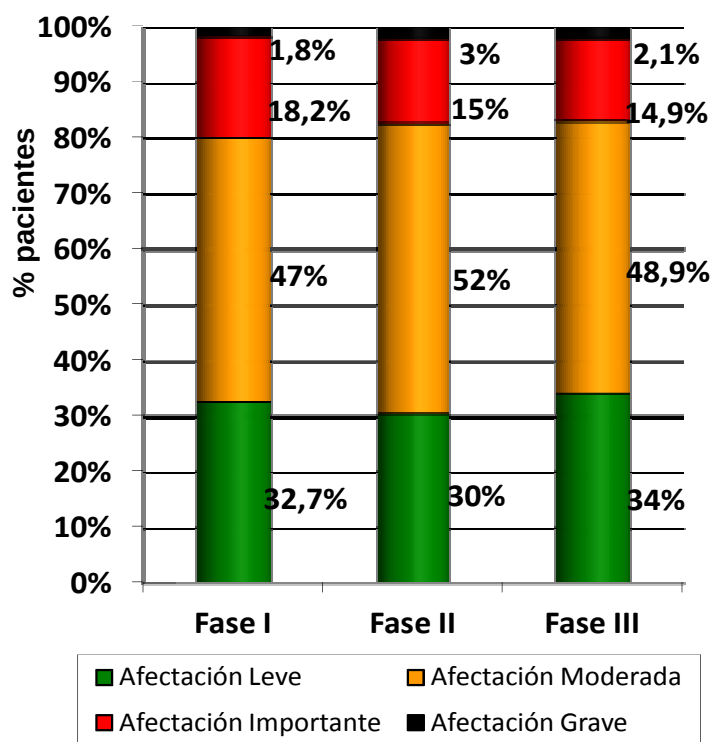


Figura 3. Niveles de afectación de la CV en las fases I, II y III

4.2.3. Evolución y diferencias de CV en las tres fases del estudio

En el anterior apartado “Análisis de la calidad de vida en las tres fases del estudio” se ha presentado la puntuación media de la calidad de vida de los pacientes obtenida en cada una de las fases del estudio. Los resultados muestran que en la Fase II la puntuación media de la calidad de vida de los pacientes (66,5) es inferior respecto a la obtenida en la Fase I (69,4) y aumenta, aunque de manera leve, en la Fase III (67,9), lo cual nos proporciona una idea de cómo había evolucionado la calidad de vida de los pacientes en las tres fases o, en su caso, el nivel de deterioro o de mejora de la misma. Pero consideramos que esta descripción podía resultar ligeramente engañosa, por lo que decidimos realizar un análisis apareado de los

resultados que se ajustase más a los cambios reales producido entre una y otra fase (Tabla 5).

Cabe recordar que aunque la muestra de la Fase III estaba integrada por 47 personas, la Fase II por 46 y la Fase I por 55, al hacer la comparación apareada (a cada persona consigo misma) el número de pacientes de la muestra sufría ciertos cambios y estaríamos haciendo en realidad las comparaciones que siguen: cuando comparamos Fase I con Fase II nos quedaban 46 pacientes y le denominamos “Par 1”; cuando comparamos Fase I con Fase III eran 36, “Par 2”; y cuando comparamos Fase II con Fase III quedaron 33, “Par 3”. En cada Par analizado, se presentan además de las medias de cada fase, las medias de las diferencias entre dichas fases.

Los resultados obtenidos mostraron que no existían cambios significativos al analizar de manera apareada la calidad de vida entre las distintas fases. Los 46 pacientes evaluados en las Fases I y II presentaron un leve aumento de la puntuación media de la calidad de vida: de 66 a 66,54 ($p=0,90$). En cambio, los 36 pacientes analizados en las Fases I y III mostraron una reducción de la puntuación media de la calidad de vida, es decir, ésta mejoró levemente de 65,36 a 65 ($p=0,94$). Por último, los 33 pacientes que se evaluaron en las Fases II y III presentaron un ligero empeoramiento en su puntuación de calidad de vida, al aumentar de 65,3 a 66,03 ($p=0,89$).

Asimismo, con objeto de conocer cómo habían evolucionado las diferentes áreas de calidad de vida en las tres fases del estudio, se realizó un análisis pareado para conocer los posibles cambios existentes entre dichas áreas. Las puntuaciones medias por pares se presentan en la Tabla 5. Como se aprecia en la citada tabla, entre la Fase I y la Fase II (Par 1) se hallaron relaciones estadísticamente significativas en las puntuaciones medias obtenidas en la dimensión Comportamiento emocional con 3,89 en Fase I y 5,54 en la Fase II ($p=0,004$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las demás áreas entre las Fases I y II, aunque cabe señalar un descenso al límite de la significación estadística en el área de Tiempo de ocio y trabajo, cuyas puntuaciones medias disminuyeron de 11,15 a 9 puntos ($p=0,053$). Al examinar las áreas de calidad de vida entre las Fases I y III (Par 2), se encontraron relaciones estadísticamente significativas en las puntuaciones

medias de las áreas Comportamiento de alerta con 4,67 en la Fase I y 2,69 puntos en la Fase III ($p=0,002$), Tiempo de ocio y trabajo aumentó su puntuación de 11,69 a 13,97 ($p=0,04$) y con una diferencia que roza lo estadísticamente significativo, el área Proyectos de futuro, de 4 a 2,86 puntos ($p=0,054$). Finalmente, al examinar las áreas de calidad de vida entre las Fases II y III (Par 3), se hallaron relaciones significativas en las puntuaciones medias de las áreas Sueño y descanso con 6,12 en la Fase II y 5,03 puntos en la Fase III ($p=0,018$), Comportamiento de alerta disminuyó su puntuación de 4,52 en la Fase II a 2,88 en la Fase III ($p=0,027$) y Tiempo de ocio y trabajo, cuyas puntuaciones medias aumentaron de 9,61 a 14,27 ($p<0,001$). En las Tablas 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 24 y 26, se presentan los enunciados de las áreas del cuestionario resumidas. En las restantes tablas y en el Anexo I, los enunciados expuestos son los originales.

Tabla 5. Diferencias de calidad de vida y de sus áreas entre las fases I-II, II-III y I-III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Par 1 n=46					Par 2 n=36					Par 3 n=33				
	Fase I	Fase II	Diferencia Fase I-Fase II			Fase I	Fase III	Diferencia Fase I-Fase III			Fase II	Fase III	Diferencia Fase II-Fase III		
	Media	Media	Media Difer	IC 95%	p	Media	Media	Media Difer	IC 95%	p	Media	Media	Media Difer	IC 95%	p
Salud	14,17	14,07	0,11	-1,70 - 1,92	0,90	13,72	15,06	-1,33	-4,42 - 1,75	0,38	13,85	14,85	-1,00	-3,39 - 1,39	0,40
Sueño y descanso	5,91	6,22	-0,30	-1,29 - 0,68	0,54	5,83	5,14	0,69	-0,95 - 2,34	0,18	6,12	5,03	1,09	-0,27 - 2,45	0,01
C. Emocional	3,89	5,54	-1,65	-2,75 - -0,54	0,004	3,81	4,97	-1,17	-2,57 - 0,23	0,10	5,33	5,15	0,18	-1,19 - 1,55	0,60
P. Futuro	3,72	4,09	-3,70	-1,46 - 0,72	0,49	4,00	2,86	1,13	-0,02 - 2,3	0,05	3,79	2,88	0,90	-0,54 - 2,36	0,21
Movilidad	9,76	9,17	0,59	-1,15 - 2,32	0,50	9,58	10,03	-0,44	-3,12 - 2,23	0,74	8,70	10,06	-1,36	-3,93 - 1,20	0,28
Relac. sociales	9,07	10,13	-1,07	-2,92 - 0,79	0,25	9,00	8,14	0,86	-0,97 - 2,69	0,35	9,79	8,58	1,21	-1,21 - 3,63	0,31
C. Alerta	5,30	4,93	0,37	-0,46 - 1,20	0,37	4,67	2,69	1,97	0,74 - 3,19	0,002	4,52	2,88	1,64	3,07 - 2,31	0,02
Comunicación	3,02	3,39	-0,37	-1,20 - 0,46	0,42	3,06	2,14	0,92	-0,28 - 2,11	0,13	3,61	2,33	1,27	-0,14 - 2,68	0,07
T. Ocio y trabajo	11,15	9,00	2,15	-0,02 - 4,33	0,05	11,69	13,97	-2,28	-4,54 - -0,00	0,04	9,61	14,27	-4,67	-7,08 - -2,25	0,000
Calidad de vida	66,00	66,54	-0,54	-9,27 - 8,18	0,90	65,36	65,00	0,36	-10,28 - 11,00	0,94	65,30	66,03	-0,72	-11,88 - 10,42	0,89

4.2.4. Áreas de CV en las tres fases del estudio

➤ Evolución de las áreas de CV

En la Tabla 6 se presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas de cada una de las nueve áreas de calidad de vida estudiadas del cuestionario de Velasco, et al. (1993), en las Fases I, II y III. Por otro lado, en la Tabla 7 podemos observar la afectación porcentual de dichas áreas, lo que nos permitirá comparar entre sí áreas que poseen distintos rangos de valores. Se

entiende por afectación porcentual el porcentaje que supone la puntuación media en cada área con respecto a la peor puntuación posible (máximo teórico en dicha área). Estos datos sobre afectación porcentual también se exponen de manera ilustrativa en la Figura 4.

En la Fase I, el área de Tiempo de ocio y trabajo es una de las más afectadas, con una puntuación media que se sitúa en 11,43 sobre 25 puntos. De hecho, en la Tabla 7 observamos al expresar la afectación de cada una de ellas como una proporción de la máxima afectación posible, que el área de calidad de vida más afectada en pacientes postinfarto era Tiempo de ocio y trabajo (46%). Seguidas en porcentaje por las áreas de Descanso y sueño (43%), Movilidad (42%), Comportamiento de alerta (38%) y Salud (37%). La afectación media de la muestra fue de 34,75%.

En la Fase II, el área de calidad de vida que los pacientes postinfarto refieren como la más afectada transcurridos 2,5 años del infarto de miocardio es, el área de Sueño y descanso, con una puntuación media de 6,21 sobre una puntuación máxima posible de 15 puntos. Se puede observar en la Tabla 7 así como en la Figura 3, el grado de afectación de cada una de las áreas de calidad de vida como una proporción de la máxima afectación posible, y que el área de calidad de vida más afectada en los pacientes era Sueño y descanso (41%). Asimismo, otras áreas que superan la afectación media del 33,11% de la muestra son el área Movilidad (37%), Comportamiento emocional (37%), Tiempo de ocio y trabajo (36%) y Salud (35%).

Por último, en la Fase III, los resultados obtenidos han mostrado como se aprecia en la Tabla 6, un aumento de las puntuaciones medias obtenidas en las áreas de Salud, Comportamiento emocional, Movilidad y Tiempo de ocio y trabajo respecto a las halladas en la Fase I. La afectación media de las nueve áreas es de 32,39% y las áreas que superan dicha media son Tiempo de ocio y trabajo con una afectación de un 56,3%, Movilidad (42,5%), Salud (37,9%), Comportamiento emocional (37%) y Sueño y descanso (36,1%; Tabla 7).

Tabla 6. Puntuaciones medias de las áreas de calidad de vida en las fases I, II y III

Áreas de Calidad de vida							
ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Máxima puntuación posible	Fase I n=55		Fase II n=46		Fase III n=47	
		Media	s	Media	s	Media	s
Salud	40	14,90	8,08	14,06	7,24	15,19	7,08
Sueño y descanso	15	6,36	4,41	6,21	3,82	5,42	4,17
Comportamiento emocional	15	3,92	3,73	5,54	4,22	5,55	4,69
Proyectos de futuro	15	3,96	3,68	4,08	3,79	3,06	3,80
Movilidad	25	10,45	6,30	9,17	5,51	10,63	6,75
Relaciones sociales	35	9,16	5,45	10,13	6,55	8,38	5,33
Comportamiento de alerta	15	5,70	3,88	4,93	3,69	3,19	4,57
Comunicación	15	3,49	3,90	3,39	3,46	2,44	3,13
Tiempo de ocio y trabajo	25	11,43	5,48	9,00	5,36	14,08	5,81
Calidad de vida	200	69,50	33,51	66,54	33,26	67,98	32,87

Tabla 7. Afectación porcentual de las áreas de calidad de vida en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I %	Fase II %	Fase III %
Salud	37,25	35,15	37,97
Sueño y descanso	42,40	41,44	36,13
Comportamiento emocional	26,18	36,95	37
Proyectos de futuro	26,42	27,24	20,4
Movilidad	41,81	36,69	42,52
Relaciones sociales	26,18	28,94	23,94
Comportamiento de alerta	38,06	32,89	21,26
Comunicación	23,27	22,60	16,26
Tiempo de ocio y trabajo	45,74	36	56,32
Afectación porcentual de la CV	34,75	33,27	33,90

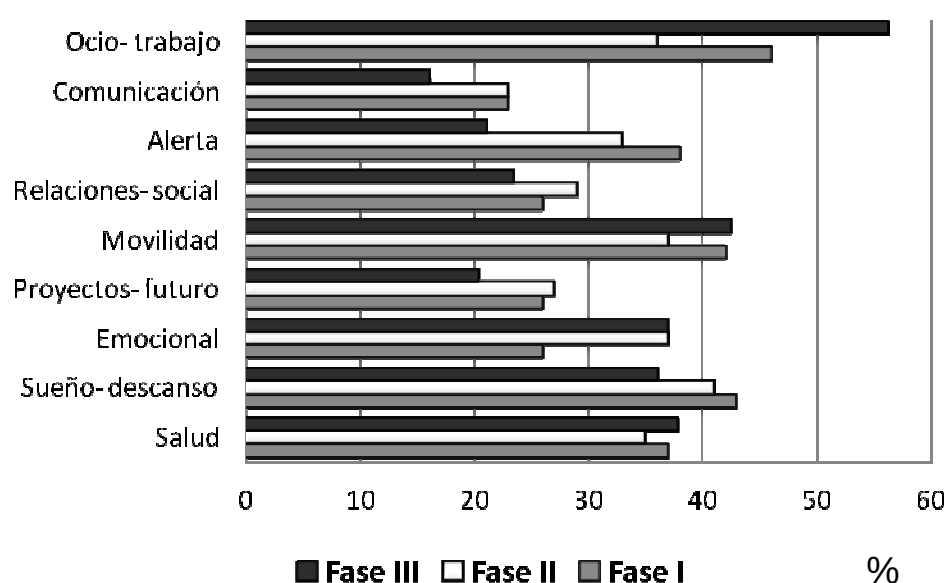


Figura 4. Afectación porcentual de las áreas de CV en las Fases I, II, III

➤ Correlación entre Áreas de CV

Con objeto de conocer la relación entre las diferentes áreas de la calidad de vida, se realizó un estudio de las correlaciones existentes entre las mismas en cada una de las tres fases del estudio, tal como recoge la Tabla 8.

En la Fase I (periodo comprendido entre los 6-12 meses del IM) se hallaron correlaciones significativas entre todas las áreas entre sí, excepto entre Comportamiento de Alerta y Tiempo de ocio y trabajo, y entre las áreas de Salud y Tiempo de ocio y trabajo. Como se observa en la citada tabla, la afectación de las áreas se correlaciona de manera significativa con la alteración de casi todas las demás.

En la Fase II (momento en el que habían transcurrido entre 2 años y 2,5 años del IM), los resultados mostraron correlaciones significativas entre todas las áreas de calidad de vida, excepto entre Proyectos de futuro y Sueño y descanso y por otro lado entre las áreas Comportamiento emocional y Comportamiento de alerta, que no se correlacionan entre sí.

En la Fase III, es decir, entre los 7 años y 7,5 años del infarto, los resultados reflejan que todas las áreas de la calidad de vida correlacionan

significativamente entre sí, excepto Sueño y descanso y Proyectos de futuro por un lado, y Salud y Tiempo de ocio y trabajo por otro.

Tabla 8. Correlaciones entre las áreas de calidad de vida en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Salud	Sueño y descanso	Comportamiento emocional	Proyectos de futuro	Movilidad	Relaciones sociales	Comportamiento de alerta	Comunicación	Tiempo de ocio y trabajo
Fase I									
Salud		0,72**	0,62**	0,47**	0,55**	0,57**	0,39**	0,58**	0,18
Sueño y descanso			0,57**	0,41**	0,56**	0,56**	0,47**	0,53**	0,27*
Comportamiento emocional				0,48**	0,51**	0,63**	0,34*	0,63**	0,31*
Proyectos de futuro					0,56**	0,57**	0,27*	0,45**	0,41**
Movilidad						0,63**	0,51**	0,70**	0,37**
Relaciones sociales							0,43**	0,63**	0,39**
Comportamiento de alerta								0,56**	0,23
Comunicación									0,32*
Tiempo de ocio y trabajo									
Fase II									
Salud		0,72**	0,55**	0,52**	0,67**	0,63**	0,42**	0,56**	0,58**
Sueño y descanso			0,46**	0,27	0,48**	0,43**	0,32**	0,41**	0,48**
Comportamiento emocional				0,42**	0,31*	0,50**	0,25	0,39**	0,44**
Proyectos de futuro					0,59**	0,57**	0,40**	0,51**	0,41**
Movilidad						0,76**	0,55**	0,57**	0,55**
Relaciones sociales							0,54**	0,62**	0,54**
Comportamiento de alerta								0,46**	0,55**
Comunicación									0,51**
Tiempo de ocio y trabajo									
Fase III									
Salud		0,57**	0,44**	0,48**	0,45**	0,51**	0,34**	0,33*	0,29
Sueño y descanso			0,39**	0,27	0,50**	0,43**	0,37*	0,35*	0,57**
Comportamiento emocional				0,48**	0,47**	0,62**	0,51**	0,56**	0,54**
Proyectos de futuro					0,35*	0,50**	0,40**	0,52**	0,33*
Movilidad						0,55**	0,36*	0,40**	0,57**
Relaciones sociales							0,48**	0,52**	0,51**
Comportamiento de alerta								0,70**	0,43**
Comunicación									0,46**
Tiempo de ocio y trabajo									

**Correlación significativa al nivel 0,01.* Correlación significativa al nivel 0,05.

4.2.5. Evolución de los ítems de CV en las tres fases del estudio

En la Tabla 9 aparecen recogidos los ítems que componen las áreas de calidad de vida analizadas y obtenidos en las tres fases del estudio.

En la Fase I, en cuanto al nivel de afectación de los ítems, de los cuarenta aspectos analizados, los que presentaron mayor alteración eran los siguientes: “He descendido mi actividad sexual” (3,24), “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros” (3,18) y “Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas” (3,07), pues en una valoración de 0 (valor que indica “nunca ocurre ó nada”) a 5 (“siempre ocurre o totalmente”) estos tres ítems superaban la media de 3 puntos en dicha escala, es decir, la alteración era valorada por el paciente como que ocurría entre “frecuentemente, y casi siempre”.

Por su parte, se sitúan en un nivel medio de afectación los siguientes indicadores, pues en una valoración de 0 a 5 su puntuación media supera los 2,50 puntos: “Ahora camino distancias más cortas” (2,85), “Evito subir escaleras” (2,82), “Tomo demasiados medicamentos” (2,78), “Me siento más cansado que antes” (2,72), “Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)” (2,53), y “He reducido mis salidas fuera de casa” (2,51) puntos.

En la Fase II se observó que algunos ítems que en la Fase I aparecían con una puntuación media por encima de 2,50 puntos, habían reducido su puntuación, es decir dicho aspecto había mejorado, pero que otros sin embargo aunque habían reducido su puntuación también, continuaban por encima de la media establecida de 2,50 puntos, como son: “Tomo demasiados medicamentos” (2,50), “Me siento más cansado que antes” (2,57), “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros” (2,57), “Evito subir escaleras” (2,85), “He descendido mi actividad sexual” (3,35). Cabe destacar el ítem “He descendido mi actividad sexual” por superar la puntuación media de 3 puntos en la escala de Likert con la que el cuestionario de calidad de vida mide dichos aspectos y por haber aumentado su puntuación respecto a la fase anterior.

En la Fase III, los indicadores que presentaron mayor alteración superando la puntuación intermedia de 2,5 puntos, es decir, la alteración era valorada por el paciente como que ocurría entre “frecuentemente, y casi siempre”, se presentan a continuación: “Evito subir escaleras” (2,53), “Reacciono de forma nerviosa o inquieta” (2,66), “Tomo demasiados medicamentos” (2,68), “Me siento más cansado que antes” (2,72), “Deseo no volver a trabajar” (2,72),

“Ahora camino distancias más cortas” (2,91), “He reducido mis salidas fuera de casa” (3,13), “He descendido mi actividad sexual” (3,30), “Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas” (3,34), y “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros” (4,06). En esta Fase III, los ítems que presentaban la puntuación más elevada eran: “He reducido mis salidas fuera de casa”, “He descendido mi actividad sexual”, “Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas”, “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros”.

Como se aprecia en la Tabla 9, a lo largo de las tres fases, algunos de los ítems empeoran en la Fase III respecto a la Fase II, pero presentan una mejoría respecto a la Fase I, por ejemplo: “Me siento más cansado que antes” y “Tomo demasiados medicamentos”. Otros ítems sin embargo, empeoran en la Fase III respecto a la Fase I: “He reducido mis salidas fuera de casa”, “Ahora camino distancias más cortas”, “He descendido mi actividad sexual”, “Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas”, “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros”. Por último, dos ítems superaron por primera vez en la Fase III, respecto a la Fase II y Fase I la puntuación media establecida de 2,50 puntos en la escala de Likert y son los siguientes: “Reacciono de forma nerviosa o inquieta” y “Deseo no volver a trabajar”.

Tabla 9. Puntuaciones medias de los ítems de CV en las fases I, II y III.

Ítems de Calidad de vida										
ÁREAS	ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I n=55			Fase II n=46			Fase III n=47		
		Mín-Máx	Media	s	Mín-Máx	Media	s	Mín-Máx	Media	s
SALUD	Tengo dolor en el pecho	0-4	1,31	1,45	0-4	1,33	1,39	0-5	1,19	1,46
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	0-5	1,36	1,53	0-5	1,37	1,35	0-5	1,83	1,99
	Me siento más cansado que antes	0-5	2,78	1,81	0-5	2,57	1,65	0-5	2,72	2,10
	Me cuesta levantarme por las mañanas	0-5	1,58	1,81	0-5	1,35	1,55	0-5	0,91	1,59
	Tomo demasiados medicamentos	0-5	2,78	1,82	0-6	2,50	1,73	0-5	2,68	1,86
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	0-5	1,75	1,84	0-5	1,76	1,88	0-5	2,13	2,11
	Echo de menos el fumar	0-5	1,33	1,94	0-5	0,96	1,75	0-5	1,40	2,08
	Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio hacer	0-5	2,02	1,83	0-5	2,24	1,58	0-5	2,32	2,22
SUEÑO	Me apetece descansar la mayor parte del día	0-5	2,42	1,73	0-5	2,11	1,41	0-5	1,94	2,10
	Cuando me siento doy más cabezadas que antes	0-5	2,27	1,94	0-5	2,24	1,90	0-5	1,96	2,00
	Duermo peor que antes	0-5	1,67	1,91	0-5	1,87	1,78	0-5	1,53	2,02
EMOCIO	Río o lloro de repente sin motivo	0-4	0,89	1,38	0-5	1,28	1,60	0-5	0,85	1,62
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	0-5	1,65	1,62	0-5	2,30	1,77	0-5	2,66	2,00
	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	0-5	1,38	1,55	0-5	1,96	1,71	0-5	2,04	2,12
FUTURO	Siento miedo a morirme	0-5	1,38	1,65	0-5	2,17	1,94	0-5	1,38	2,01
	Soy una carga para mi familia y me siento inútil	0-5	0,89	1,56	0-5	0,67	1,35	0-5	0,79	1,45
	Estoy desesperanzado con mi futuro	0-5	1,69	1,83	0-5	1,24	1,53	0-5	0,89	1,80
MOVILIDAD	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa	0-5	1,40	1,93	0-5	0,93	1,45	0-5	1,66	2,26
	Me siento intranquilo conduciendo	0-5	0,89	1,68	0-5	0,76	1,28	0-5	0,40	1,29
	He reducido mis salidas fuera de casa	0-5	2,51	1,98	0-5	2,22	1,72	0-5	3,13	2,18
	Ahora camino distancias más cortas	0-5	2,85	1,85	0-5	2,41	1,80	0-5	2,91	2,23
	Evito subir escaleras	0-5	2,82	1,92	0-5	2,85	1,87	0-5	2,53	2,19
RELACIONES-SOCIAL	Ahora tengo menos relaciones con otras personas	0-5	1,65	1,79	0-5	1,26	1,58	0-5	1,94	2,25
	He descendido mi actividad sexual	0-5	3,24	1,55	0-5	3,35	1,93	0-5	3,30	1,60
	Reacciono desagradablemente con mi familia	0-5	1,11	1,47	0-5	1,76	1,62	0-5	0,70	1,36
	Me aislo lo más que puedo de mi familia	0-5	0,44	0,98	0-4	0,76	1,25	0-4	0,21	0,77
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	0-5	1,22	1,71	0-5	1,37	1,74	0-5	0,98	1,62
	Me siento abandonado por todos	0-3	0,24	0,64	0-5	0,24	0,52	0-3	0,11	0,52
	Tengo graves problemas económicos	0-5	1,27	1,69	0-5	1,39	1,66	0-5	1,15	1,64
ALERTA	Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace	0-5	1,75	1,53	0-5	1,80	1,45	0-5	0,89	1,63
	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	0-5	1,44	1,69	0-5	1,26	1,48	0-5	0,91	1,61
	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	0-5	2,53	1,69	0-5	1,87	1,54	0-5	1,38	1,81
COMUNICACIÓN	Me encuentro menos afectivo que antes	0-5	1,07	1,48	0-5	1,39	1,49	0-5	0,47	1,13
	Tengo que esforzarme para mantener conversación	0-5	0,96	1,50	0-5	0,74	1,29	0-5	0,49	1,28
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	0-5	1,45	1,79	0-5	1,26	1,71	0-5	1,49	2,04
OCIO-TRABAJO	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	0-5	3,07	1,92	0-5	2,13	1,74	0-5	3,34	2,05
	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	0-5	2,18	1,80	0-5	1,85	1,60	0-5	2,47	2,31
	Trabajo menos horas que antes o trabajos más ligeros	0-5	3,18	1,98	0-5	2,57	2,00	0-5	4,06	1,64
	Deseo un trabajo distinto al que tengo	0-5	1,47	2,02	0-5	1,37	1,76	0-5	1,49	2,10
	Deseo no volver a trabajar	0-5	1,53	1,99	0-5	1,09	1,69	0-5	2,72	2,41

4.2.6. Factores que afectan a la CV

➤ Sexo

En la Fase I del estudio no se hallaron diferencias estadísticamente

significativas ($p=0,16$) en la calidad de vida en función del sexo (Tabla 10). No obstante, cabe señalar que los pacientes varones consiguieron puntuaciones medias de calidad de vida más elevadas (71,71) que las mujeres (51,50), lo que refleja que los pacientes varones percibían una peor calidad de vida después del infarto que las mujeres. Asimismo, los pacientes varones también presentaban después del infarto una mayor alteración de cada una de las áreas de calidad de vida estudiadas que las mujeres. Como se aprecia en la Tabla 10, los pacientes varones obtuvieron puntuaciones medias más elevadas que las mujeres en cada una de las áreas de calidad de vida analizadas, aunque estas diferencias se mostraron estadísticamente significativas sólo en dos de ellas: Relaciones sociales, 9,73 frente a 4,50 ($p=0,02$), y Tiempo de ocio y trabajo con una puntuación media de 11,97 en hombres frente a 7,00 en mujeres ($p=0,03$).

En la Fase II se observó que tanto en la puntuación media de calidad de vida como en cada una de las áreas de calidad de vida, no había diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, cabe añadir que en casi todas las áreas así como en la calidad de vida, los hombres presentaron puntuaciones medias más elevadas que las mujeres, lo que refleja un mayor empeoramiento de la calidad de vida entre los pacientes varones respecto a las mujeres. Otra observación importante es que los hombres mantenían sus puntuaciones medias prácticamente igual o ligeramente mejor a las obtenidas en la Fase I y, por el contrario, las mujeres presentaban, respecto a la Fase I, puntuaciones medias más elevadas.

En la Fase III no se hallaron diferencias significativas en la calidad de vida ni en las áreas de calidad de vida entre hombres y mujeres. Sin embargo todas las áreas presentaban peores puntuaciones en el caso de los hombres respecto a las mujeres, entre las cuales cabe destacar el área de Tiempo de ocio y trabajo con una puntuación media de 14,45 puntos frente a 11,00 puntos ($p=0,19$). Por otro lado, observamos que respecto a la Fase II los hombres mantenían sus puntuaciones prácticamente igual o algo más bajas, habiendo aumentado algo más en el área de Tiempo de ocio y trabajo y en la puntuación media de la calidad de vida, ello se hace extensible de igual manera a las puntuaciones de la Fase III respecto a las de la Fase I, habiendo

mejorado no obstante la calidad de vida en la última medición respecto a la Fase I. En el caso de las mujeres, en la Fase III la calidad de vida y la mayoría de las áreas de calidad de vida habían mejorado respecto a la Fase II, pero al contrario que en el caso de los hombres, al comparar las puntuaciones de la Fase III respecto a la Fase I se observa que más de la mitad de las áreas de calidad de vida, así como la calidad de vida, habían aumentado sus puntuaciones medias, destacando un empeoramiento de la puntuación en el caso del área de Relaciones sociales 7,20 en Fase III ($p=0,74$) frente a 4,50 en Fase I ($p=0,02$); y en el área de Tiempo de ocio y trabajo con 11,00 puntos en la Fase III ($p=0,19$) frente a 7,00 puntos en la Fase I ($p=0,03$).

Tabla 10. CV y áreas de CV según el sexo en las fases I, II y III.

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
	Mujeres n=6			Hombres n=49			Mujeres n=5			Hombres n=41			Mujeres n=5			Hombres n=42		
	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p
Salud	13,16	8,56		15,12	8,09	0,58	13,20	11,12		14,17	6,81	0,78	14,00	8,36		15,33	7,02	0,65
Sueño y descanso	4,83	4,07		6,65	4,68	0,36	5,40	5,77		6,31	3,60	0,61	3,60	4,50		5,64	4,13	0,28
Comportamiento emocional	3,33	3,98		4,00	3,74	0,68	5,00	5,65		5,60	4,09	0,76	3,40	3,57		5,81	4,77	0,28
Proyectos de futuro	2,83	2,13		4,10	3,82	0,43	4,20	2,77		4,07	3,92	0,94	2,20	3,03		3,17	3,90	0,71
Movilidad	9,16	5,38		10,61	6,64	0,60	9,60	4,72		9,12	5,65	0,85	10,40	8,53		10,67	6,64	0,84
Relaciones sociales	4,50	2,42		9,73	5,46	0,02	9,20	4,81		10,24	6,77	0,74	7,20	4,76		8,52	5,43	0,74
Comportamiento de alerta	3,33	4,84		6,00	3,70	0,11	3,80	3,70		5,07	3,71	0,47	1,60	2,60		3,38	4,72	0,45
Comunicación	3,33	4,08		3,51	3,92	0,91	1,00	1,73		3,68	3,51	0,10	2,00	1,87		2,50	3,26	1,00
Tiempo de ocio y trabajo	7,00	6,75		11,97	5,13	0,03	9,60	5,94		8,92	5,36	0,79	11,00	5,38		14,45	5,81	0,19
Calidad de vida	51,50	27,97		71,71	33,71	0,16	61,00	35,09		67,21	33,42	0,69	55,40	29,63		69,48	33,24	0,53

Por otro lado decidimos profundizar en los ítems de cada una de las nueve áreas de calidad de vida según el sexo en las tres fases (Tabla 11). En la Fase I, al analizar cada uno de los ítems de calidad de vida se observó que, a niveles generales, los pacientes varones obtenían puntuaciones medias superiores que las mujeres en cada uno de ellos, lo que indicó que los síntomas que los ítems reflejaban, aparecían con mayor frecuencia en el grupo masculino. Sin embargo, sólo se hallaron diferencias significativas en la frecuencia de actividad sexual ($p<0,001$), correspondiente al área Relaciones sociales. Así, los hombres presentaron puntuaciones medias más elevadas en el ítem He descendido mi actividad sexual con 3,51 puntos en hombres, frente a 1,00 punto en mujeres, lo que sugirió que tras sufrir un infarto, la

frecuencia de actividad sexual sufría una mayor alteración en los hombres que en las mujeres.

En la Fase II, al analizar las puntuaciones medias obtenidas en los ítems de cada una de las áreas de calidad de vida, no encontramos diferencias significativas en sus puntuaciones medias en función del sexo. A pesar de esta ausencia de diferencias significativas según el sexo, cabe comentar que, en líneas generales, los hombres presentan puntuaciones medias más elevadas que las mujeres, lo que refleja un mayor empeoramiento de la calidad de vida entre los pacientes varones. Asimismo, los ítems cuyas puntuaciones medias habían aumentado respecto a las obtenidas en la Fase I eran pertenecientes a las áreas de Relaciones sociales, a Proyectos de futuro y al área Comportamiento emocional. Por último, la puntuación media en la Fase II había mejorado en líneas generales respecto a la Fase I. En el caso de las mujeres, aunque presentaban puntuaciones medias más bajas que los hombres, se observó un incremento en la puntuación media en la Fase II respecto a la Fase I. Los ítems que habían aumentado su puntuación eran pertenecientes a prácticamente la totalidad de las áreas del cuestionario de calidad de vida, aunque añadimos a modo de ejemplo, que el área Emocional tenía afectados sus tres ítems, y observamos también que las puntuaciones que más habían aumentado respecto a la Fase I, eran los ítems de dicha área Emocional y en el caso de otros ítems pertenecientes al área de Proyectos de futuro, Relaciones sociales y Tiempo de ocio y trabajo.

En la Fase III no se encontraron diferencias significativas al analizar la relación entre el sexo y ciertos aspectos concretos de la calidad de vida, aunque algunos ítems se acercaban a una puntuación estadísticamente significativa: los hombres se dedicaban algo más a pasatiempos pasivos que a actividades físicas con 3,52 frente a 1,80 puntos en mujeres ($p=0,09$), y tenían graves problemas económicos 1,29 frente a 0,00 ($p=0,08$) respectivamente. Las mujeres se sentían más inseguras de cuánto ejercicio deberían hacer con 3,80 frente a 2,14 puntos en hombres ($p=0,09$), y se sentían abandonados por todos con 0,40 frente a 0,07 ($p=0,07$) respectivamente. Por último, encontramos en esta Fase, del mismo modo que en las Fases I y II, que los hombres presentaban puntuaciones medias de los

ítems de calidad de vida más elevadas que las mujeres, aunque dichas puntuaciones medias se iban reduciendo desde la Fase I hasta la Fase III hasta presentar un leve descenso en la puntuación media de los ítems respecto a las Fases I y II, siendo tan solo trece los ítems que empeoraron, y pertenecían al área de Salud, Comportamiento emocional, Movilidad, Relaciones sociales y Tiempo de ocio y trabajo. Por el contrario, en el caso de las mujeres, la mayoría de los ítems de calidad de vida presentaban puntuaciones más elevadas, siendo por tanto casi todas las áreas las que se mantenían afectadas.

Tabla 11. Ítems de CV en función del sexo en las fases I, II y III

ÁREAS	ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I					Fase II					Fase III				
		Mujeres n=6		Hombres n=49		p	Mujeres n=5		Hombres n=41		p	Mujeres n=5		Hombres n=42		p
		Media	s	Media	s		Media	s	Media	s		Media	s	Media	s	
SALUD	Tengo dolor en el pecho	1,33	1,51	1,31	0,46	0,96	1,20	1,30	1,34	1,42	0,83	1,80	2,49	1,12	1,32	0,67
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	0,83	1,60	1,43	1,53	0,37	1,20	1,30	1,39	1,37	0,77	2,00	2,73	1,81	1,92	0,85
	Me siento más cansado que antes	2,67	1,03	2,80	1,89	0,87	2,40	2,51	2,59	1,56	0,81	2,40	2,30	2,76	2,10	0,65
	Me cuesta levantar por las mañanas	1,67	1,86	1,57	1,83	0,90	2,00	2,12	1,27	1,48	0,32	0,20	0,44	1,00	1,66	0,41
	Tomo demasiados medicamentos	3,33	1,63	2,71	1,85	0,43	2,80	1,92	2,46	1,73	0,68	2,20	1,92	2,74	1,87	0,52
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	1,00	1,26	1,84	1,89	0,29	1,20	2,16	1,83	1,87	0,48	1,60	2,19	2,19	2,12	0,48
	Echo de menos el fumar	0,33	0,82	1,45	2,01	0,18	0,00	0	1,07	1,82	0,19	0	0	1,57	2,14	0,10
	Me siento inseguro acerca de ejercicio hacer	2,00	2,28	2,02	1,80	0,98	2,40	2,30	2,22	1,50	0,81	3,80	2,16	2,14	2,19	0,09
SUEÑO	Me apetece descansar la mayor parte del día	2,33	2,25	2,43	1,68	0,90	2,00	2,34	2,12	1,30	0,85	1,80	2,04	1,95	2,12	0,91
	Cuando me siento doy más cabezadas que antes	1,67	1,63	2,35	1,97	0,42	2,00	2,00	2,27	1,91	0,76	0,80	1,78	2,10	1,99	0,15
	Duermo peor que antes	0,83	0,75	1,78	1,98	0,25	1,40	2,07	1,93	1,76	0,53	1,00	2,23	1,60	2,01	0,48
EMOCIO	Río o lloro de repente sin motivo	1,17	1,83	0,86	1,34	0,61	2,00	2,34	1,20	1,50	0,29	0	0	0,95	1,69	0,17
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	1,50	1,38	1,67	1,66	0,80	2,00	2,34	2,34	1,72	0,68	2,00	1,87	2,74	2,02	0,32
	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	0,67	1,21	1,47	1,57	0,23	1,00	1,73	2,07	1,69	0,18	1,40	1,94	2,12	2,15	0,38
FUTURO	Siento miedo a morir	1,67	1,51	1,35	1,68	0,65	3,20	2,04	2,05	1,92	0,21	1,00	2,23	1,43	2,01	0,57
	Soy una carga para mi familia y me siento inútil	0,67	1,63	0,92	1,57	0,73	0,20	0,44	0,73	1,41	0,41	0,20	0,44	0,86	1,52	0,52
	Estoy desesperanzado con mi futuro	0,50	1,22	1,84	1,85	0,02	0,80	1,30	1,29	1,56	0,50	1,00	2,23	0,88	1,78	0,92
MOVILIDAD	He dejado de ocuparme de cualquier tema de casa	0,83	1,33	1,47	1,99	0,41	1,20	1,78	0,90	1,42	0,67	1,00	2,23	1,74	2,28	0,50
	Me siento intranquilo conduciendo	0	0	1,00	1,75	0,17	0	0	0,85	1,33	0,16	0	0	0,45	1,36	0,42
	He reducido mis salidas fuera de casa	2,00	2,10	2,57	1,98	0,51	1,20	1,64	2,34	1,71	0,16	2,80	2,58	3,17	2,16	0,69
	Ahora camino distancias más cortas	3,17	1,33	2,82	1,91	0,66	3,60	1,67	2,27	1,78	0,12	3,00	2,73	2,90	2,20	0,75
	Evito subir escaleras	3,17	1,94	2,78	1,93	0,64	3,60	2,19	2,76	1,84	0,34	3,60	2,19	2,40	2,18	0,24
RELACIONES SOCIAL	Ahora me relaciono menos con otras personas	1,33	1,75	1,69	1,81	0,64	0,20	0,44	1,39	1,62	0,11	1,80	2,49	1,95	2,26	0,84
	Ha descendido mi actividad sexual por problema	1,00	1,55	3,51	1,32	0,000	3,40	2,30	3,34	1,91	0,95	3,40	2,07	3,29	1,56	0,64
	Reacciono desagradablemente con mi familia	0,33	0,82	1,20	1,51	0,17	1,00	1,41	1,85	1,63	0,27	0	0	0,79	1,42	0,20
	Me aislo lo más que puedo de mi familia	0	0	0,49	1,02	0,25	0	0	0,85	1,29	0,15	0,80	1,78	0,14	0,56	0,28
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	1,17	1,83	1,22	1,71	0,93	3,20	1,78	1,15	1,62	0,05	0,80	1,78	1,00	1,62	0,71
	Me siento abandonado por todos	0,33	0,82	0,22	0,62	0,69	0,00	0	0,27	0,54	0,28	0,40	0,89	0,07	0,46	0,07
	Tengo graves problemas económicos	0,33	0,82	1,39	1,74	0,15	1,40	1,94	1,39	1,65	0,99	0	0	1,29	1,68	0,08
	Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace	1,00	1,67	1,84	1,50	0,20	2,00	1,87	1,78	1,42	0,75	0	0	1,00	1,69	0,15
ALERTA	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	0,33	1,60	1,51	1,70	0,35	0,40	0,89	1,37	1,51	0,17	0,80	1,09	0,93	1,67	0,79
	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	1,50	1,76	2,65	1,65	0,11	1,40	1,94	1,93	1,50	0,47	0,80	1,78	1,45	1,82	0,37
	Me encuentro menos afectivo que antes	1,33	1,75	1,04	1,46	0,65	0,80	1,78	1,46	1,46	0,35	0	0	0,52	1,19	0,25
COMUNI	Tengo que esforzarme para mantener conversación	0,83	1,60	0,98	1,51	0,82	0	0	0,83	1,34	0,17	0	0	0,55	1,34	0,29
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	1,17	1,60	1,49	1,83	0,68	0,20	0,44	1,39	1,77	0,14	2,00	1,87	1,43	2,07	0,55
	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	2,00	2,28	3,20	1,86	0,14	3,00	2,00	2,02	1,71	0,24	1,80	2,16	3,52	1,99	0,09
OCIO-TRABAJO	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	2,00	1,90	2,20	1,80	0,79	2,20	1,92	1,80	1,58	0,60	2,00	2,12	2,52	2,35	0,63
	Trabajo menos horas que antes o trabajos más ligeros	2,00	2,10	3,33	1,94	0,12	2,40	2,51	2,59	1,97	0,84	3,20	2,04	4,17	1,59	0,15
	Deseo un trabajo distinto al que tengo	0,33	0,82	1,61	2,08	0,14	0	0	1,54	1,80	0,06	2,00	2,73	1,43	2,05	0,61
	Deseo no volver a trabajar	0,67	1,63	1,63	2,02	0,26	2,00	2,73	0,98	1,54	0,20	2,00	2,73	2,81	2,39	0,49

➤ **Edad**

En la Fase I, al analizar la relación entre la calidad de vida postinfarto y la edad de los participantes en el estudio, no se hallaron diferencias significativas. Sin embargo, los resultados obtenidos revelaron una asociación significativa entre la edad y determinadas áreas de calidad de vida. Como puede observarse en la Tabla 12 en los pacientes menores de 65 años existe

una mayor alteración con diferencias significativas en las áreas Comportamiento emocional con una puntuación media de 5,10 en menores de 65 años, frente a una puntuación media de 2,61 en mayores de 65 años ($p=0,01$), y Relaciones sociales con una puntuación media de 11,03 en menores de 65 años, frente a una puntuación media de 7,07 en mayores de 65 años ($p=0,006$).

En la Fase II, la edad no se relacionó de manera significativa con la puntuación media de la calidad de vida global de los pacientes participantes, así como tampoco con cada una de las áreas de calidad de vida estudiadas, aunque la tendencia en esta Fase II seguía siendo similar que en la Fase I, es decir, peores puntuaciones en menores de 65 años que en mayores de 65 años, y mejor puntuación media de la calidad de vida en la Fase II que en la Fase I (Tabla 12).

En la Fase III del estudio no hubo hallazgos de interés al agrupar en menores/mayores de 65 años para la calidad de vida aunque la puntuación era mayor, es decir peor calidad de vida, en el caso de los mayores de 65 años. Sí se hallaron sin embargo, diferencias significativas al analizar las áreas de calidad de vida. Así, los menores de 65 años tenían un promedio de calidad de vida relacionada con la Movilidad mejor: 7,38, frente a 12,32 los mayores de 65 años ($p=0,014$). En cuanto al área de Relaciones sociales, también los menores de 65 años presentaron una menor afectación, con una puntuación media de 6,75, frente a 9,23 ($p=0,05$; Tabla 12).

Desde la Fase I hasta la Fase III, observamos una discreta mejoría en la puntuación global de la calidad de vida y prácticamente, en todas las áreas de la escala de calidad de vida para el caso de los pacientes menores de 65 años, aunque como novedad, destacamos en la Fase III, el empeoramiento de los pacientes mayores de 65 años, ya que puntuaban peor que en las dos fases anteriores y peor que los menores de 65 años. Y aunque la calidad de vida global había mejorado respecto a la Fase I y Fase II, se obtuvo una puntuación peor en mayores que en menores de 65 años. Otro aspecto a resaltar es el aumento en la puntuación media en la Fase III respecto a la Fase I y Fase II del área de Tiempo de ocio y trabajo, con una puntuación media de 14,32 en Fase III ($p=0,65$); 10,61 en la Fase I ($p=0,30$); y 7,88 en la

Fase II ($p=0,11$); por ser la única dimensión que empeoró en los tres tiempos.

Tabla 12. CV y áreas de CV según la edad en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
	< 65 años n=29			> 65 años n=26			< 65 años n=20			> 65 años n=26			<65 años n=16			>65 años n=31		
	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p
Salud	16,89	7,56		12,69	8,21	0,05	15,75	7,91		12,76	6,53	0,17	15,50	6,68		15,03	7,39	0,84
Sueño y descanso	7,44	4,82		5,34	4,20	0,09	7,25	3,73		5,42	3,76	0,11	5,37	4,64		5,45	3,99	0,80
Emocional	5,10	3,94		2,61	3,04	0,01	6,35	4,69		4,92	3,79	0,26	4,69	4,88		6,00	4,61	0,32
Perspectivas de futuro	4,55	4,33		3,30	2,73	0,22	5,15	4,64		3,26	2,80	0,10	3,50	3,52		2,84	3,98	0,35
Movilidad	10,72	7,23		10,15	5,20	0,74	10,00	6,38		8,53	4,77	0,38	7,38	5,86		12,32	6,64	0,01
Relaciones sociales	11,03	5,89		7,07	4,09	0,006	11,70	7,48		8,92	5,59	0,16	6,75	6,64		9,23	4,41	0,05
Comportamiento de alerta	5,34	3,51		6,11	4,28	0,47	4,75	3,68		5,07	3,76	0,77	3,56	5,20		3,00	4,29	0,77
Comunicación	3,58	3,78		3,38	4,10	0,85	4,45	3,92		2,57	2,87	0,07	2,31	2,62		2,52	3,40	0,98
Tiempo de ocio y trabajo	12,17	5,60		10,61	5,34	0,30	10,45	5,07		7,88	5,41	0,11	13,63	6,32		14,32	5,63	0,65
Calidad de vida	76,86	36,87		61,30	27,76	0,09	75,85	39,47		59,38	26,17	0,09	62,69	36,29		70,71	31,23	0,18

Al analizar de manera más detenida la edad con cada uno de los indicadores que integran las distintas áreas de calidad de vida (Tabla 13), se observó que los pacientes menores de 65 años en la Fase I, presentaron puntuaciones medias más elevadas en la mayoría de los aspectos de salud estudiados que los pacientes mayores de 65 años, lo que nos indicó que las alteraciones eran más frecuentes en los pacientes más jóvenes. Esta mayor alteración o afectación fue estadísticamente significativa en los siguientes aspectos: “Duermo peor que antes” con una puntuación media de 2,28 en menores de 65 años frente a 1 en mayores de 65 años ($p=0,01$), “Reacciono de forma nerviosa o inquieta” con una puntuación media de 2,07 frente a 1,19 ($p=0,04$), “Reacciono de forma irritable conmigo mismo” con una puntuación media de 1,86 frente a 0,85 ($p=0,01$), “Me siento intranquilo conduciendo” con una puntuación media de 1,45 frente a 0,24 ($p=0,007$), “Reacciono desagradablemente con mi familia” con una puntuación media de 1,55 frente a 0,62 puntos ($p=0,01$), “Me aílo lo más que puedo de mi familia” con 0,72 puntos en menores de 65 años frente a 0,12 en mayores de 65 años ($p=0,02$), “Tengo graves problemas económicos” con una puntuación media de 1,79 frente a 0,69 ($p=0,01$), y “Deseo un trabajo distinto al que tengo” con 2,14 puntos en menores de 65 años frente a 0,73 puntos en mayores de 65 años ($p=0,009$).

En la Fase II, al examinar la relación entre la edad y los diversos ítems de

calidad de vida que componen cada una de las áreas, se halló mayor cantidad de ítems de calidad de vida afectados en los pacientes menores de 65 años que en los mayores de 65 años, es decir, los pacientes menores de 65 años presentaron puntuaciones más altas en determinados ítems. En concreto, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes indicadores: “Tengo fatiga o noto que respiro mal” con 1,80 puntos en menores de 65 años frente a 1,04 en mayores de 65 años ($p=0,06$), “Duermo peor que antes” con una puntuación media de 2,65 frente a 1,27 ($p=0,008$), “Reacciono de forma irritable conmigo mismo” con una puntuación media de 2,70 frente a 1,38 ($p=0,008$), “Soy una carga para mi familia y me siento inútil” con una puntuación media de 1,25 frente a 0,23 ($p=0,01$), “Me siento intranquilo conduciendo” con una puntuación media de 1,25 frente a 0,38 ($p=0,02$), “Tengo que esforzarme para mantener una conversación” con una puntuación media de 1,15 frente a 0,42 ($p=0,05$), “Deseo un trabajo distinto al que tengo” con una puntuación media de 2,50 frente a 0,50 ($p<0,001$).

Al efectuar el análisis de los aspectos concretos o ítems de calidad de vida en la Fase III, encontramos que la mayoría de los ítems puntuaban peor en los mayores de 65 años, al contrario de como venía ocurriendo en fases anteriores. Las puntuaciones eran estadísticamente significativas en los casos siguientes: “Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer” con un promedio de 3,25 los pacientes menores de 65 años frente a 1,84 los mayores de 65 años ($p=0,036$), “He descendido mi actividad sexual” con 3,90 los mayores de 65 años frente a 2,13 puntos los menores de 65 años ($p=0,005$), y “He reducido mis salidas fuera de casa” con una puntuación media de 3,68 frente a 2,06 ($p=0,05$).

En la Fase III se observó que las puntuaciones eran más elevadas para los mayores de 65 años, y que el patrón cambió respecto a mediciones anteriores ya que en la Fase II y la Fase I eran los que tenían menos de 65 años quienes presentaban peores puntuaciones. Por otro lado, en la Fase II respecto a la Fase I, se mantenían alterados con sus puntuaciones estadísticamente significativas, los ítems: “Duermo peor que antes” -en la Fase I- con 2,28 en menores de 65 años y 1 punto en mayores de 65 años

($p=0,01$), y en la Fase II, 2,65 frente a 1,27 ($p=0,008$); “Reacciono de forma irritable conmigo mismo” en la Fase I con una puntuación media de 1,86 frente 0,85 ($p=0,01$), y en la Fase II los menores de 65 años con 2,70 y los mayores de 65 años con 1,38 ($p=0,008$); “Me siento intranquilo conduciendo” en la Fase I con una puntuación media de 1,45 frente a 0,24 ($p=0,007$), y en la Fase II los menores de 65 años 1,25 y los mayores de 65 años 0,38 puntos ($p=0,02$); “Deseo un trabajo distinto al que tengo” en la Fase I con 2,14 en menores de 65 años y 0,73 puntos en mayores de 65 años ($p=0,009$), y 2,50 en menores de 65 años y 0,50 puntos en mayores de 65 años ($p<0,001$) en la Fase II.

Podemos añadir que, en líneas generales, los menores de 65 años presentan peores puntuaciones que los mayores de 65 años en las Fases I y II. Y en la Fase III los mayores de 65 años puntúan más alto que los menores de 65 años. Para los pacientes mayores de 65 años, se observa que las puntuaciones son más altas en la Fase III, comparando con la Fase I y la Fase II, por tanto podríamos decir, que en los mayores de 65 años hay un empeoramiento en la puntuación de los ítems de calidad de vida en la Fase III respecto a las Fases I y II.

Tabla 13. Ítems de CV en función de la edad en las fases I, II y III

ÁREAS	ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
		<65 años n=29			>65 años n=26			<65 años n=20			>65 años n=26			< 65 años n=16			>65 años n=31		
		Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p
SALUD	Tengo dolor en el pecho	1.59	1.55	1.00	1.30	0.13	1.75	1.51	1.00	1.23	0.07	1.44	1.37	1.06	1.53	0.25			
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	1.66	1.59	1.04	1.43	0.13	1.80	1.50	1.04	1.15	0.06	1.63	1.89	1.94	2.07	0.65			
	Me siento más cansado que antes	2.97	1.76	2.58	1.88	0.43	2.90	1.55	2.31	1.72	0.23	2.19	2.32	3.00	1.97	0.36			
	Me cuesta levantar por mañanas	1.83	1.79	1.31	1.83	0.29	1.60	1.42	1.15	1.64	0.34	0.81	1.47	0.97	1.68	0.86			
	Tomo demasiados medicamentos	2.93	1.77	2.62	1.90	0.52	2.40	1.39	2.58	1.98	0.73	2.63	2.06	2.71	1.79	0.93			
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	2.03	1.94	1.42	1.70	0.22	2.05	1.98	1.54	1.82	0.36	2.19	2.14	2.10	2.14	0.70			
	Echo de menos el fumar	1.55	1.97	1.08	1.92	0.37	0.80	1.39	1.08	2.00	0.60	1.38	2.16	1.42	2.08	0.87			
	Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio hacer	2.34	1.74	1.65	1.90	0.16	2.45	1.53	2.08	1.62	0.43	3.25	2.11	1.84	2.16	0.03			
SUEÑO	Me apetece descansar la mayor parte del día	2.48	1.57	2.35	1.92	0.77	2.15	1.22	2.08	1.57	0.86	1.88	2.19	1.97	2.09	0.86			
	Cuando me siento doy más cabezadas q antes	2.52	1.99	2.00	1.88	0.32	2.45	1.84	2.08	1.96	0.51	2.31	1.96	1.77	2.03	0.33			
	Duermo peor que antes	2.28	2.07	1.00	1.47	0.01	2.65	1.59	1.27	1.71	0.008	1.19	1.76	1.71	2.15	0.49			
EMOCIO	Río o lloro de repente sin motivo	1.17	1.51	0.58	1.17	0.11	1.00	1.58	1.50	1.61	0.29	0.75	1.44	0.90	1.74	0.74			
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	2.07	1.65	1.19	1.50	0.04	2.65	1.92	2.04	1.64	0.25	2.31	2.06	2.84	1.99	0.36			
	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	1.86	1.55	0.85	1.38	0.01	2.70	1.75	1.38	1.47	0.008	1.62	2.00	2.26	2.19	0.35			
FUTURO	Siento miedo a morirme	1.41	1.82	1.35	1.47	0.88	2.20	1.93	2.15	1.99	0.94	2.00	2.37	1.06	1.77	0.23			
	Soy una carga para mi familia y me siento inútil	1.10	1.70	0.65	1.38	0.29	1.25	1.83	0.23	0.51	0.01	0.88	1.41	0.74	1.51	0.69			
	Estoy desesperanzado con mi futuro	2.03	1.99	1.31	1.59	0.14	1.70	1.72	0.88	1.31	0.74	0.63	1.71	1.03	1.87	0.26			
MOVILIDAD	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa	1.48	2.03	1.31	1.85	0.74	0.95	1.50	0.92	1.44	0.95	0.88	1.59	2.06	2.48	0.07			
	Me siento intranquilo conduciendo	1.45	1.94	0.24	1.01	0.007	1.25	1.41	0.38	1.06	0.02	0.37	1.26	0.42	1.34	0.80			
	He reducido mis salidas fuera de casa	2.34	2.02	2.69	1.95	0.52	2.50	1.93	2.00	1.55	0.33	2.06	2.41	3.68	1.87	0.05			
	Ahora camino distancias más cortas	2.62	1.86	3.12	1.84	0.32	2.40	1.75	2.42	1.88	0.96	2.19	2.29	3.29	2.15	0.14			
	Evito subir escaleras	2.83	1.79	2.81	2.08	0.97	2.90	1.65	2.81	2.06	0.87	1.88	2.03	2.87	2.23	0.14			
RELACIONES-SOCIAL	Ahora me relaciono menos con otras personas	1.79	1.68	1.50	1.92	0.54	1.45	1.39	1.12	1.73	0.48	1.38	2.22	2.23	2.26	0.29			
	Ha descendido mi actividad sexual por problema	3.55	1.24	2.88	1.80	0.11	3.35	1.72	3.35	2.12	0.99	2.13	2.03	3.90	0.87	0.005			
	Reacciono desagradablemente con mi familia	1.55	1.55	0.62	1.24	0.01	2.10	1.68	1.50	1.56	0.21	0.94	1.34	0.58	1.39	0.18			
	Me aislo lo más que puedo de mi familia	0.72	1.22	0.12	0.43	0.02	0.85	1.18	0.69	1.32	0.67	0.25	0.78	0.19	0.79	0.51			
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	1.31	1.75	1.12	1.68	0.67	1.85	1.72	1.00	1.70	0.10	0.63	1.36	1.16	1.73	0.23			
	Me siento abandonado por todos	0.31	0.71	0.15	0.54	0.36	0.25	0.44	0.23	0.59	0.90	0	0	0.16	0.63	0.30			
ALERTA	Tengo graves problemas económicos	1.79	1.95	0.69	1.12	0.01	1.85	1.92	1.04	1.37	0.10	1.44	1.75	1.00	1.59	0.38			
	Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace	1.79	1.54	1.69	1.54	0.81	1.85	1.26	1.77	1.61	0.85	0.94	1.61	0.87	1.67	0.76			
	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	1.21	1.47	1.69	1.89	0.29	1.10	1.48	1.38	1.50	0.52	1.06	1.81	0.84	1.53	0.78			
COMUNICACIÓN	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	2.34	1.47	2.73	1.91	0.40	1.80	1.50	1.92	1.60	0.79	1.56	2.00	1.29	1.74	0.71			
	Me encuentro menos afectivo que antes	1.14	1.57	1.00	1.39	0.73	1.85	1.56	1.04	1.37	0.06	0.44	0.89	0.48	1.26	0.57			
	Tengo que esforzarme para mantener una conversación	0.93	1.33	1.00	1.70	0.86	1.15	1.56	0.42	0.95	0.05	0.69	1.35	0.39	1.26	0.32			
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	1.52	1.70	1.38	1.92	0.78	1.45	1.93	1.12	1.56	0.51	1.19	1.80	1.65	2.17	0.61			
	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	3.14	1.88	3.00	2.00	0.79	2.00	1.52	2.23	1.93	0.66	3.06	2.18	3.48	2.01	0.48			
OCIO-TRABAJO	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	2.03	1.88	2.35	1.72	0.52	2.00	1.68	1.73	1.56	0.57	2.19	2.46	2.61	2.26	0.68			
	Trabajo menos horas que antes o trabajos más ligeros	3.10	1.99	3.27	2.01	0.76	2.75	1.94	2.42	2.08	0.59	3.50	2.07	4.35	1.33	0.19			
	Deseo un trabajo distinto al tengo	2.14	2.28	0.73	1.37	0.009	2.50	1.90	0.50	1.03	0.000	2.31	2.41	1.06	1.83	0.08			
	Deseo no volver a trabajar	1.76	2.17	1.27	1.78	0.36	1.20	1.54	1.00	1.83	0.69	2.56	2.45	2.81	2.42	0.67			

➤ Situación de actividad laboral

Al analizar la relación entre la situación de la actividad laboral (activo o retirado del trabajo) y las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes, los resultados mostraron que en la Fase I los pacientes que continuaban incorporados al trabajo tras haber sufrido un infarto de miocardio presentaban peor puntuación media que los que se habían retirado del trabajo en el área

de Salud con 18,10 puntos en pacientes activos, frente a 13,33 en los retirados ($p=0,03$), y en el área de Sueño y descanso con 8,42 frente a 5,36 puntos ($p=0,02$). La calidad de vida asimismo, puntuó peor en pacientes activos laboralmente que en retirados: 78,89 puntos los pacientes activos frente a 65,90 los que estaban retirados laboralmente ($p=0,18$; Tabla 14).

En la Fase II, al analizar la relación entre la puntuación total de calidad de vida de los pacientes postinfarto y su actividad laboral después de 2 años-2,5 años del infarto de miocardio, no se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones medias obtenidas. Sin embargo, cabe destacar, por un lado, que los pacientes que continuaban activos presentaban una puntuación media de calidad de vida global menor que los pacientes que estaban retirados, es decir, los pacientes activos presentaban una mejor calidad de vida que los pacientes jubilados. Estos resultados son contrarios a los obtenidos en la Fase I; los pacientes retirados de la vida laboral en la Fase II presentan una peor calidad de vida global que los pacientes jubilados de la Fase I. Respecto a la relación entre la actividad laboral y las dimensiones de la calidad de vida, los resultados tampoco revelaron una asociación significativa entre la actividad laboral de los participantes en el estudio y las nueve dimensiones de calidad de vida analizadas (Tabla 14).

En la Fase III se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes activos y los pacientes retirados de la vida laboral respecto a su calidad de vida global (Tabla 14). Los pacientes que se encontraban retirados del trabajo presentaban una peor puntuación media en calidad de vida que los que permanecían en activo con 73,37 frente a 45,22 ($p=0,01$) además, su calidad de vida había empeorado respecto a las fases anteriores ya que en la Fase III la puntuación media alcanzada en calidad de vida (73,37) era más elevada que la obtenida en la Fase I (65,90) y Fase II (69,94). Asimismo, los pacientes retirados de la vida laboral presentaban mayor afectación que los pacientes que seguían incorporados al trabajo al presentar puntuaciones medias más elevadas, en las siguientes dimensiones de la calidad de vida: Sueño y descanso con 6,13 frente a 2,44 ($p=0,01$), Comportamiento emocional con 6,39 frente a 2,00 ($p=0,009$); Movilidad con 11,50 frente a 7 ($p=0,06$); Relaciones sociales con 9,21 puntos frente a 4,89 ($p=0,04$);

Comportamiento de alerta con 3,68 puntos frente a 1,11 ($p=0,08$) y Tiempo de ocio y trabajo con 15,21 puntos frente a 9,33 ($p=0,005$).

Por último, quienes permanecían activos laboralmente en la Fase III manifestaban una mejor calidad de vida que en las fases anteriores, dado que su puntuación media en calidad de vida (45,22) era menor a la obtenida en la Fase II (50,36) y en la Fase I (78,89). Como se puede observar, dicha puntuación ha ido reduciéndose a lo largo de las tres fases.

Tabla 14. Calidad de vida y áreas según la situación laboral en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
	Activos n=19			Retirados n=33			Activos n=8			Retirados n=38			Activos n=9			Retirados n=38		
	Media	s		Media	s	p	Media	S		Media	s	p	Media	s		Media	s	p
Salud	18,10	7,31		13,33	8,06	0,03	11,50	8,17		14,60	7,02	0,17	15,33	6,53		15,16	7,29	0,84
Sueño y descanso	8,42	4,22		5,36	4,63	0,02	5,62	4,59		6,34	3,70	0,57	2,44	2,87		6,13	4,14	0,01
Comportamiento emocional	4,42	3,79		3,45	3,77	0,37	4,62	5,06		5,73	4,07	0,43	2,00	3,16		6,39	4,63	0,009
Perspectivas de futuro	4,84	4,00		3,72	3,52	0,30	2,37	2,55		4,44	3,93	0,15	2,00	2,59		3,32	4,02	0,49
Movilidad	12,10	5,83		10,12	6,46	0,27	6,50	3,02		9,73	5,77	0,18	7,00	5,67		11,50	6,76	0,06
Relaciones sociales	9,89	5,74		8,96	5,48	0,56	6,75	4,36		10,84	6,76	0,09	4,89	4,31		9,21	5,26	0,04
Comportamiento de alerta	5,89	3,99		5,54	3,96	0,76	3,25	4,06		5,28	3,56	0,14	1,11	2,26		3,68	4,86	0,08
Comunicación	4,26	4,31		3,36	3,70	0,43	1,50	1,85		3,78	3,60	0,09	1,11	1,69		2,76	3,32	0,13
Tiempo de ocio y trabajo	10,94	4,85		12,03	5,86	0,49	8,25	5,59		9,15	5,38	0,59	9,33	1,93		15,21	5,87	0,005
Calidad de vida	78,89	33,65		65,90	33,93	0,18	50,36	27,68		69,94	33,64	0,07	45,22	21,07		73,37	33,03	0,01

Respecto a la relación entre la situación laboral y los cuarenta indicadores que configuran las 9 áreas de calidad de vida analizadas, se observó, según los datos expuestos en la Tabla 15, que en la Fase I los pacientes activos laboralmente puntuaban significativamente más alto que los jubilados en ciertos aspectos de salud, reflejando así una mayor afectación a su calidad de vida. En concreto, la calidad de vida de las personas que continuaban trabajando tras el infarto, se había visto más alterada respecto a las que se encontraban retiradas de la vida laboral en aspectos tales como: “Me cuesta levantarme por las mañanas” con 2,32 puntos en activos frente a 1,15 en retirados ($p=0,02$), “Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer” con una puntuación media de 3,00 frente a 1,58 ($p=0,006$), “Me apetece descansar la mayor parte del día” con una puntuación media de 3,16 frente a 2,06 ($p=0,02$), “Cuando me siento doy más cabezadas que antes” con 2,11 puntos en activos frente a 1,85 en retirados ($p=0,02$), “Deseo un trabajo

distinto al que tengo" con una puntuación media de 2,53 frente a 1 ($p=0,008$). Sin embargo, los pacientes activos laboralmente presentaron mejor puntuación que los retirados en los ítems: "Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas" con una media de 2,32 frente a 3,48 ($p=0,03$), y "Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros" con una puntuación de 2,37 en activos frente a 3,64 en retirados del trabajo ($p=0,02$).

Al analizar la relación entre la actividad laboral y cada uno de los ítems de las áreas de calidad de vida estudiadas en la Fase II, se obtuvieron puntuaciones medias significativamente inferiores para los pacientes activos laboralmente frente a los pacientes que estaban retirados del trabajo en los siguientes ítems: "He reducido mis salidas fuera de casa" 1,13 puntos en activos frente a 2,45 en retirados ($p=0,05$), "Ahora tengo menos relaciones con otras personas" 0,25 en activos frente a 1,47 en retirados ($p=0,03$) y "Me aíso lo más que puedo de mi familia" con una puntuación de 0 en activos frente a 0,92 en retirados ($p=0,02$), lo cual revela que las relaciones sociales en los pacientes postinfarto retirados del trabajo empeoran y sufren una mayor alteración que en los pacientes activos laboralmente. Asimismo, los pacientes activos laboralmente también puntuaron mejor en el ítem "Me apetece descansar la mayor parte del día" con 1,25 puntos en activos frente a 2,29 en retirados ($p=0,05$).

En la Fase III los resultados mostraron que todos los ítems de calidad de vida que presentaban diferencias significativas con peor puntuación, se daban en pacientes que estaban retirados del trabajo como se observa en la Tabla 15. "Río o lloro de repente sin motivo" con 1,05 puntos en retirados frente a 0,00 puntos en incorporados al trabajo ($p=0,05$), "Reacciono de forma nerviosa o inquieta" con una puntuación media de 3,03 frente a 1,11 ($p=0,009$), "Ahora tengo menos relaciones con otras personas" con una puntuación media de 2,29 frente a 0,44 ($p=0,02$), "He descendido mi actividad sexual" con una puntuación media de 3,58 frente a 2,11 ($p=0,05$), "Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace" con 1,11 puntos en retirados frente a 0,00 en incorporados al trabajo ($p=0,04$), "Me dedico más pasatiempos que a actividades físicas" con 3,74 frente a 1,67 ($p=0,02$), "Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros" con 4,32 puntos en retirados frente a 3,00 en

activos ($p=0,003$), “Deseo no volver a trabajar” con 3,11 en retirados frente a 1,11 en activos laboralmente ($p=0,02$).

A lo largo de las tres fases hemos observado para el total de los 40 ítems, que los pacientes que permanecían activos puntuaban peor en la Fase I y mejoraban en las Fases II y III, y que, por el contrario, en la Fase II y Fase III los pacientes que se encontraban peor eran los que se habían retirado del trabajo. A modo de ejemplo, se puede observar que los siguientes ítems habían empeorado su puntuación: “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros”, “Ahora tengo menos relaciones con otras personas” o “Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas”.

En definitiva, al realizar un análisis comparativo de los resultados obtenidos en las tres fases respecto a los cuarenta ítems analizados, cabe señalar, por un lado, que los pacientes que permanecían activos laboralmente tras el infarto de miocardio puntuaban peor en la Fase I y mejoraban en las Fases II y III y, por otro lado, que los pacientes que se encontraban peor en la Fase II y Fase III eran los que se habían retirado del trabajo. Asimismo, se halló que ciertos indicadores de calidad de vida permanecían afectados en más de una Fase con diferencias estadísticamente significativas; por ejemplo, en las Fases I y II se mantenía alterado el ítem “Me apetece descansar la mayor parte del día”, siendo peor la puntuación en los activos en la Fase I con 3,16 ($p=0,02$), y en la Fase II eran los retirados quienes puntuaban peor con una media de 2,29 ($p=0,05$). En la Fase III se encontraban puntuaciones más elevadas que en fases anteriores en quienes estaban retirados del trabajo, los ítems: “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros” con 3,64 puntos ($p=0,02$) en retirados en Fase I, y 4,32 puntos ($p=0,003$) para retirados en Fase III; y “Ahora tengo menos relaciones con otras personas” con 1,47 puntos ($p=0,03$) en retirados de Fase II, y 2,29 puntos ($p=0,02$) en retirados de Fase III. Por último, “Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas” puntuaba algo más alto en la Fase III con 3,74 ($p=0,02$) que en Fase I en pacientes retirados 3,48 ($p=0,03$).

Tabla 15. Ítems de calidad de vida según la situación laboral en las fases I, II y III.

ÁREAS	ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I					Fase II					Fase III				
		Activos n=19		Retirados n=33		p	Activos n=8		Retirados n=38		p	Activos n=9		Retirados n=38		p
		Media	s	Media	s		Media	s	Media	s		Media	s	Media	s	
SALUD	Tengo dolor en el pecho	1,37	1,30	1,30	1,55	0,87	1,13	1,35	1,37	1,42	0,67	1,67	1,93	1,08	1,34	0,40
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	1,37	1,42	1,39	1,62	0,95	1,38	0,91	1,37	1,44	0,86	1,33	2,17	1,95	1,95	0,41
	Me siento más cansado que antes	3,32	1,60	2,48	1,86	0,10	2,13	1,80	2,66	1,63	0,41	2,11	2,08	2,87	2,10	0,24
	Me cuesta levantarme por las mañanas	2,32	1,86	1,15	1,60	0,02	1,38	1,76	1,34	1,52	0,92	0,44	1,01	1,03	1,70	0,41
	Tomo demasiados medicamentos	3,42	1,64	2,52	1,77	0,07	2,00	1,77	2,61	1,73	0,31	2,56	1,94	2,71	1,87	0,82
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	2,21	1,93	1,39	1,69	0,11	1,63	2,20	1,79	1,84	0,69	1,67	2,12	2,24	2,12	0,45
	Echo de menos el fumar	1,11	1,59	1,52	2,18	0,47	0,13	0,35	1,13	1,87	0,17	2,44	2,40	1,16	1,95	0,10
	Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio hacer	3,00	1,49	1,58	1,84	0,006	1,75	1,66	2,34	1,56	0,46	3,11	2,36	2,13	2,18	0,21
SUEÑO	Me apetece descansar la mayor parte del día	3,16	1,61	2,06	1,71	0,02	1,25	1,28	2,29	1,39	0,05	0,78	1,39	2,21	2,15	0,08
	Cuando me siento doy más cabezadas q antes	2,11	1,76	1,85	1,86	0,02	2,13	1,80	2,26	1,94	0,87	1,11	1,69	2,16	2,03	0,14
	Duermo peor que antes	2,16	2,01	1,30	1,76	0,11	2,25	1,83	1,79	1,78	0,49	0,56	1,66	1,76	2,04	0,08
EMOCIO	Río o lloro de repente sin motivo	0,74	1,28	0,97	1,45	0,56	1,13	2,10	1,32	1,50	0,38	0,00	0,00	1,05	1,75	0,05
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	1,89	1,56	1,45	1,64	0,34	1,88	2,16	2,39	1,70	0,41	1,11	0,69	3,03	1,91	0,009
	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	1,79	1,69	1,03	1,31	0,07	1,63	2,06	2,03	1,65	0,46	0,89	1,53	2,32	2,17	0,06
FUTURO	Siento miedo a morirme	1,95	1,90	1,18	1,47	0,11	1,75	2,25	2,26	1,89	0,45	1,33	2,17	1,39	2,00	0,95
	Soy una carga para mi familia y me siento inútil	0,95	1,75	0,94	1,52	0,98	0,13	0,35	0,79	1,45	0,23	0,11	0,33	0,95	1,57	0,16
	Estoy desesperanzado con mi futuro	1,95	1,96	1,61	1,80	0,52	0,50	0,75	1,39	1,62	0,18	0,56	1,66	0,97	1,85	0,38
MOVILIDAD	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa	1,84	2,09	1,27	1,88	0,31	0,38	0,74	1,05	1,54	0,30	0,44	1,33	1,95	2,35	0,06
	Me siento intranquilo conduciendo	1,11	1,85	0,84	1,65	0,60	0,25	0,70	0,87	1,35	0,16	0,00	0,00	0,50	1,42	0,25
	He reducido mis salidas fuera de casa	2,58	2,04	2,58	1,95	0,99	1,13	1,35	2,45	1,71	0,05	2,00	2,39	3,39	2,07	0,06
	Ahora camino distancias más cortas	3,47	1,50	2,76	1,87	0,16	2,25	1,83	2,45	1,82	0,77	2,67	2,55	2,97	2,18	0,78
	Evito subir escaleras	3,11	1,76	2,70	2,02	0,46	2,50	1,77	2,92	1,90	0,52	1,89	2,31	2,68	2,17	0,28
RELACIONES-SOCIAL	Ahora me relaciono menos con otras personas	1,47	1,71	1,85	1,87	0,47	0,25	0,70	1,47	1,64	0,03	0,44	1,33	2,29	2,30	0,02
	Ha descendido mi actividad sexual por problema	3,21	1,90	3,18	1,38	0,95	2,50	2,20	3,53	1,85	0,26	2,11	2,08	3,58	1,34	0,05
	Reacciono desagradablemente con mi familia	1,58	1,80	0,88	1,24	0,10	1,25	1,28	1,87	1,67	0,37	0,00	0,00	0,87	1,47	0,07
	Me aílo lo más que puedo de mi familia	0,42	0,90	0,48	1,06	0,82	0,00	0,00	0,92	1,32	0,02	0,44	1,33	0,16	0,59	0,69
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	1,32	1,67	1,15	1,73	0,74	1,75	1,75	1,29	1,76	0,27	0,89	1,76	1,00	1,61	0,73
	Me siento abandonado por todos	0,21	0,71	0,27	0,63	0,74	0,00	0,00	0,29	0,56	0,13	0,22	0,66	0,08	0,48	0,27
	Tengo graves problemas económicos	1,68	1,92	1,15	1,58	0,28	1,00	1,41	1,47	1,72	0,45	0,78	1,56	1,24	1,66	0,41
ALERTA	Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace	1,84	1,50	1,67	1,57	0,69	1,38	1,68	1,89	1,41	0,40	0,00	0,00	1,11	1,75	0,04
	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	1,32	1,70	1,55	1,72	0,64	0,63	1,18	1,39	1,51	0,15	0,22	0,66	1,08	1,73	0,15
	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	2,74	1,69	2,33	1,74	0,42	1,25	1,75	2,00	1,48	0,27	0,89	1,76	1,50	1,82	0,27
COMUNI	Me encuentro menos afectivo que antes	1,53	1,81	0,91	1,26	0,15	1,00	1,60	1,47	1,48	0,31	0,00	0,00	0,58	1,24	0,11
	Tengo que esforzarme para mantener una conversación	1,05	1,68	1,00	1,46	0,90	0,25	0,70	0,84	1,36	0,19	0,00	0,00	0,61	1,40	0,13
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	1,68	1,89	1,45	1,79	0,66	0,25	0,46	1,47	1,81	0,09	1,11	1,69	1,58	2,12	0,51
OCIO-TRBAJO	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	2,32	2,03	3,48	1,70	0,03	2,63	1,68	2,03	1,76	0,36	1,67	1,80	3,74	1,92	0,02
	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	2,42	1,74	2,24	1,80	0,72	1,75	1,75	1,87	1,59	0,78	1,44	1,81	2,71	2,37	0,08
	Trabajo menos horas que antes o trabajos más ligeros	2,37	2,11	3,64	1,87	0,02	2,50	1,92	2,58	1,04	0,85	3,00	1,87	4,32	1,50	0,003
	Deseo un trabajo distinto al que tengo	2,53	2,17	1,00	1,77	0,008	0,38	0,74	1,58	1,85	0,10	2,11	2,52	1,34	2,00	0,38
	Deseo no volver a trabajar	1,32	1,83	1,67	2,10	0,54	1,00	1,77	1,11	1,70	0,84	1,11	2,20	3,11	2,32	0,02

➤ Situación de actividad laboral en pacientes menores de 65 años

Debido a la trascendencia económica y social que supone para una persona la necesidad de abandonar su trabajo o la vida laboral tras sufrir un infarto agudo de miocardio, repercutiendo asimismo en su bienestar, se decidió

analizar de manera detallada el grupo de pacientes participantes en el estudio menores de 65 años que, dada su edad, se encuentran aún en edad de trabajar (Tabla 16).

En la Fase I encontramos puntuaciones muy similares en pacientes menores de 65 años que se encontraban incorporados al trabajo y quienes estaban retirados, aunque en estos últimos encontramos más áreas alteradas pero sin diferencias significativas. Podemos destacar que los pacientes retirados, puntuaron dos puntos más en las medias del área de Salud con 19,00 puntos los retirados frente a 16,92 los activos ($p=0,47$), y Sueño y descanso con 9,54 los retirados frente a 6,76 los activos ($p=0,14$), y por el contrario dos puntos menos que los activos en el área de Tiempo de ocio y trabajo con 11,54 los retirados, frente a 13,84 los activos ($p=0,11$). En el caso de la calidad de vida, la puntuación era mejor para los pacientes activos laboralmente que para los que estaban retirados con 82,38 frente a 84,54 ($p=0,88$).

En la Fase II eran 20 los pacientes menores de 65 años. De estos 20 pacientes, cuya edad media era de 54,40 años, se hallaban en situación de inactividad laboral por jubilación anticipada o baja a causa del infarto de miocardio un 75% de ellos y el 25% restante en actividad laboral. Los datos expuestos en la Tabla 16 reflejan que los pacientes menores de 65 años activos laboralmente (edad media de 49,4 años) mostraron puntuaciones medias de calidad de vida significativamente más bajas con 41,60 puntos, que los pacientes menores de 65 años jubilados a causa de la enfermedad con 87,26 ($p=0,02$), lo que revela que los pacientes activos refieren tener una mejor calidad de vida que los inactivos laboralmente. Asimismo, los datos recogidos en la citada tabla reflejan que los pacientes menores de 65 años retirados presentaban puntuaciones medias significativamente más elevadas que los pacientes activos de la misma edad en determinadas áreas. Estas áreas en las que los retirados se encontraban peor que los activos son: Comportamiento emocional con 7,46 puntos frente a 3,00 ($p=0,04$), Proyectos de futuro con 6,40 frente a 1,40 ($p=0,01$), Relaciones sociales con 13,73 frente a 5,60 ($p=0,03$); Comportamiento de alerta con 5,66 frente a 2,00 ($p=0,03$); Comunicación con 5,40 frente a 1,60 ($p=0,05$), y Tiempo de ocio y trabajo con 11,93 los retirados frente a 6,00 puntos los activos ($p=0,01$).

En la Fase III nuestra muestra de menores de 65 años era de 16 pacientes. En concreto, 11 de ellos estaban retirados del trabajo y 5 permanecían incorporados al trabajo. Como se puede apreciar en la Tabla 16, los pacientes menores de 65 años que no trabajaban referían tener peor calidad de vida que los menores de 65 años que continuaban incorporados al trabajo con 74 puntos frente a 37,80 ($p=0,069$), y las áreas que se encontraban más afectadas en los pacientes menores de 65 años retirados de la vida laboral con diferencias significativas respecto a los menores de 65 años que seguían trabajando eran las siguientes: Sueño y descanso con 6,90 puntos frente a 2,0 ($p=0,03$), Comportamiento emocional con 6,45 puntos en menores de 65 años que estaban retirados frente a 0,8 los pacientes menores de 65 años activos laboralmente ($p=0,02$), Relaciones sociales con 8,81 en menores de 65 años retirados frente a 2,20 en menores de 65 años incorporados al trabajo ($p=0,05$).

Los resultados revelan que en las Fases II y III los pacientes menores de 65 años que estaban retirados de la vida laboral presentan una peor calidad de vida que quienes seguían incorporados al trabajo. En la Fase I la diferencia de puntuación hallada, en las áreas de calidad de vida, entre pacientes menores de 65 años retirados y activos fue despreciable. Las dos áreas que permanecieron alteradas con diferencias significativas en la Fase II y en la Fase III fueron Comportamiento emocional (Fase II con 7,46 puntos en menores de 65 años retirados del trabajo frente a 3 en activos menores de 65 años $p=0,04$; y en la Fase III con 6,45 en retirados menores de 65 años frente a 0,80 en pacientes menores de 65 años activos laboralmente; $p=0,02$), Relaciones sociales (Fase II con 13,73 frente a 5,60, $p=0,03$; y en la Fase III con 8,81 en pacientes menores de 65 años retirados laboralmente frente a 2,20 en menores de 65 años activos, $p=0,05$). La calidad de vida global en la Fase III era mejor que en las Fases I y II para activos menores de 65 años que para pacientes menores de 65 años que estaban jubilados (Fase III con 37,80 puntos, $p=0,06$; Fase I puntuación media de 82,38, $p=0,88$; Fase II con 41,60, $p=0,02$). A lo largo de las tres fases para el caso de las áreas de calidad de vida y tanto para los pacientes activos como para los retirados laboralmente menores de 65 años, las puntuaciones fueron mejores en la

Fase III, que en la Fase I y en la II, con la excepción del área de Tiempo de ocio y trabajo en la Fase III, que presentó la puntuación más elevada de las tres fases (Fase III con 15,63 puntos en menores de 65 años retirados laboralmente frente a 9,20 en activos, $p=0,08$; Fase I los menores de 65 años retirados puntuaron 11,54 y los activos 13,84, $p=0,11$; y Fase II los menores de 65 años retirados puntuaron 11,93 frente a 6 puntos los activos laboralmente, $p=0,01$).

Tabla 16. CV y áreas en pacientes <65 años según situación laboral en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
	< 65 años Activos n=13			< 65 años Retirados n=11			< 65 años Activos n=5			< 65 años Retirados n=15			< 65 años Activos n=5			< 65 años Retirados n=11		
	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p
Salud	16,92	8,61		19,00	5,84	0,47	11,20	4,49		17,26	8,32	0,11	14,60	4,27		15,90	7,68	0,46
Sueño y descanso	6,76	4,53		9,54	3,32	0,14	5,80	3,70		7,73	3,70	0,31	2,00	1,87		6,90	4,76	0,03
Comportamiento emocional	4,84	4,46		5,63	4,03	0,54	3,00	3,93		7,46	4,48	0,04	0,80	1,78		6,45	4,84	0,02
Perspectivas de futuro	5,23	4,39		5,36	4,56	0,93	1,40	1,34		6,40	4,70	0,01	2,00	2,73		4,18	3,73	0,35
Movilidad	12,69	7,89		11,54	6,47	0,64	5,00	2,82		11,66	6,41	0,10	5,40	5,17		8,27	6,16	0,53
Relaciones sociales	12,38	6,07		11,72	5,84	0,86	5,60	4,33		13,73	7,27	0,03	2,20	3,19		8,81	6,86	0,05
Comportamiento de alerta	5,38	3,75		6,00	3,06	0,52	2,00	3,93		5,66	3,22	0,03	0,80	1,78		4,81	5,81	0,16
Comunicación	4,30	4,11		4,18	3,65	0,95	1,60	1,81		5,40	4,01	0,05	0,80	1,78		3,00	2,72	0,08
Tiempo de ocio y trabajo	13,84	5,80		11,54	4,08	0,11	6,00	3,67		11,93	4,65	0,01	9,20	1,78		15,63	6,66	0,08
Calidad de vida	82,38	41,66		84,54	30,62	0,88	41,60	15,72		87,26	38,54	0,02	37,80	14,44		74,00	37,97	0,06

En cuanto a la relación entre la situación de actividad laboral de los pacientes menores de 65 años y los ítems que configuran las nueve dimensiones de calidad de vida objeto de estudio, los resultados obtenidos en la Fase I mostraron, tal como se aprecia en la Tabla 17, que los ítems con peores puntuaciones pertenecían a las áreas de Salud, Sueño y descanso, Comportamiento emocional, Comportamiento de alerta, y Tiempo de ocio y trabajo en los pacientes menores de 65 años retirados del trabajo. Y en los pacientes menores de 65 años que permanecían activos laboralmente, los ítems que puntuaban peor pertenecían a las áreas de Movilidad, Relaciones sociales, Proyectos de futuro y Comunicación. En esta Fase I, ni los pacientes activos ni los retirados destacaron por tener un mayor número de aspectos alterados uno respecto al otro. Había diferencias significativas en los ítems “Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer” con una puntuación media de 3,36 en pacientes menores de 65 años retirados del

trabajo frente a 2 en los pacientes que estaban activos laboralmente ($p=0,04$) y “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros” con 3,85 puntos de media en pacientes menores de 65 años activos frente a 2,09 en pacientes menores de 65 años retirados ($p=0,02$).

En la Fase II observamos que los pacientes postinfarto menores de 65 años retirados presentaban peores puntuaciones que los pacientes activos de la misma edad en todos los ítems del cuestionario de calidad de vida, salvo en el ítem “Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas” en el que la puntuación era igual en ambos casos: 2,00 puntos de media ($p=0,96$). Se hallaron diferencias significativas con peores puntuaciones en menores de 65 años retirados del trabajo que en menores de 65 años que permanecían activos laboralmente en los ítems: “Me apetece descansar la mayor parte del día” con una puntuación media de 2,47 frente a 1,20 ($p=0,03$), “Reacciono de forma nerviosa o inquieta” con 3,13 frente a 1,20 ($p=0,05$), “Siento miedo a morirme” con 2,67 frente a 0,80 ($p=0,05$), “Evito subir escaleras” con 3,40 frente a 1,40 ($p=0,02$), “Ahora tengo menos relaciones con otras personas” con 1,80 frente a 0,40 ($p=0,05$), “Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace” con 2,20 frente a 0,80 ($p=0,04$), “Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)” con 2,20 frente a 0,60 ($p=0,04$), “Deseo un trabajo distinto al que tengo” con 3,13 frente a 0,60 ($p=0,01$). Es importante señalar que los ítems aquí presentados correspondían a las áreas del cuestionario Comportamiento de alerta, Proyectos de futuro, Comportamiento emocional y Comunicación, estando en estas dos últimas áreas afectadas, todos los ítems que las componen.

En la Fase III, encontramos que los pacientes menores de 65 años que estaban retirados del trabajo presentaban puntuaciones peores que los pacientes menores de 65 años activos laboralmente. En ciertos ítems encontramos diferencias significativas. En un caso la puntuación era mejor en los retirados que en quienes seguían incorporados al trabajo: “Echo de menos el fumar” con 0,45 puntos frente a 3,40 ($p=0,01$). Y en otros ítems que presentaban también diferencias significativas, las puntuaciones eran peores para los pacientes menores de 65 años que estaban retirados del trabajo que para quienes permanecían incorporados a él: “Me apetece descansar la

mayor parte del día" con 2,73 puntos frente a 0,00 puntos ($p=0,019$), "Duermo peor que antes" con 1,73 frente a 0,00 puntos ($p=0,05$), "Reacciono de forma nerviosa o inquieta" con 3,09 frente a 0,60 ($p=0,019$), y "Reacciono desagradablemente con mi familia" 1,36 frente a 0,00 puntos ($p=0,04$).

A lo largo de las tres mediciones hemos encontrado en la Fase II, peor calidad de vida que en la Fase I en los pacientes menores de 65 años que estaban retirados. En la Fase III, observamos que dichos pacientes menores de 65 años retirados y también los activos, presentaban puntuaciones mejores en la mayoría de los ítems que en la Fase II, es decir, habían mejorado. Tan solo algunos ítems puntuaron más alto en el caso de los activos en esta Fase III respecto a la Fase II, y se concentraban en las áreas de Salud, Movilidad y Tiempo de ocio y trabajo. Por otro lado "Me apetece descansar la mayor parte del día", fue el único ítem que se mantuvo con diferencias significativas y empeorando en la Fase II y la Fase III, y puntuando peor para los pacientes menores de 65 años que estaban retirados del trabajo que para quienes permanecían activos laboralmente.

Tabla 17. Ítems de CV en pacientes <65 años según situación laboral en las fases I, II y III

ÁREAS	ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
		<65 años Activos n=13			< 65 años Retirados n=11			< 65 años Activos n=5			<65 años Retirados n=15			< 65 años Activos n=5			<65 años Retirados n=11		
		Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p
SALUD	Tengo dolor en el pecho	2,08	1,75		1,09	1,300,15		1,20	1,30		1,93	1,58	0,34	1,20	1,30		1,55	1,440,68	
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	2,08	1,70		1,64	1,430,57		1,60	0,89		1,87	1,69	0,65	0,40	0,89		2,18	1,990,07	
	Me siento más cansado que antes	3,00	1,82		3,09	1,810,88		2,00	1,58		3,20	1,47	0,16	0,80	1,78		2,82	2,310,09	
	Me cuesta levantarme por las mañanas	1,69	1,93		2,36	1,360,22		1,20	1,10		1,73	1,53	0,56	0	0		1,18	1,660,08	
	Tomo demasiados medicamentos	2,54	1,66		3,55	1,510,13		1,40	0,89		2,73	1,39	0,04	2,80	1,92		2,55	2,200,90	
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	1,85	1,99		2,45	1,810,36		1,60	2,07		2,20	2,01	0,53	2,20	2,28		2,18	2,180,95	
	Echo de menos el fumar	1,69	2,17		1,45	1,810,98		0,20	0,45		1,00	1,56	0,33	3,40	2,07		0,45	1,500,01	
	Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio hacer	2,00	2,00		3,36	0,810,04		2,00	1,41		2,60	1,60	0,53	3,80	2,16		3,00	2,140,40	
SUEÑO	Me apetece descansar la mayor parte del día	2,62	1,71		3,00	1,100,91		1,20	0,45		2,47	1,25	0,03	0	0		2,73	2,140,01	
	Cuando me siento doy más cabezadas q antes	2,31	2,05		3,45	1,370,17		2,20	1,92		2,53	1,89	0,72	2,00	1,87		2,45	2,060,64	
	Duermo peor que antes	1,85	2,19		3,09	1,700,08		2,40	1,52		2,73	1,67	0,69	0	0		1,73	1,900,05	
	Río o lloro de repente sin motivo	1,38	1,60		1,18	1,540,71		0	0		1,33	1,72	0,07	0	0		1,09	1,640,08	
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	1,85	1,86		2,18	1,540,63		1,20	1,79		3,13	1,77	0,05	0,60	1,34		3,09	1,860,01	
EMOCIO	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	1,62	1,44		2,27	1,420,24		1,80	2,17		3,00	1,56	0,21	0,20	0,44		2,27	2,100,06	
	Siento miedo a morir	1,46	1,80		1,82	2,090,64		0,80	1,30		2,67	1,92	0,05	2,00	2,73		2,00	2,320,85	
	Soy una carga para mi familia y me siento inútil	1,54	1,80		1,09	1,810,60		0	0		1,67	1,95	0,05	0	0		1,27	1,550,08	
	Estoy desesperanzado con mi futuro	2,23	2,08		2,45	1,970,77		0,60	0,89		2,07	1,79	0,10	0	0		0,91	2,020,32	
FUTURO	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa	1,85	2,15		1,73	2,150,69		0,20	0,45		1,20	1,66	0,22	0,80	1,78		0,91	1,570,88	
	Me siento intranquilo conduciendo	1,62	1,98		1,91	2,120,66		0,40	0,89		1,53	1,46	0,09	0	0		0,55	1,500,32	
	He reducido mis salidas fuera de casa	3,08	1,93		2,18	1,940,29		1,80	1,30		2,73	2,09	0,35	1,00	2,23		2,55	2,420,17	
	Ahora camino distancias más cortas	3,00	1,95		3,00	1,610,81		1,20	1,30		2,80	1,74	0,08	2,80	2,58		1,91	2,210,58	
	Evito subir escaleras	3,15	2,03		2,73	1,680,48		1,40	0,89		3,40	1,55	0,02	0,80	1,78		2,36	2,010,10	
MOBILIDAD	Ahora me relaciono menos con otras personas	2,62	1,80		1,45	1,290,10		0,40	0,89		1,80	1,37	0,05	0	0		2,00	2,440,08	
	Ha descendido mi actividad sexual por problema	3,69	0,75		3,36	1,800,78		2,00	1,87		3,80	1,47	0,07	0,80	1,78		2,73	1,900,10	
	Reacciono desagradablemente con mi familia	1,54	1,45		2,09	1,700,42		1,00	1,23		2,47	1,69	0,08	0	0		1,36	1,430,04	
	Me aílo lo más que puedo de mi familia	1,00	1,47		0,73	1,100,70		0	0		1,13	1,25	0,03	0	0		0,36	0,920,32	
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	1,38	1,80		1,09	1,640,78		1,20	1,30		2,07	1,83	0,37	0	0		0,91	1,570,21	
	Me siento abandonado por todos	0,38	0,65		0,36	0,920,57		0	0		0,33	0,49	0,15	0	0		0	0	1,00
	Tengo graves problemas económicos	1,77	1,92		2,64	1,960,34		1,00	1,41		2,13	2,03	0,23	1,40	1,94		1,45	1,750,95	
	Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace	1,69	1,79		2,18	1,170,34		0,80	1,30		2,20	1,08	0,04	0	0		1,36	1,800,08	
ALERTA	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	1,38	1,71		1,27	1,270,90		0,60	1,34		1,27	1,53	0,27	0	0		1,55	2,010,09	
	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	2,31	1,49		2,55	1,370,86		0,60	1,34		2,20	1,37	0,04	0,80	1,78		1,91	2,070,26	
	Me encuentro menos afectivo que antes	1,08	1,60		1,73	1,680,22		0,80	1,30		2,20	1,52	0,09	0	0		0,64	1,020,13	
COMUNI	Tengo que esforzarme para mantener una conversación	1,31	1,60		0,91	1,140,69		0,40	0,89		1,40	1,68	0,20	0	0		1,00	1,540,13	
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	1,92	1,80		1,55	1,750,70		0,40	0,55		1,80	2,11	0,30	0	0		1,36	1,850,43	
OCIO-TRBAJO	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	3,77	1,42		2,45	1,860,07		2,00	1,58		2,00	1,56	0,96	2,20	2,04		3,45	2,200,10	
	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	2,54	2,10		1,91	1,300,41		1,20	1,10		2,27	1,79	0,21	0,80	1,78		2,82	2,520,07	
	Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros	3,85	1,90		2,09	2,070,02		1,60	1,52		3,13	1,96	0,12	2,40	2,30		4,00	1,840,07	
	Deseo trabajo distinto al que tengo	2,00	2,30		3,27	2,100,13		0,60	0,89		3,13	1,73	0,01	2,80	2,58		2,09	2,420,57	
	Deseo no volver a trabajar	1,69	2,21		1,82	2,180,76		0,60	0,89		1,40	1,68	0,38	1,00	2,23		3,27	2,280,09	

➤ Nivel de estudios

Para conocer si el nivel de estudios de los pacientes podía tener relación con una mejor o peor percepción de la calidad de vida, efectuamos el análisis entre dichas variables. Agrupamos la muestra en pacientes que tenían Estudios elementales (n=38 en la Fase I; n=33 en la Fase II; n=36 en la Fase

III) y pacientes que tenían Estudios medios o superiores (n=15 en Fase I; n=13 en Fase II; n=11 en Fase III; Tabla 18).

En la Fase I, la calidad de vida global y todas las áreas a excepción de Comunicación y Comportamiento de alerta presentaron una puntuación peor en quienes tenían Estudios medios o superiores que en quienes tenían Estudios elementales.

En la Fase II, al contrario que en la Fase I, la calidad de vida presentó peor puntuación en los pacientes con Estudios elementales que en los pacientes con Estudios medios o superiores, así, también puntuaron peor quienes tenían Estudios elementales que quienes tenían Estudios medios o superiores en más del 50% de las áreas del cuestionario de calidad de vida, es decir, la percepción de su calidad de vida era peor en pacientes con nivel de estudios más bajo.

En la Fase III, encontramos diferencias significativas para la calidad de vida ($p=0,006$) según el nivel de estudios. Así, presentaron la peor puntuación (74,94 puntos) quienes tenían Estudios elementales frente a los que tenían Estudios medios o superiores (45,18). Es decir, quienes tenían Estudios medios o superiores presentaron mejor puntuación en la calidad de vida. En el caso de las áreas de calidad de vida todas ellas presentaron peor puntuación en las personas que tenían Estudios elementales frente a quienes tenían Estudios medios o superiores, con diferencias significativas en las siguientes áreas: Comportamiento emocional con una puntuación media de 6,86 frente a 1,27 ($p<0,001$); Movilidad con 11,66 frente a 7,27 ($p=0,05$); Relaciones sociales con 9,52 frente a 4,63 ($p=0,007$); Comunicación con 2,91 frente a 0,90 ($p=0,04$); y Tiempo de ocio y trabajo con 15,16 frente a 10,54 ($p=0,01$).

A lo largo de las tres fases, la puntuación media global de la calidad de vida y de las áreas de calidad de vida, empeoraron para los pacientes con Estudios elementales y mejoraron para quienes tenían Estudios medios o superiores.

Tabla 18. Calidad de vida y áreas según el nivel de estudios en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I					Fase II					Fase III				
	Elementales n=38		Medios o superiores n=15			Elementales n=33		Medios o superiores n=13			Elementales n=36		Medios o superiores n=11		
	Media	s	Media	s	p	Media	s	Media	S	p	Media	s	Media	s	p
Salud	14,31	8,40	16,33	7,35	0,31	13,96	7,86	14,30	5,63	1,00	15,97	7,40	12,63	5,44	0,19
Sueño y descanso	5,92	4,25	7,80	4,82	0,19	6,33	4,03	5,92	3,35	0,92	5,69	4,22	4,54	4,08	0,40
Comportamiento emocional	3,55	3,26	4,40	4,82	0,84	6,03	4,36	4,30	3,70	0,23	6,86	4,42	1,27	2,57	0,000
Proyectos de futuro	3,50	3,17	5,46	4,64	0,23	3,93	3,37	4,46	4,84	0,88	3,38	4,12	2,00	2,32	0,42
Movilidad	10,71	5,62	10,73	7,90	0,90	9,45	5,39	8,46	5,98	0,70	11,66	6,62	7,27	6,32	0,05
Relaciones sociales	8,86	5,49	10,00	5,83	0,44	9,87	6,22	10,76	7,57	0,75	9,52	5,29	4,63	3,58	0,007
Comportamiento de alerta	6,15	4,14	4,66	3,22	0,24	5,24	3,57	4,15	3,99	0,39	3,75	5,01	1,36	1,91	0,24
Comunicación	3,89	4,18	2,93	3,17	0,55	3,06	3,23	4,23	3,98	0,40	2,91	3,34	0,90	1,57	0,04
Tiempo de ocio y trabajo	11,52	5,64	11,66	5,16	0,96	9,09	5,49	8,76	5,24	0,93	15,16	6,07	10,54	2,94	0,01
Calidad de vida	68,44	32,60	74,00	37,39	0,66	67,00	32,19	65,38	37,20	0,69	74,94	33,75	45,18	15,36	0,006

Para conocer más sobre la posible influencia del nivel de estudios sobre la calidad de vida, efectuamos un análisis entre dicho nivel de estudios y los ítems de calidad de vida (Tabla 19).

En la Fase I, observamos una tendencia a puntuar peor en las personas con Estudios medios o superiores al compararlas con quienes tenían Estudios elementales, aunque había poca diferencia en la cantidad de alteraciones o el número de ítems afectados. Encontramos en personas con Estudios medios o superiores alterados la mayoría de los ítems pertenecientes al área de Salud, Sueño y descanso, Comportamiento emocional y Proyectos de futuro; además hallamos significación estadística con peores puntuaciones para personas con Estudios medios o superiores que para personas con Estudios elementales en los ítems siguientes: “Duermo peor que antes” con 2,47 frente a 1,37 ($p=0,04$); “Me siento intranquilo conduciendo” con 2,00 frente a 0,47 ($p=0,004$); “Deseo un trabajo distinto al que tengo” con 2,47 frente a 1,16 ($p=0,04$); y “Deseo no volver a trabajar” con 2,47 frente a 1,13 ($p=0,05$). Por el contrario en personas con Estudios elementales, encontramos peores puntuaciones que en personas con Estudios medios o superiores en los ítems pertenecientes a las áreas Comportamiento de alerta y Comunicación. No obstante, no hallamos diferencias significativas.

En la Fase II comienza a haber un descenso en la puntuación media de los ítems en el grupo de Estudios medios o superiores y a elevarse discretamente

en personas con Estudios elementales, con lo que las puntuaciones de ambos grupos se acercaron y se encontraron medias para uno y otro grupo, muy similares, aunque con predominio de puntuaciones peores en personas con Estudios medios o superiores. Las áreas en las que se observó un peso mayor de ítems alterados fue en Relaciones sociales y Comunicación con peor puntuación en quienes tenían Estudios medios o superiores. Sin embargo, llamó la atención que los únicos ítems en los que se hallaron diferencias significativas, puntuaban peor para quienes tenían Estudios elementales: “Me apetece descansar la mayor parte del día” 2,33 puntos frente a 1,54 en Estudios medios o superiores ($p=0,05$); y “Río o lloro de repente sin motivo” 1,70 puntos frente a 0,23 en Estudios medios o superiores ($p=0,006$).

En la Fase III, al analizar la relación entre nivel de estudios e Ítems de calidad de vida, los pacientes con Estudios elementales presentaban puntuaciones significativamente peores que quienes tenían Estudios medios o superiores. Dichos ítems pertenecen fundamentalmente a las áreas de Comportamiento emocional, Proyectos de futuro, Relaciones sociales y Tiempo de ocio y trabajo. Los ítems son: “Río o lloro de repente sin motivo” cuya puntuación media fue de 1,11 frente a 0,00 ($p=0,03$); “Reacciono de forma nerviosa o inquieta” puntuó 3,22 frente a 0,82 ($p=0,001$); “Reacciono de forma irritable conmigo mismo” con 2,53 frente a 0,45 puntos ($p=0,004$); “Soy una carga para mi familia y me siento inútil” 1,03 frente a 0 ($p=0,02$); “Estoy desesperanzado con mi futuro” con 1,17 puntos frente a 0 ($p=0,04$); “He reducido mis salidas fuera de casa” 3,64 puntos frente a 1,45 ($p=0,007$); “Ahora tengo menos relaciones con otras personas” con 2,36 frente a 0,55 ($p=0,02$); “He descendido mi actividad sexual” 3,64 puntos frente a 2,18 ($p=0,01$); “Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme” con 3,08 frente a 0,45 ($p=0,001$); “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros” con 4,50 frente a 2,64 ($p=0,001$).

Al comparar los resultados obtenidos en las tres fases, se halló que en la primera fase quienes se encontraban peor eran los que tenían Estudios medios o superiores al compararlos con las personas con Estudios elementales, con una gran proporción de áreas afectadas. En la última

medición o Fase III, observamos una disminución en las puntuaciones en personas con Estudios medios o superiores, es decir mejoraron, o como mucho en algunos casos, se mantuvieron similares a las de la Fase I, y por el contrario, empeoraron los que tenían Estudios elementales desde la Fase I hasta la Fase III.

Tabla 19. Ítems de CV según el nivel de estudios en las fases I, II y III

ÁREAS	ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
		*Element n=38			**Medios-super n=15			*Element n=33			**Medios-super n=13			*Element n=36			**Medios-super n=11		
		Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p
SALUD	Tengo dolor en el pecho	1,47	1,46	0,87	1,35	0,19		1,21	1,39	1,62	1,45	0,31		1,36	1,55	0,64	1,02	0,21	
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	1,21	1,49	1,73	1,62	0,26		1,24	1,32	1,69	1,44	0,35		2,03	2,14	1,18	1,25	0,30	
	Me siento más cansado que antes	2,63	1,83	3,00	1,81	0,48		2,70	1,70	2,23	1,54	0,37		3,03	1,99	1,73	2,24	0,12	
	Me cuesta levantarme por las mañanas	1,45	1,75	1,80	1,85	0,37		1,36	1,73	1,31	1,03	0,53		0,97	1,63	0,73	1,55	0,65	
	Tomo demasiados medicamentos	2,66	1,76	3,13	1,86	0,33		2,45	1,82	2,62	1,56	0,94		2,83	1,92	2,18	1,66	0,22	
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	1,82	1,90	1,60	1,76	0,78		1,76	1,95	1,77	1,79	0,79		1,89	2,02	2,91	2,30	0,08	
	Echo de menos el fumar	1,13	1,90	1,87	2,10	0,18		0,97	1,85	0,92	1,55	0,63		1,47	2,10	1,18	2,08	0,65	
	Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio hacer	1,95	1,90	2,33	1,71	0,47		2,27	1,66	2,15	1,41	0,76		2,39	2,25	2,09	2,21	0,73	
SUEÑO	Me apetece descansar la mayor parte del día	2,29	1,76	2,73	1,75	0,43		2,33	1,53	1,54	0,88	0,05		2,11	2,13	1,36	1,96	0,40	
	Cuando me siento doy más cabezadas antes	2,26	1,89	2,60	2,02	0,55		2,30	1,96	2,08	1,80	0,79		2,00	2,08	1,82	1,77	0,88	
	Duermo peor que antes	1,37	1,82	2,47	1,99	0,04		1,70	1,85	2,31	1,60	0,21		1,58	2,11	1,36	1,74	0,91	
EMOCIO	Río o lloro de repente sin motivo	0,89	1,33	1,00	1,60	0,97		1,70	1,70	0,23	0,44	0,006		1,11	1,78	0	0	0,03	
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	1,58	1,53	1,60	1,84	0,97		2,45	1,75	1,92	1,85	0,33		3,22	1,77	0,82	1,60	0,001	
	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	1,08	1,38	1,80	1,65	0,13		1,88	1,67	2,15	1,86	0,68		2,53	2,11	0,45	1,21	0,004	
FUTURO	Siento miedo a morirme	1,21	1,45	2,00	2,03	0,20		2,21	1,93	2,08	2,06	0,80		1,19	1,91	2,00	2,32	0,36	
	Soy una carga para mi familia y me siento inútil	0,87	1,51	1,07	1,79	0,71		0,55	1,23	1,00	1,63	0,31		1,03	1,59	0	0	0,02	
	Estoy desesperanzado con mi futuro	1,42	1,70	2,40	2,06	0,12		1,18	1,51	1,38	1,66	0,74		1,17	1,99	0	0	0,04	
MOVILIDAD	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa	1,32	1,83	1,80	2,24	0,40		0,88	1,50	1,08	1,38	0,48		1,78	2,30	1,27	2,19	0,49	
	Me siento intranquilo conduciendo	0,47	1,22	2,00	2,20	0,04		0,64	1,34	1,08	1,12	0,09		0,50	1,46	0,09	0,30	0,77	
	He reducido mis salidas fuera de casa	2,84	1,86	2,00	2,10	0,20		2,30	1,72	2,00	1,78	0,54		3,64	1,98	1,45	2,01	0,007	
	Ahora camino distancias más cortas	3,08	1,80	2,67	1,79	0,41		2,58	1,92	2,00	1,47	0,33		3,06	2,21	2,45	2,33	0,54	
	Evito subir escaleras	3,00	1,94	2,27	1,90	0,22		3,06	1,98	2,31	1,49	0,15		2,69	2,26	2,00	1,94	0,36	
RELACIONES-SOCIAL	Ahora me relaciono menos con otras personas	1,61	1,79	1,87	1,88	0,63		1,12	1,62	1,62	1,50	0,24		2,36	2,33	0,55	1,29	0,02	
	Ha descendido mi actividad sexual por problema	3,21	1,58	3,13	1,55	0,81		3,52	1,97	2,92	1,85	0,18		3,64	1,37	2,18	1,83	0,01	
	Reacciono desagradablemente con mi familia	0,92	1,38	1,60	1,68	0,12		1,67	1,61	2,00	1,68	0,51		0,81	1,47	0,36	0,92	0,53	
	Me aílo lo más que puedo de mi familia	0,39	0,82	0,60	1,35	0,70		0,70	1,29	0,92	1,19	0,37		0,25	0,87	0,09	0,30	1,00	
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	1,34	1,82	0,80	1,26	0,33		1,36	1,93	1,38	1,19	0,40		1,11	1,72	0,55	1,21	0,29	
	Me siento abandonado por todos	0,29	0,73	0,13	0,35	0,73		0,21	0,55	0,31	0,48	0,30		0,14	0,59	0	0	0,42	
ALERTA	Tengo graves problemas económicos	1,11	1,59	1,87	1,92	0,17		1,30	1,61	1,62	1,85	0,58		1,22	1,67	0,91	1,57	0,54	
	Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace	1,84	1,60	1,53	1,35	0,55		1,97	1,53	1,38	1,19	0,24		1,11	1,80	0,18	0,40	0,25	
	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	1,66	1,80	1,07	1,33	0,37		1,21	1,50	1,38	1,50	0,66		1,14	1,77	0,18	0,40	0,19	
	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	2,66	1,71	2,07	1,66	0,17		2,06	1,56	1,38	1,45	0,17		1,50	1,90	1,00	1,48	0,49	
COMUNI	Me encuentro menos afectivo que antes	1,16	1,58	1,00	1,25	0,95		1,27	1,46	1,69	1,60	0,39		0,50	1,20	0,36	0,92	0,88	
	Tengo que esforzarme para mantener una conversación	1,03	1,63	0,93	1,22	0,81		0,58	1,25	1,15	1,35	0,07		0,61	1,44	0,09	0,30	0,37	
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	1,71	1,91	1,00	1,41	0,29		1,21	1,69	1,38	1,85	0,63		1,81	2,14	0,45	1,21	0,07	
OCIO-TRBAJO	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	3,34	1,90	2,47	1,76	0,06		2,24	1,79	1,85	1,68	0,53		3,56	2,02	2,64	2,11	0,12	
	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	2,50	1,75	1,67	1,75	0,13		1,82	1,63	1,92	1,61	0,83		3,08	2,22	0,45	1,21	0,001	
	Trabajo menos horas que antes o trabajos más ligeros	3,39	1,88	2,60	2,29	0,25		2,61	2,09	2,46	1,85	0,80		4,50	1,23	2,64	2,06	0,001	
	Deseo un trabajo distinto al que tengo	1,16	1,77	2,47	2,38	0,04		1,27	1,81	1,62	1,71	0,36		1,42	2,11	1,73	2,14	0,60	
OCIO-TRBAJO	Deseo no volver a trabajar	1,13	1,69	2,47	2,38	0,05		1,15	1,87	0,92	1,19	0,64		2,61	2,41	3,09	2,46	0,66	

*Element: estudios elementales. ** Medios-super: estudios medios o superiores.

➤ Nivel de ingresos económicos anuales

El nivel de ingresos económicos anuales en la unidad familiar ha sido asociado en diversos estudios a la enfermedad cardiovascular y a la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Por ello, decidimos averiguar si en nuestra muestra existía alguna relación. Los pacientes fueron clasificados

según su nivel de renta en dos grupos, uno compuesto por pacientes con rentas inferiores a los 9.000 €/año (n=23 en Fase I; n=30 en Fase II; n=33 en Fase III) y otro grupo con renta superior a 9.000 €/año (n=21 en Fase I; n=16 en Fase II; n=14 en Fase III; Tabla 20).

En la Fase I, las puntuaciones de calidad de vida global y de todas las áreas de calidad de vida eran más elevadas en los pacientes cuya renta estaba por debajo de los 9.000 €/año, aunque en el caso de las áreas las diferencias en la puntuación con quienes percibían más de 9.000 €/año eran pequeñas.

En la Fase II, del mismo modo que en la Fase I, las puntuaciones medias en calidad de vida y en las áreas eran peores en quienes tenían rentas por debajo de los 9.000 €/año, salvo en el área de Comportamiento de alerta, en la que quienes tenían rentas mayores de 9.000 €/año puntuaron peor. Por último, sólo encontramos diferencias significativas entre personas con rentas inferiores a 9.000 €/año frente a pacientes con rentas superiores a 9.000 €/año en el área de Proyectos de futuro 4,96 puntos frente a 2,43 puntos ($p=0,007$) y en el área de Comunicación 4,10 puntos frente a 2,06 puntos ($p=0,05$) respectivamente.

En la Fase III encontramos nuevamente como en las dos fases anteriores, que obtener unos ingresos anuales inferiores a 9.000 €/año estaba relacionado con percibir una peor calidad de vida (73,8 frente a 54,3; $p=0,03$). Ello, de igual manera que en fases anteriores, era extensivo para el caso de las áreas del cuestionario de calidad de vida. Dichas áreas presentaban mayor alteración en rentas inferiores a 9.000 €/año con diferencias significativas, que en rentas superiores a 9.000 €/año en el área de Tiempo de ocio y trabajo con 15,30 puntos frente a 11,21 puntos ($p=0,03$).

A lo largo de las tres fases, la tendencia en personas con rentas inferiores a 9.000 €/año de percibir una peor calidad de vida, frente a quienes tenían rentas superiores a 9.000 €/año, se ha mantenido constante aunque en la Fase III la puntuación era algo más baja que en la Fase I. En las áreas de calidad de vida observamos que el área Comportamiento emocional empeoraba paulatinamente hasta mantener la puntuación en la Fase III más alta que en la Fase I; el área Movilidad en la Fase III se mantiene con una

puntuación similar a la que tenía en la Fase I a pesar de que hubo una mejoría en dicha área en la Fase II. En la Fase II respecto a la Fase I, empeoró la puntuación del área de Relaciones sociales pero mejoró en la Fase III. El mayor aumento en la puntuación de un área, se observó en quienes percibían rentas inferiores a los 9.000 €/año en el área de Tiempo de ocio y trabajo, incrementándose dicha puntuación media desde 12,34 puntos ($p=0,18$) en la Fase I, hasta 15,30 puntos ($p=0,03$) en la Fase III.

Tabla 20. CV y áreas según el nivel de ingresos económicos en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I					Fase II					Fase III				
	< 9.000 € n=23		> 9.000 € n=21		p	< 9.000 € n=30		> 9.000 € n=16		p	< 9.000 € n=33		> 9.000 € n=14		p
	Media	S	Media	s		Media	s	Media	s		Media	s	Media	s	
Salud	16,17	8,98	14,66	7,80	0,63	14,83	8,24	12,62	4,73	0,32	15,87	7,42	13,57	6,17	0,21
Sueño y descanso	6,86	4,45	6,90	4,81	0,85	6,43	4,00	5,81	3,54	0,64	5,69	4,23	4,78	4,09	0,49
Comportamiento emocional	4,04	3,75	3,85	4,21	0,70	6,16	4,63	4,37	3,11	0,30	6,12	4,69	4,21	4,57	0,19
Proyectos de futuro	4,86	3,81	3,90	3,92	0,24	4,96	3,78	2,43	3,32	0,007	3,42	4,00	2,21	3,28	0,27
Movilidad	11,78	6,37	10,95	6,77	0,66	9,30	6,05	8,93	4,49	0,96	11,78	6,53	7,92	6,70	0,11
Relaciones sociales	9,73	6,51	9,42	5,33	0,96	10,53	7,42	9,37	4,64	0,73	9,36	5,54	6,07	4,10	0,07
Comportamiento de alerta	6,43	4,55	5,23	3,46	0,38	4,63	3,91	5,50	3,26	0,29	3,54	4,85	2,35	3,87	0,49
Comunicación	4,65	4,49	2,95	3,18	0,26	4,10	3,64	2,06	2,71	0,05	2,66	3,49	1,92	2,05	0,72
Tiempo de ocio y trabajo	12,34	5,70	10,23	5,72	0,18	9,43	5,74	8,18	4,63	0,52	15,30	5,63	11,21	5,39	0,03
Calidad de vida	76,91	35,93	68,14	35,92	0,31	70,40	38,24	59,31	20,14	0,29	73,78	33,87	54,28	26,65	0,03

Para conocer más sobre la posible relación entre el nivel de ingresos económicos y la calidad de vida, se efectuó un análisis entre dicha variable y los 40 ítems de calidad de vida (Tabla 21).

En la Fase I, observamos en pacientes con rentas inferiores a 9.000 €/año una puntuación media de los ítems peor en la mayoría de ellos, al compararlo con el grupo de pacientes con rentas superiores a 9.000 €/año, apareciendo todas las áreas afectadas. Los ítems con diferencias significativas en sus puntuaciones fueron: “Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme”, con peor puntuación media para pacientes con ingresos inferiores a 9.000 €/año respecto a pacientes con rentas superiores a 9.000 €/año: 2,96 frente a 1,67 puntos ($p=0,02$). Y el caso contrario encontramos en el ítem “Me siento intranquilo conduciendo”, en el que la peor puntuación media se daba en el grupo de pacientes con rentas superiores a 9.000 €/año al comparar con

pacientes con ingresos inferiores a 9.000 €/año: 1,76 frente a 0,48 puntos ($p=0,01$).

En la Fase II, el grupo con rentas inferiores a 9.000 €/año, continuaba presentado las peores puntuaciones al compararlo con el grupo de rentas superiores a 9.000 €/año. Y tal como se observaba en la Fase I, casi todas las áreas mantenían un alto número de ítems alterados a excepción del área de Tiempo de ocio y trabajo, que presentó una reducción discreta del número de ítems afectados. Encontramos diferencias significativas con peor puntuación media en el grupo de pacientes con rentas inferiores a 9.000 €/año, respecto al grupo de pacientes con rentas superiores a 9.000 €/año en los ítems: “Tengo dolor en el pecho” con 1,67 frente a 0,69 puntos ($p=0,03$), “Tengo graves problemas económicos” con 1,83 frente a 0,56 ($p=0,01$), y “Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes” con 1,63 frente a 0,56 ($p=0,04$). En esta Fase II, las puntuaciones medias de los pacientes con rentas superiores a 9.000 €/año sufrieron un discreto aumento en número de ítems afectados y en su valor de puntuación media, con respecto al valor de las puntuaciones medias en este grupo de pacientes en la Fase I.

En la Fase III los pacientes con ingresos inferiores a 9.000 €/año presentaron peores puntuaciones en la mayoría de los ítems respecto al grupo que percibía más de 9.000 €/año, aunque las puntuaciones eran más bajas que en fases anteriores. Siguiendo el mismo patrón que en fases anteriores, todas las áreas se encontraban afectadas y presentaban gran cantidad de ítems alterados. Destacamos que empeoraron ciertas áreas al presentar todos los ítems que la componen peores puntuaciones en quienes percibían rentas inferiores a 9.000 €/año, por ejemplo el área Comportamiento emocional presentó los siguientes ítems alterados: “Río o lloro de repente sin motivo” con 1,03 puntos frente a 0,43 ($p=0,24$); “Reacciono de forma nerviosa o inquieta” con 2,97 frente a 1,93 ($p=0,10$); “Reacciono de forma irritable conmigo mismo” con 2,12 frente a 1,86 ($p=0,56$). En el área Comportamiento de alerta hallamos igualmente todos los ítems que la componen afectados, y con peor puntuación media para quienes obtenían rentas inferiores a 9.000 €/año respecto a quienes percibían rentas superiores a 9.000 €/año: “Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace” con 0,97 frente a 0,71

($p=0,91$); “Tengo dificultades para razonar o resolver problemas” con 1,06 frente a 0,57 ($p=0,64$); “Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)” con 1,52 frente a 1,07 ($p=0,44$). En el área de Tiempo de ocio y trabajo también estaban todos los ítems afectados: “Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas” con 3,48 frente a 3,00 ($p=0,46$); “Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme” con 3,00 frente a 1,21 ($p=0,02$); “Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros” con 4,30 frente a 3,50, y en este caso con diferencias significativas ($p=0,05$); “Deseo un trabajo distinto al que tengo” con 1,70 frente a 1,00 ($p=0,29$); “Deseo no volver a trabajar” con 2,82 frente a 2,50 ($p=0,67$). Otros ítems con diferencias significativas y que de igual modo, presentaban peores puntuaciones medias para el grupo que percibía rentas inferiores a 9.000 €/año frente al grupo de quienes percibían rentas mayores de 9.000 €/año pero pertenecientes a distintas áreas eran: “Soy una carga para mi familia y me siento inútil” con 1,06 frente a 0,14 ($p=0,04$), “He reducido mis salidas fuera de casa” con 3,67 frente a 1,86 ($p=0,01$), “He descendido mi actividad sexual” con 3,73 frente a 2,29 ($p=0,002$), “Tengo graves problemas económicos” con 1,48 frente a 0,36 ($p=0,03$), “Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme” con 3,00 frente a 1,21 ($p=0,02$).

A lo largo de las tres fases observamos que los pacientes con rentas inferiores a 9.000 €/año presentaron puntuaciones peores en los ítems de calidad de vida, que quienes percibían más de 9.000 €/año, aunque la puntuación mejoró desde la Fase I hasta la Fase III. Los pacientes con rentas superiores a 9.000 €/año también mejoraron su puntuación media en la Fase III respecto a la puntuación obtenida en las Fases I y II.

Tabla 21. Ítems de CV según el nivel de ingresos económicos en las fases I, II y III

ÁREAS	ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
		<9.000€/año n=23			>9.000€/año n=21			<9.000€/año n=30			>9.000€/año n=16			<9.000€/año n=33			>9.000€/año n=14		
		Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	P
SALUD	Tengo dolor en el pecho	1,61	1,55		1,00	1,300,20		1,67	1,44		0,69	1,070,03		1,33	1,59		0,86	1,09	0,41
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	1,74	1,71		1,14	1,350,27		1,53	1,50		1,06	0,990,35		2,12	2,14		1,14	1,40	0,12
	Me siento más cansado que antes	3,09	1,67		2,52	1,800,30		2,90	1,68		1,94	1,430,06		3,09	1,99		1,86	2,17	0,09
	Me cuesta levantarme por las mañanas	1,78	1,99		1,57	1,660,96		1,30	1,48		1,44	1,710,88		0,91	1,64		0,93	1,54	0,81
	Tomo demasiados medicamentos	2,70	1,69		3,00	1,810,46		2,47	1,85		2,56	1,540,97		2,58	1,98		2,93	1,59	0,60
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	1,74	1,95		1,76	1,720,80		1,57	1,94		2,13	1,780,22		2,03	2,09		2,36	2,20	0,48
	Echo de menos el fumar	1,30	1,94		1,48	1,990,55		0,93	1,78		1,00	1,750,59		1,15	1,90		2,00	2,41	0,26
SUEÑO	Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio hacer	2,22	2,02		2,19	1,660,93		2,47	1,75		1,81	1,100,13		2,67	2,30		1,50	1,87	0,06
	Me apetece descansar la mayor parte del día	2,83	1,82		2,48	1,630,43		2,27	1,53		1,81	1,160,34		2,21	2,13		1,29	1,93	0,24
	Cuando me siento doy más cabezadas que antes	2,70	1,91		2,33	1,880,55		2,30	1,86		2,13	2,020,81		2,03	2,12		1,79	1,71	0,80
EMOCION	Duermo peor que antes	1,35	1,79		2,10	2,040,22		1,87	1,81		1,88	1,780,96		1,45	2,15		1,71	1,72	0,49
	Río o lloro de repente sin motivo	0,91	1,44		0,81	1,360,87		1,40	1,63		1,06	1,560,47		1,03	1,77		0,43	1,15	0,24
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	1,78	1,53		1,62	1,710,73		2,47	1,88		2,00	1,540,45		2,97	1,96		1,93	1,97	0,10
FUTURO	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	1,35	1,55		1,43	1,530,83		2,30	1,78		1,31	1,400,07		2,12	2,16		1,86	2,10	0,56
	Siento miedo a morirme	1,57	1,64		1,48	1,770,77		2,57	1,96		1,44	1,750,07		1,39	2,06		1,36	1,98	0,88
	Soy una carga para mi familia y me siento inútil	1,43	1,97		0,76	1,220,35		0,90	1,53		0,25	0,770,08		1,06	1,63		0,14	0,54	0,04
MOVILIDAD	Estoy desesperanzado con mi futuro	1,87	2,02		1,67	1,850,80		1,50	1,59		0,75	1,340,10		0,97	1,96		0,71	1,43	0,80
	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa	1,57	2,08		1,62	1,960,71		1,13	1,59		0,56	1,090,22		1,79	2,30		1,36	2,24	0,54
	Me siento intranquilo conduciendo	0,48	1,31		1,76	2,040,01		0,63	0,99		1,00	1,710,70		0,39	1,29		0,43	1,34	0,63
RELACIONES-SOCIAL	He reducido mis salidas fuera de casa	2,83	2,18		2,10	1,780,20		2,20	1,84		2,25	1,520,87		3,67	2,01		1,86	2,10	0,01
	Ahora camino distancias más cortas	3,48	1,53		2,81	1,660,14		2,60	1,94		2,06	1,520,32		3,15	2,26		2,36	2,13	0,17
	Evito subir escaleras	3,43	1,77		2,67	1,880,17		2,73	2,06		3,06	1,480,66		2,79	2,20		1,93	2,12	0,25
ALERTA	Ahora me relaciono menos con otras personas	1,78	2,02		1,43	1,660,65		1,07	1,46		1,63	1,780,34		2,09	2,36		1,57	2,02	0,49
	Ha descendido mi actividad sexual por problema	2,96	2,05		3,38	1,200,86		3,13	2,17		3,75	1,340,57		3,73	1,42		2,29	1,590,002	
	Reacciono desagradablemente con mi familia	1,13	1,54		1,57	1,530,28		1,83	1,74		1,63	1,400,77		0,61	1,34		0,93	1,43	0,26
COMUNIC	Me aislo lo más que puedo de mi familia	0,52	1,27		0,57	0,810,25		0,97	1,42		0,38	0,710,21		0,27	0,91		0,07	0,26	0,77
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	1,43	1,92		0,81	1,360,42		1,40	1,77		1,31	1,740,92		1,03	1,70		0,86	1,46	0,77
	Me siento abandonado por todos	0,35	0,83		0,24	0,530,99		0,30	0,59		0,13	0,340,35		0,15	0,61		0	0	0,35
Ocio-trabajo	Tengo graves problemas económicos	1,57	1,97		1,43	1,590,97		1,83	1,76		0,56	1,090,01		1,48	1,77		0,36	0,92	0,03
	Reacciono lentamente ante lo se dice o se hace	2,17	1,72		1,48	1,160,16		1,83	1,62		1,75	1,120,94		0,97	1,70		0,71	1,49	0,91
	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	1,52	1,95		1,52	1,600,75		1,00	1,41		1,75	1,520,08		1,06	1,76		0,57	1,15	0,64
	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	2,74	1,83		2,24	1,670,23		1,80	1,60		2,00	1,460,69		1,52	1,87		1,07	1,68	0,44
	Me encuentro menos afectivo que antes	1,35	1,72		1,24	1,370,94		1,67	1,64		0,88	1,020,14		0,39	1,19		0,64	1,00	0,10
	Tengo que esforzarme para mantener una conversación	1,26	1,86		0,81	1,030,84		0,80	1,42		0,63	1,020,86		0,61	1,49		0,21	0,42	0,80
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	2,04	2,05		0,90	1,220,09		1,63	1,88		0,56	1,090,04		1,67	2,07		1,07	1,97	0,42
	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	3,26	2,11		2,62	1,680,12		2,07	1,83		2,25	1,610,70		3,48	1,98		3,00	2,25	0,46
	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	2,96	1,74		1,67	1,590,02		2,10	1,60		1,38	1,540,14		3,00	2,26		1,21	1,96	0,02
	Trabajo menos horas que antes o trabajos más ligeros	3,22	2,13		2,62	2,030,16		2,53	2,14		2,63	1,780,95		4,30	1,51		3,50	1,87	0,05
	Deseo un trabajo distinto al que tengo	1,70	2,05		1,67	2,190,92		1,67	1,84		0,81	1,510,12		1,70	2,25		1,00	1,66	0,29
	Deseo no volver a trabajar	1,22	1,85		1,67	2,150,49		1,07	1,64		1,13	1,850,83		2,82	2,41		2,50	2,47	0,67

➤ Lugar de residencia

Para conocer si el lugar de residencia podría tener influencia en la calidad de vida, las áreas y los ítems de calidad de vida, efectuamos un análisis de dichas variables. Agrupamos por un lado aquellos pacientes que pudieran vivir en el medio urbano (n=25 en Fase I; n=30 en Fase II; n=33 en Fase III), y por otro lado, aquellos pacientes que residieran en el medio rural (n=30 en

Fase I; n=16 en Fase II; n=14 en Fase III; Tabla 22).

En la Fase I, las puntuaciones medias de la calidad de vida y de las áreas de calidad de vida fueron peores para quienes vivían en un pueblo que para quienes vivían en la ciudad, aunque las cifras eran muy ajustadas; tan sólo el área Tiempo de ocio y trabajo presentó una puntuación media ligeramente más elevada en el grupo de quienes vivían en la ciudad (11,44 frente a 11,43; $p=0,98$).

En la Fase II, las puntuaciones medias fueron peores para quienes vivían en un pueblo que para quienes vivían en la ciudad en la calidad de vida global con 66,62 frente a 64,50 ($p=0,53$), y en las áreas de calidad de vida: Salud con 14,66 frente a 12,55 ($p=0,32$); Comportamiento emocional con 5,70 frente a 5,00 ($p=0,76$); y Sueño y descanso con 7,14 frente a 4,50 ($p=0,01$), en este último caso como podemos observar, con diferencias significativas. Para el resto de las áreas fueron quienes vivían en la ciudad los que presentaron las peores puntuaciones, aunque las cifras estaban muy ajustadas respecto a los pacientes que residían en el medio rural.

En la Fase III, los resultados mostraron puntuaciones similares para el grupo que vivía en un pueblo o para el grupo que vivía en una ciudad, aunque quienes vivían en un pueblo presentaban peor calidad de vida con 68,03 frente a 67,90 ($p=1,00$). En el caso de las áreas de calidad de vida no se encontraron diferencias significativas, sin embargo las puntuaciones eran peores para quienes vivían en la ciudad en el área de Proyectos de futuro con 3,40 frente a 2,81 ($p=0,76$); Comportamiento de alerta 4,10 frente a 2,51 ($p=0,08$) y Comunicación 3,15 puntos frente a 1,92 ($p=0,39$). Por el contrario, para quienes vivían en un pueblo, encontramos puntuaciones peores en las áreas de calidad de vida de Movilidad 11,18 frente a 9,90 ($p=0,53$); y Tiempo de ocio y trabajo 14,55 frente a 13,45 ($p=0,50$), aunque como decíamos, sin diferencias significativas en ninguno de los casos.

A lo largo de las tres mediciones hallamos que la calidad de vida era peor para quienes vivían en un pueblo que para quienes vivían en la ciudad. Respecto a la evolución que se ha apreciado en las áreas: Movilidad y Tiempo de ocio y trabajo empeoraron desde la Fase I a la Fase III, y era peor

para quienes vivían en un pueblo (Movilidad 10,76 en la Fase I, $p=0,67$; 9,03 en la Fase II, $p=0,97$; 11,18 puntos en la Fase III, $p=0,53$. Por otro lado Tiempo de ocio y trabajo 11,43 en la Fase I, $p=0,98$; 8,55 en la Fase II, $p=0,44$; 14,55 en la Fase III, $p=0,50$ respectivamente). El resto de áreas o bien mejoró su puntuación, o se mantenía prácticamente igual.

Tabla 22. CV y áreas de CV según el lugar de residencia en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I					Fase II					Fase III				
	Ciudad n=25		Pueblo n=30		p	Ciudad n=18		Pueblo n=27		p	Ciudad n=20		Pueblo n=27		p
	Media	s	Media	s		Media	s	Media	s		Media	s	Media	s	
Salud	14,08	6,60	15,60	9,19	0,66	12,55	6,24	14,66	7,66	0,32	15,10	7,75	15,25	6,70	0,84
Sueño y descanso	5,64	4,51	6,96	4,31	0,16	4,50	2,54	7,14	4,10	0,01	5,30	3,72	5,51	4,54	0,91
Comportamiento emocional	3,68	3,88	4,13	3,66	0,57	5,00	4,04	5,70	4,33	0,76	5,15	5,00	5,85	4,52	0,55
Proyectos de futuro	3,60	3,18	4,26	4,08	0,62	4,38	4,17	3,92	3,65	0,68	3,40	4,28	2,81	3,47	0,76
Movilidad	10,08	5,58	10,76	6,93	0,67	9,11	5,82	9,03	5,43	0,97	9,90	6,14	11,18	7,23	0,53
Relaciones sociales	8,88	4,74	9,40	6,05	0,92	10,77	6,89	9,48	6,42	0,59	8,35	5,75	8,40	5,12	0,96
Comportamiento de alerta	5,36	3,36	6,00	4,29	0,76	4,94	4,22	4,92	3,45	0,89	4,10	4,84	2,51	4,33	0,08
Comunicación	3,36	3,36	3,60	4,35	0,87	3,38	3,38	3,18	3,46	0,83	3,15	3,95	1,92	2,30	0,39
Tiempo de ocio y trabajo	11,44	5,61	11,43	5,47	0,98	9,83	5,78	8,55	5,19	0,44	13,45	5,38	14,55	6,17	0,50
Calidad de vida	66,12	28,81	72,16	36,84	0,56	64,50	32,41	66,62	34,34	0,53	67,90	33,58	68,03	32,97	1,00

Para conocer la posible relación del Lugar de residencia y la calidad de vida analizamos la influencia de dicha variable sobre los 40 ítems o aspectos concretos que componen el cuestionario (Tabla 23).

En la Fase I, los resultados mostraron que quienes residían en un pueblo presentaban mayor número de ítems afectados y sus puntuaciones eran peores al compararlos con quienes residían en la ciudad. Hallamos diferencias significativas con peores puntuaciones para personas que residían en la ciudad que para personas que residían en el campo en el ítem siguiente: “Deseo no volver a trabajar” con 2,08 frente a 1,07 puntos ($p=0,02$).

En la Fase II al comparar las puntuaciones medias de quienes residían en la ciudad y quienes residían en un pueblo, encontramos que los primeros presentaron puntuaciones más elevadas en los ítems que quienes residían en un pueblo. En la Fase II y respecto a la Fase I, en el número de ítems afectados y con una reducción de sus puntuaciones medias, se observó una mejoría en quienes vivían en un pueblo y empeoraron quienes residían en la

ciudad. Hallamos diferencias significativas con peor puntuación para personas que residían en un pueblo que para quienes vivían en la ciudad en el ítem siguiente: “Cuando me siento doy más cabezadas que antes” con 2,81 frente a 1,28 puntos ($p=0,01$).

En la Fase III, al comparar las puntuaciones medias de quienes residían en la ciudad y quienes residían en un pueblo, encontramos medias muy similares para uno u otro grupo aunque las puntuaciones fueron ligeramente peores para quienes residían en la ciudad que para aquellos que residían en un pueblo aunque como decíamos, con mínimas diferencias. Hallamos diferencias significativas con peores puntuaciones para quienes vivían en la ciudad que para quienes vivían en un pueblo en el ítem: “Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)” con 2,00 frente a 0,93 puntos ($p=0,03$); por otro lado, hallamos diferencias significativas con peores puntuaciones para personas que residían en un pueblo, que para el grupo que vivía en la ciudad en los ítems siguientes: “He descendido mi actividad sexual” con 3,63 frente a 2,85 puntos ($p=0,05$), “He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa”, con 2,22 puntos frente a 0,90 ($p=0,05$).

En ninguna de las tres fases destacó algún área especialmente afectada. A lo largo de las tres mediciones la alteración de los ítems se distribuía de manera irregular. En frecuencia de ítems afectados, se redujo progresivamente el número en quienes residían en un pueblo, por lo que en la Fase III se apreció una mejoría en ese sentido respecto a la Fase I. En líneas generales, quienes vivían en la ciudad puntuaban peor que quienes vivían en el campo, empeorando desde la Fase I hasta la Fase III, en la que se encontró que la afectación de los ítems era mayor que para quienes vivían en un pueblo.

Tabla 23. Ítems de CV según el lugar de residencia en las fases I, II y III

ÁREAS	ÍTEMES DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
		Ciudad n=25			Pueblo n=30			Ciudad n=18			Pueblo n=27			Ciudad n=20			Pueblo n=27		
		Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p
SALUD	Tengo dolor en el pecho	0,96	1,20	1,60	1,580,16	0,94	1,30	1,52	1,420,19	1,20	1,64	1,19	1,360,87						
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	1,12	1,45	1,57	1,590,26	1,17	1,38	1,44	1,340,39	2,15	2,13	1,59	1,880,38						
	Me siento más cansado que antes	2,88	1,78	2,70	1,860,69	2,33	1,53	2,70	1,770,45	2,55	2,16	2,85	2,080,66						
	Me cuesta levantarme por las mañanas	1,40	1,70	1,73	1,910,61	1,06	1,21	1,52	1,760,56	0,55	0,99	1,19	1,900,49						
	Tomo demasiados medicamentos	2,96	1,83	2,63	1,820,46	2,67	1,71	2,30	1,720,48	2,55	2,03	2,78	1,760,75						
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	1,44	1,55	2,00	2,030,42	1,00	1,23	2,15	2,050,06	1,95	2,28	2,26	2,010,85						
	Echo de menos el fumar	1,20	1,87	1,43	2,020,93	1,11	1,93	0,89	1,670,75	1,35	2,15	1,44	2,060,78						
SUÑO	Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio hacer	2,12	1,69	1,93	1,960,68	2,28	1,52	2,15	1,630,89	2,80	2,04	1,96	2,320,30						
	Me apetece descansar la mayor parte del día	2,08	1,63	2,70	1,780,15	1,83	0,98	2,22	1,620,37	1,95	1,90	1,93	2,260,72						
	Cuando me siento doy más cabezadas que antes	2,04	1,92	2,47	1,960,42	1,28	1,32	2,81	2,000,01	1,60	1,93	2,22	2,040,32						
	Duermo peor que antes	1,52	1,85	1,80	1,970,55	1,39	1,57	2,11	1,860,12	1,75	2,02	1,37	2,040,41						
	Río o lloro de repente sin motivo	0,76	1,33	1,00	1,430,62	1,11	1,60	1,33	1,610,69	0,65	1,49	1,00	1,730,45						
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	1,48	1,63	1,80	1,620,49	2,11	1,81	2,37	1,770,62	2,45	2,08	2,81	1,960,57						
	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	1,44	1,63	1,33	1,490,88	1,78	1,62	2,00	1,770,70	2,05	2,13	2,04	2,150,96						
FUTURO	Siento miedo a morirme	1,48	1,68	1,30	1,640,69	2,39	1,78	2,11	2,060,52	1,70	2,17	1,15	1,890,53						
	Soy una carga para familia y me siento inútil	0,52	1,04	1,20	1,840,25	0,78	1,55	0,63	1,241,00	0,85	1,66	0,74	1,310,90						
	Estoy desesperanzado con mi futuro	1,60	1,70	1,77	1,960,81	1,22	1,62	1,19	1,490,98	0,85	1,84	0,93	1,810,70						
MOVILIDAD	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa	1,12	1,76	1,63	2,050,41	1,00	1,57	0,93	1,410,91	0,90	1,88	2,22	2,390,05						
	Me siento intranquilo conduciendo	1,16	1,84	0,63	1,490,13	0,78	1,39	0,78	1,250,84	0,55	1,53	0,30	1,100,41						
	He reducido mis salidas fuera de casa	2,24	1,76	2,73	2,140,26	2,28	1,80	2,11	1,690,74	3,05	2,13	3,19	2,250,82						
	Ahora camino distancias más cortas	2,80	1,65	2,90	2,020,62	2,17	1,58	2,48	1,920,54	2,95	2,16	2,89	2,320,91						
	Evito subir escaleras	2,76	1,71	2,87	2,090,71	2,89	1,71	2,74	1,990,89	2,45	2,28	2,59	2,170,84						
RELACIONES-SOCIAL	Ahora me relaciono menos con otras personas	1,52	1,61	1,77	1,940,70	1,61	1,75	1,00	1,460,27	1,85	2,20	2,00	2,330,80						
	Ha descendido mi actividad sexual por problema	3,52	1,22	3,00	1,760,40	3,67	1,84	3,07	1,990,25	2,85	1,63	3,63	1,520,05						
	Reacciono desagradablemente con mi familia	1,20	1,47	1,03	1,490,48	1,94	1,66	1,59	1,620,46	0,75	1,48	0,67	1,300,82						
	Me aislo lo más que puedo de mi familia	0,32	0,62	0,53	1,190,98	0,78	1,30	0,70	1,230,93	0,35	0,98	0,11	0,570,18						
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	1,24	1,69	1,20	1,750,85	1,33	1,74	1,30	1,720,91	0,95	1,70	1,00	1,590,74						
	Me siento abandonado por todos	0,12	0,33	0,33	0,800,51	0,11	0,32	0,33	0,620,20	0,25	0,78	0	0	0,09					
	Tengo graves problemas económicos	0,96	1,48	1,53	1,830,27	1,33	1,68	1,48	1,690,66	1,35	1,75	1,00	1,560,49						
ALERTA	Reacciono lentamente ante lo se dice o se hace	1,44	1,32	2,00	1,660,21	1,83	1,58	1,78	1,420,95	0,90	1,71	0,89	1,600,82						
	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	1,24	1,50	1,60	1,830,62	1,39	1,65	1,22	1,390,85	1,20	1,79	0,70	1,460,21						
	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	2,68	1,62	2,40	1,750,69	1,72	1,52	1,93	1,590,75	2,00	1,86	0,93	1,660,03						
COMUNI	Me encuentro menos afectivo que antes	0,96	1,24	1,17	1,660,96	1,28	1,27	1,41	1,640,97	0,45	1,27	0,48	1,050,59						
	Tengo que esforzarme para mantener una conversación	0,88	1,23	1,03	1,710,82	0,94	1,25	0,52	1,250,11	0,70	1,62	0,33	0,960,56						
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	1,52	1,68	1,40	1,900,50	1,17	1,58	1,26	1,830,83	2,00	2,10	1,11	1,940,09						
OCIO-TRBAJO	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	3,08	1,73	3,07	2,100,68	2,56	1,75	1,93	1,700,24	3,00	2,15	3,59	1,980,27						
	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	1,80	1,65	2,50	1,870,15	2,17	1,79	1,63	1,490,34	2,65	2,25	2,33	2,380,67						
	Trabajo menos horas que antes o trabajos más ligeros	2,92	1,93	3,40	2,020,17	2,44	2,09	2,74	1,950,68	3,80	1,70	4,26	1,600,18						
	Deseo un trabajo distinto al que tengo	1,56	2,00	1,40	2,060,70	1,56	1,75	1,15	1,740,33	1,50	1,98	1,48	2,220,95						
	Deseo no volver a trabajar	2,08	2,06	1,07	1,830,02	1,11	1,49	1,11	1,860,53	2,50	2,41	2,89	2,430,42						

➤ Tipo de convivencia

La influencia que sobre la calidad de vida de los pacientes postinfarto de miocardio ejerce el apoyo social y familiar es bien conocida, pudiendo considerarse que el tipo de convivencia que posean, es una parte importante del apoyo que ellos perciben como disponible. Clasificamos a nuestros pacientes en función de que vivieran solos (n=2); con sus parejas (n=18); con su pareja e hijos (n=20); solamente con sus hijos (n=2); o por último, con

otros familiares (n=5). En la Tabla 24 se presentan los resultados hallados en la Fase III. Destacamos que las puntuaciones para la calidad de vida global eran mejores para quienes vivían solos, frente a cualquier otro tipo de convivencia (52,00 vivir solos; 67,38 vivir con la pareja; 65,25 vivir con la pareja e hijos; 69,60 vivir con otros familiares) y destacamos también que puntuaba hasta dos veces peor si la convivencia era solamente con los hijos que en cualquiera de los otros tipos de convivencia (52,00 vivir solos; 67,38 vivir con la pareja; 65,25 vivir con la pareja e hijos; 69,60 vivir con otros familiares; 112,50 vivir solamente con hijos; $p=0,39$). No obstante no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las tres mediciones por el escaso tamaño de la muestra (n=2) en algunos de los grupos.

Al relacionar el Tipo de convivencia con las áreas de calidad de vida, tampoco se encontraron relaciones significativas y se hallaron de nuevo las peores puntuaciones en todas las áreas de calidad de vida, para el grupo que vivía solamente con los hijos.

Tabla 24. CV y áreas de CV según el tipo de convivencia en la fase III

CALIDAD DE VIDA Y ÁREAS	Tipo de convivencia												
	Total n=47		Solo/a n=2		Con la pareja n=18		Con la pareja e hijos n=20		Solamente con hijos n=2		Con otros familiares n=5		p
	Media	s	Media	s	Media	s	Media	s	Media	s	Media	s	
Salud	15,19	7,08	15,00	4,24	17,00	6,97	13,50	7,15	18,50	3,53	14,20	9,20	0,45
Sueño – descanso	5,42	4,17	5,50	7,77	5,05	4,23	5,55	4,09	9,00	1,41	4,80	4,60	0,71
Comportamiento emocional	5,55	4,69	2,50	3,53	4,50	3,83	6,00	4,94	9,50	7,77	7,20	5,89	0,58
Proyectos de futuro	3,06	3,80	1,00	1,41	3,00	3,69	2,85	3,48	8,50	4,94	2,80	5,21	0,37
Movilidad	10,63	6,75	8,50	2,12	11,50	6,13	9,15	6,74	20,00	0,00	10,60	9,31	0,19
Relaciones – social	8,38	5,33	4,00	1,41	8,61	5,03	8,00	6,15	11,50	0,70	9,60	4,72	0,44
Comportamiento de alerta	3,19	4,57	0,00	0,00	3,55	4,55	2,90	4,61	10,50	6,36	1,40	2,19	0,10
Comunicación	2,44	3,13	0,00	0,00	1,94	3,71	2,90	2,55	5,00	7,07	2,40	1,51	0,19
Ocio – trabajo	14,08	5,81	15,50	3,53	12,22	5,52	14,40	5,87	20,00	0,00	16,60	7,09	0,29
Calidad de vida	67,97	32,87	52,00	0,00	67,38	29,16	65,25	34,69	112,50	31,81	69,60	40,98	0,39

Decidimos entonces rehacer la agrupación por el excesivo fraccionamiento de la muestra y por el hecho de que algunos grupos incluían sólo dos personas, lo que no permitía por otro lado, que se obtuvieran relaciones estadísticamente significativas. Seguimos el criterio de que en la convivencia de los pacientes o bien estuviera presente la pareja o bien no estuviera presente la pareja.

Por tanto la muestra fue dividida en dos grupos según el tipo de convivencia: en el primer grupo denominado Con la pareja, fueron incluidos los pacientes que vivían con su pareja y con su pareja e hijos (n=48 en la Fase I, n=39 en Fase II, n=38 en Fase III) y el segundo grupo denominado Sin la pareja quedó configurado por los pacientes que vivían Solos, Solamente con los hijos o Con otros familiares (n=7 en Fase I, n=7 en Fase II, y n=9 en Fase III; Tabla 25).

En la Fase I los pacientes que vivían sin la pareja presentaban una peor calidad de vida global que aquellos que vivían con su pareja, aunque cabe señalar que estas diferencias no eran significativas ($p=0,69$). Aunque casi todas las áreas presentaban puntuaciones similares en ambos grupos, en el caso de los pacientes que vivían sin la pareja las puntuaciones eran peores en las áreas de Comportamiento emocional, Proyectos de futuro, Movilidad, Comportamiento de alerta y Comunicación; y en cambio, en el grupo de pacientes que convivían con su pareja, las áreas que puntuaban peor eran Salud, Sueño y descanso, Relaciones sociales y Tiempo de ocio y trabajo.

En la Fase II, al contrario que en la Fase I, la calidad de vida y la mayor parte de áreas puntuó peor para los pacientes que convivían con su pareja: Salud, Sueño y descanso, Movilidad, Relaciones sociales, Comportamiento de alerta, Comunicación y Tiempo de ocio y trabajo. Por otro lado, los pacientes que vivían sin pareja, solo puntuaron peor en Proyectos de futuro y Comportamiento emocional aunque en este caso la puntuación fue apenas más elevada que en quienes convivían con pareja.

En la Fase III, tal como en la Fase I, los pacientes que vivían sin pareja fueron quienes peor calidad de vida global presentaron; todas las áreas presentaron puntuaciones muy igualadas en ambos grupos a excepción de las áreas Comportamiento emocional, Movilidad, y Tiempo de ocio cuyas puntuaciones eran peores en quienes vivían sin pareja, y por el contrario el área de Comportamiento de alerta, presentó peor puntuación en quienes convivían con pareja con 3,21 frente a 3,11 ($p=0,79$).

Un análisis comparativo de las tres fases revela que, aunque no encontramos diferencias significativas, los pacientes que vivían sin pareja en la Fase I, presentaban mayor número de áreas afectadas y peor puntuación que

quienes convivían con pareja, datos que se invirtieron en la Fase II donde hallamos peores puntuaciones en las personas que convivían con sus parejas. Sin embargo, en la Fase III nuevamente y tal como se halló en la Fase I, los pacientes que vivían sin pareja fueron quienes se encontraban peor al compararlos con los pacientes que convivían con pareja, presentando las puntuaciones medias peores en las áreas y en la calidad de vida global.

Tabla 25. CV y áreas de CV según convivencia “reagrupada” en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I					Fase II					Fase III				
	Con pareja* n=48		Sin pareja** n=7		p	Con pareja* n=39		Sin pareja** n=7		p	Con pareja* n=38		Sin pareja** n=9		p
	Media	s	Media	s		Media	s	Media	s		Media	s	Media	s	
Salud	15,31	7,89	12,14	9,47	0,33	14,28	6,77	12,85	10,02	0,65	15,15	7,19	15,33	7,03	0,98
Sueño y descanso	6,45	4,50	5,71	4,02	0,99	6,30	3,68	5,71	4,82	0,69	5,31	4,11	5,88	4,64	0,60
Comportamiento emocional	3,85	3,74	4,42	3,95	0,64	5,53	3,83	5,57	6,34	0,67	5,28	4,45	6,66	5,74	0,54
Proyectos de futuro	3,79	3,81	5,14	2,54	0,11	3,89	4,01	5,14	2,11	0,10	2,92	3,53	3,66	5,00	0,96
Movilidad	10,12	6,50	12,71	4,38	0,23	9,58	5,51	6,85	5,30	0,19	10,26	6,48	12,22	8,01	0,34
Relaciones sociales	9,20	5,40	8,85	6,25	0,84	10,66	6,71	7,14	4,94	0,21	8,28	5,58	8,77	4,40	0,68
Comportamiento de alerta	5,60	3,85	6,42	4,31	0,55	5,10	3,74	4,00	3,46	0,51	3,21	4,53	3,11	5,03	0,79
Comunicación	3,33	3,91	4,57	3,95	0,25	3,76	3,57	1,28	1,60	0,09	2,44	3,15	2,44	3,24	0,92
Tiempo de ocio y trabajo	11,50	5,36	11,00	6,73	0,96	9,30	5,37	7,28	5,40	0,27	13,36	5,73	17,11	5,44	0,10
Calidad de vida	69,18	34,20	71,00	28,27	0,69	68,46	33,04	55,85	35,04	0,32	66,26	31,78	75,22	38,32	0,57

*Con pareja: viven con su pareja, ó viven con su pareja e hijos. ** Sin pareja: viven solos, viven solamente con los hijos, o con otros familiares

A continuación se presentan las puntuaciones medias obtenidas en los indicadores de calidad de vida en función del tipo de convivencia (Tabla 26).

En la Fase I, observamos peores puntuaciones en los ítems de calidad de vida, en el grupo de pacientes sin pareja, aunque las medias eran bastante similares al grupo que convivía con pareja. Las áreas con mayor número de ítems afectados y que puntuaban peor en el grupo que vivía con pareja, que en el grupo que vivía sin pareja era: Salud con puntuaciones más altas; y en el caso de aquellos que vivían sin pareja las áreas con mayor número de ítems y que presentaban puntuaciones peores que el grupo con pareja fueron Proyectos de futuro y Movilidad. Además, hallamos diferencias estadísticamente significativas con peores puntuaciones en personas que vivían con pareja, frente al grupo de personas que vivía sin pareja en el ítem siguiente: “Echo de menos el fumar” con 1,52 frente a 0 ($p=0,03$); y por el

contrario en el ítem “Me siento abandonado por todos” puntuó peor el grupo de quienes vivían sin pareja, frente al grupo de quienes vivían con pareja con 1,14 frente a 0,10 ($p<0,001$).

En la Fase II, los pacientes que vivían en pareja reflejaron tener más afectadas las siguientes dimensiones de calidad de vida, respecto a los que vivían sin pareja: Salud, Comportamiento de alerta, Comunicación y Tiempo de ocio y trabajo. Como se observa, la afectación de las áreas sufrió un incremento desde la Fase I a la Fase II en este grupo de pacientes que vivían con su pareja. Respecto a los pacientes que vivían sin pareja, los resultados revelaron puntuaciones más altas que en el grupo con pareja en el área de Movilidad. Hallamos diferencias significativas en el ítem “Ahora tengo menos relaciones con otras personas”, con peor puntuación en quienes vivían con pareja 1,46 frente a 0,14 en quienes vivían sin pareja, ($p=0,04$).

En la Fase III encontramos respecto a la Fase II, que habían mejorado las puntuaciones en quienes vivían con pareja y empeorado el grupo que vivía sin pareja. En éstos, las áreas más afectadas fueron Salud, Comportamiento emocional, Movilidad y Tiempo de ocio y trabajo, es decir, se observó un incremento del número de áreas afectadas respecto a otras fases, en este grupo de pacientes que vivía sin pareja. Hallamos diferencias significativas en los ítems “He descendido mi actividad sexual” con peor puntuación en quienes vivían sin pareja con 4,00 puntos frente a 3,13 en el grupo con pareja ($p=0,04$); y “Deseo no volver a trabajar” con 4,44 frente a 2,32 ($p=0,01$).

Al revisar la frecuencia de alteraciones a lo largo de las tres fases, observamos que estaban muy igualadas tanto en el grupo que convivía con pareja, como en el que vivía sin pareja. En general, los indicadores de calidad de vida habían mejorado en la Fase II respecto a la Fase I, pero de nuevo, en la mayoría de los ítems, empeoró su puntuación media en la Fase III aunque sin llegar a superar el valor de la Fase I lo que se hace extensivo para uno u otro grupo de pacientes. Por otro lado, en la Fase III, empeoró el grupo de pacientes que vivía sin pareja en frecuencia de alteraciones y en áreas afectadas, comparados con el grupo que convivía con pareja.

Tabla 26. Ítems de CV según convivencia “reagrupada” en las fases I, II y III

ÁREAS	ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
		*Con pareja n=48			**Sin pareja n=7			*Con pareja n=39			**Sin pareja n=7			*Con pareja n=38			**Sin pareja n=9		
		Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s	p
SALUD	Tengo dolor en el pecho	1,31	1,45	1,29	1,60	0,85		1,31	1,45	1,43	1,13	0,78		1,26	1,54	0,89	1,17	0,61	
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	1,33	1,52	1,57	1,72	0,69		1,38	1,41	1,29	1,11	0,99		1,76	1,97	2,11	2,21	0,64	
	Me siento más cansado que antes	2,85	1,85	2,29	1,60	0,33		2,56	1,64	2,57	1,90	0,98		2,71	2,12	2,78	2,17	0,98	
	Me cuesta levantarme por las mañanas	1,60	1,83	1,43	1,81	0,75		1,26	1,48	1,86	1,95	0,50		0,89	1,57	1,00	1,80	0,90	
	Tomo demasiados medicamentos	2,90	1,80	2,00	1,92	0,23		2,64	1,76	1,71	1,50	0,19		2,84	1,81	2,00	2,06	0,28	
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	1,79	1,88	1,43	1,62	0,70		1,79	1,91	1,57	1,90	0,81		1,97	2,10	2,78	2,17	0,35	
	Echo de menos el fumar	1,52	2,01	0	0	0,03		1,08	1,86	0,29	0,76	0,29		1,24	2,02	2,11	2,32	0,18	
	Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio hacer	2,00	1,80	2,14	2,19	0,89		2,26	1,50	2,14	2,12	1,00		2,47	2,17	1,67	2,50	0,44	
SUEÑO	Me apetece descansar la mayor parte del día	2,40	1,69	2,57	2,15	0,84		2,13	1,34	2,00	1,92	0,67		1,89	2,02	2,11	2,52	0,88	
	Cuando me siento doy más cabezadas que antes	2,35	1,95	1,71	1,89	0,42		2,23	1,95	2,29	1,70	0,99		2,00	2,04	1,78	1,92	0,77	
	Duermo peor que antes	1,71	1,98	1,43	1,40	0,95		1,95	1,78	1,43	1,90	0,45		1,42	1,94	2,00	2,40	1,00	
EMOCIO	Río o lloro de repente sin motivo	0,81	1,32	1,43	1,81	0,41		1,18	1,50	1,86	2,12	0,43		0,71	1,45	1,44	2,24	0,40	
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	1,65	1,67	1,71	1,38	0,87		2,38	1,73	1,86	2,12	0,46		2,61	2,02	2,89	2,03	0,68	
	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	1,40	1,58	1,29	1,38	0,98		1,97	1,66	1,86	2,12	0,79		1,97	2,09	2,33	2,40	0,66	
FUTURO	Siento miedo a morir	1,35	1,68	1,57	1,51	0,61		1,97	1,98	3,29	1,38	0,08		1,58	2,14	0,56	1,13	0,21	
	Soy una carga para familia y me siento inútil	0,79	1,49	1,57	1,99	0,30		0,69	1,44	0,57	0,79	0,52		0,61	1,26	1,56	2,01	0,14	
	Estoy desesperanzado con mi futuro	1,65	1,83	2,00	2,00	0,66		1,23	1,58	1,29	1,38	0,73		0,74	1,72	1,56	2,13	0,12	
MOVILIDAD	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa	1,29	1,88	2,14	2,27	0,31		0,85	1,44	1,43	1,51	0,24		1,53	2,19	2,22	2,64	0,38	
	Me siento intranquilo conduciendo	1,00	1,75	0	0	0,11		0,85	1,35	0,29	0,76	0,24		0,37	1,22	0,56	1,67	0,92	
	He reducido mis salidas fuera de casa	2,48	1,96	2,71	2,29	0,71		2,41	1,71	1,14	1,46	0,08		3,05	2,21	3,44	2,19	0,58	
	Ahora camino distancias más cortas	2,71	1,90	3,86	1,07	0,16		2,46	1,76	2,14	2,19	0,71		2,92	2,24	2,89	2,37	0,99	
	Evito subir escaleras	2,65	1,95	4,00	1,16	0,10		3,03	1,74	1,86	2,41	0,19		2,39	2,22	3,11	2,09	0,38	
RELACIONES-SOCIAL	Ahora me relaciono menos con otras personas	1,67	1,80	1,57	1,81	0,96		1,46	1,64	0,14	0,38	0,04		1,74	2,15	2,78	2,64	0,17	
	Ha descendido mi actividad sexual por problema	3,42	1,30	2,00	2,52	0,23		3,54	1,86	2,29	2,14	0,15		3,13	1,55	4,00	1,73	0,04	
	Reacciono desagradablemente con mi familia	1,13	1,51	1,00	1,29	0,91		1,85	1,62	1,29	1,70	0,34		0,87	1,47	0	0	0,07	
	Me aílo lo más que puedo de mi familia	0,40	0,94	0,71	1,25	0,52		0,82	1,28	0,43	1,13	0,29		0,26	0,86	0	0	0,32	
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	1,25	1,72	1,00	1,73	0,56		1,33	1,74	1,57	1,90	0,69		1,05	1,72	0,67	1,12	0,84	
	Me siento abandonado por todos	0,10	0,37	1,14	1,22	0,00		0,23	0,49	0,29	0,76	0,83		0,13	0,58	0	0	0,49	
	Tengo graves problemas económicos	1,25	1,68	1,43	1,90	0,92		1,44	1,68	1,14	1,68	0,74		1,11	1,66	1,33	1,66	0,66	
	Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace	1,67	1,51	2,29	1,70	0,30		1,87	1,44	1,43	1,62	0,47		0,84	1,60	1,11	1,83	0,67	
ALERTA	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	1,44	1,71	1,43	1,62	0,93		1,36	1,55	0,71	0,95	0,35		0,84	1,60	1,22	1,72	0,36	
	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	2,50	1,74	2,71	1,38	0,79		1,87	1,56	1,86	1,57	0,94		1,53	1,83	0,78	1,72	0,21	
	Me encuentro menos afectivo que antes	0,94	1,41	2,00	1,73	0,08		1,49	1,50	0,86	1,46	0,26		0,47	1,18	0,44	1,01	0,84	
COMUNICACIÓN	Tengo que esforzarme para mantener una conversación	0,94	1,49	1,14	1,68	0,79		0,85	1,37	0,14	0,38	0,21		0,45	1,20	0,67	1,66	0,64	
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	1,46	1,76	1,43	2,15	0,83		1,44	1,80	0,29	0,49	0,16		1,53	2,06	1,33	2,06	0,75	
OCIO-TRABAJO	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	3,04	1,88	3,29	2,36	0,52		2,23	1,74	1,57	1,81	0,35		3,13	2,10	4,22	1,72	0,11	
	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	2,13	1,83	2,57	1,62	0,49		1,97	1,66	1,14	1,07	0,24		2,26	2,32	3,33	2,18	0,17	
	Trabajo menos horas que antes o trabajos más ligeros	3,19	1,99	3,14	2,12	0,92		2,67	1,98	2,00	2,24	0,41		3,95	1,79	4,56	0,73	0,68	
	Deseo un trabajo distinto al que tengo	1,48	2,05	1,43	1,90	0,95		1,49	1,83	0,71	1,25	0,28		1,71	2,16	0,56	1,67	0,12	
	Deseo no volver a trabajar	1,67	2,03	0,57	1,51	0,10		0,95	1,57	1,86	2,27	0,25		2,32	2,40	4,44	1,67	0,01	

*Con pareja: viven con su pareja, ó viven con su pareja e hijos. ** Sin pareja: viven solos, viven solamente con los hijos, o con otros familiares

➤ Estado civil

Según la literatura científica y como ya se ha comentado en la introducción teórica del presente estudio, el estado civil de las personas, entendido como una parte del apoyo social y familiar del que se pueda disponer, suele estar relacionado con la percepción de la calidad de vida de las personas. Este concepto es muy similar al que se estudió en el apartado anterior, donde se

halló que el Tipo de convivencia y por tanto el mayor o menor apoyo disponible en caso necesario, tiene relación con la calidad de vida. En el caso del presente apartado, se decidió averiguar la relación que pudiera ejercer el estado civil desde la perspectiva del apoyo de las parejas, como recurso más influyente en la enfermedad crónica o en la calidad de vida. Se agrupó la muestra en pacientes que estaban casados o tenían pareja: Tener pareja (n=47 en la Fase I, n=38 en Fase II, n=38 en Fase III), y pacientes viudos, separados o solteros: No tener pareja (n=8 en la Fase I, n=8 en Fase II, n=9 en Fase III; Tabla 27).

En la Fase I, la calidad de vida global y todas las áreas a excepción de Proyectos de futuro, Movilidad y Comunicación, presentaron una puntuación peor en el grupo que tenía pareja, que en el grupo que no tenía pareja, aunque ciertas áreas tenían puntuaciones prácticamente iguales para ambos casos, por ejemplo: Comportamiento emocional con 3,93 puntos de media en el grupo que tenía pareja frente 3,87 ($p=0,98$), o en el caso de Comportamiento de alerta 5,72 frente a 5,62 ($p=1,00$).

En la Fase II no encontramos muchas diferencias respecto a la Fase I, y del mismo modo, el grupo de personas que no tenía pareja era el que puntuaba mejor. Para el grupo que puntuó peor (quienes tenían pareja) la puntuación global de calidad de vida había disminuido 67,60 puntos en Fase II ($p=0,64$); respecto a 69,87 en la Fase I ($p=0,92$). En lo relativo a las áreas, aunque de nuevo y en ambos grupos, algunas de dichas áreas volvían a presentar puntuaciones muy similares a las de la Fase I, encontramos que entre las áreas que en la Fase I puntuaban mejor en el grupo que tenía pareja, sólo fue el área de Proyectos de futuro el que continuaba presentando una puntuación mejor en este grupo respecto al grupo que no tenía pareja, y que además había diferencias estadísticamente significativas con 3,68 puntos (tener pareja) frente a 6,00 puntos (no tener pareja; $p=0,24$).

En la Fase III, del mismo modo que en la Fase I, no encontramos relaciones significativas entre el Estado civil y la calidad de vida. Sin embargo observamos que el grupo de pacientes que no tenía pareja, había empeorado en la puntuación de la calidad de vida respecto a los que tenían pareja con 69,77 puntos frente a 67,55 ($p=0,98$) así como en ciertas áreas que en fases

anteriores habían mantenido su puntuación mejor que el grupo de pacientes que tenía pareja; dichas áreas son Salud, Movilidad y Tiempo de ocio y trabajo; a modo de ejemplo, en el área de Tiempo de ocio y trabajo encontramos en la Fase III 16,33 puntos en el grupo que no tenían pareja frente a 13,55 los que tenían pareja ($p=0,24$) mientras que en las fases anteriores eran quienes tenían pareja los que presentaron las puntuaciones peores. Por otro lado, las áreas de Sueño y descanso, Comportamiento emocional y Comunicación presentaron puntuaciones casi iguales en ambos grupos.

Hemos observado un empeoramiento de la calidad de vida en el grupo de personas que no tenía pareja a lo largo de las tres fases. Así, mientras que en el grupo que tenía pareja, las puntuaciones en calidad de vida y la mayor parte de las áreas del cuestionario se mantenían peores en la Fase I y en la Fase II, fueron en la Fase III quienes estaban sin pareja los que puntuaron peor en calidad de vida y en las áreas de Salud, Comportamiento de futuro y Movilidad, quedando el resto de áreas con puntuaciones medias muy parejas respecto al grupo que tenía pareja.

Tabla 27. CV y áreas de CV según el estado civil en las fases I, II y III

ÁREAS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I						Fase II						Fase III					
	Tener pareja* n=47			No tener pareja** n=8			Tener pareja* n=38			No tener pareja** n=8			Tener pareja* n=38			No tener pareja** n=9		
	Media	s		Media	s	p	Media	s		Media	s		Media	s		Media	s	p
Salud	15,38	7,96		12,12	8,77	0,30	14,31	6,86		12,87	9,28	0,59	15,02	7,13		15,88	7,28	0,73
Sueño y descanso	6,48	4,543		5,62	3,73	0,84	6,26	3,72		6,00	4,53	0,91	5,44	4,11		5,33	4,66	0,98
Comportamiento emocional	3,93	3,73		3,87	3,97	0,98	5,55	3,88		5,50	5,87	0,67	5,60	4,30		5,33	6,40	0,61
Proyectos de futuro	3,85	3,83		4,62	2,77	0,24	3,68	3,83		6,00	3,11	0,03	2,97	3,50		3,44	5,12	0,75
Movilidad	10,25	6,51		11,62	5,09	0,48	9,47	5,53		7,75	5,52	0,41	10,42	6,65		11,55	7,51	0,61
Relaciones sociales	9,27	5,44		8,50	5,87	0,67	10,44	6,66		8,62	6,20	0,53	8,52	5,45		7,77	5,09	0,81
Comportamiento de alerta	5,72	3,80		5,62	4,59	1,00	4,97	3,70		4,75	3,84	0,95	3,50	4,49		1,88	4,96	0,06
Comunicación	3,36	3,95		4,25	3,77	0,32	3,63	3,52		2,25	3,10	0,29	2,50	3,12		2,22	3,34	0,62
Tiempo de ocio y trabajo	11,59	5,37		10,50	6,39	0,69	9,26	5,43		7,75	5,17	0,39	13,55	5,86		16,33	5,36	0,24
Calidad de vida	69,87	34,24		66,75	28,80	0,92	67,60	33,04		61,50	36,15	0,64	67,55	31,48		69,77	40,27	0,98

* Tener pareja: estar casado, o tener una pareja. **No tener pareja: estar viudo, estar separado, o estar soltero

Para conocer si tener o no tener pareja, tenía relación con aspectos concretos de la calidad de vida y en caso de existir dicha relación poder observar cómo

se distribuían las alteraciones, efectuamos el análisis entre Estado civil e ítems de calidad de vida. Siguiendo el mismo esquema que en el caso del análisis por áreas recién expuesto, dividimos en dos grupos a los pacientes según si tenían pareja por un lado, o si no tenían pareja por otro (Tabla 28).

En la Fase I, la frecuencia de alteraciones hallada en un grupo u otro fue similar aunque quienes no tenían pareja presentaban más ítems alterados que el grupo que tenía pareja. Destacar que en el grupo que tenía pareja se encontraron peores puntuaciones en los ítems correspondientes a las áreas de Salud, Sueño y descanso, Comportamiento emocional, Relaciones sociales, Comportamiento de alerta y Tiempo de ocio y trabajo, mientras que en el grupo que no tenía pareja las puntuaciones fueron peores que en el grupo que tenía pareja en las áreas de Proyectos de futuro, Movilidad y Comunicación aunque como se ha expuesto, las puntuaciones eran muy similares. Por último hallamos diferencias significativas en el ítem “Me siento abandonado por todos” con peor puntuación en quienes no tenían pareja, que en el grupo que tenía pareja con 1 punto frente a 0,11 ($p=0,001$).

En la Fase II, al contrario que en la Fase I, se halló en el grupo que tenía pareja, mayor número de ítems alterados con peores puntuaciones que en el grupo que no tenía pareja. El único ítem que presentó diferencias significativas con peor puntuación en quienes no tenían pareja frente al grupo de quienes tenían pareja era: “Siento miedo a morirme” con 3,50 puntos frente a 1,89 ($p=0,02$). Los ítems que presentaron las peores puntuaciones en el grupo que tenía pareja pertenecían a las áreas: Salud, Sueño y descanso, Comportamiento emocional, Movilidad, Relaciones sociales, Comportamiento de alerta, Comunicación y Tiempo de ocio y trabajo, observamos que respecto a la Fase I, en este grupo aparecían dos áreas más afectadas: Movilidad y Comunicación. Por otro lado, en el grupo que no tenía pareja, se encontró un mayor número de ítems con peores puntuaciones que en el grupo que tenía pareja, en el área Proyectos de futuro.

En la Fase III, la frecuencia de alteraciones halladas fue casi igual para ambos grupos, aunque la puntuación media de los ítems fue algo peor que en fases anteriores. Los ítems que presentaron las puntuaciones peores en el grupo que tenía pareja, pertenecían a las áreas: Sueño y descanso,

Comportamiento emocional, Comportamiento de alerta y Comunicación; y por otro lado, los ítems con las peores puntuaciones en el grupo que no tenía pareja, pertenecían a las áreas: Salud, Proyectos de futuro, Movilidad, Relaciones sociales y Tiempo de ocio y trabajo.

A lo largo de las tres fases, se observó gran similitud entre los valores de los grupos, destacando quizás en la Fase I, valores peores en los ítems de calidad de vida del grupo que no tenía pareja, lo cual se invirtió en la Fase II, puesto que se hallaron peores puntuaciones en el grupo que tenía pareja, aunque como decíamos con anterioridad, las diferencias en las puntuaciones no eran grandes respecto a la Fase I tanto para un grupo como para otro, con valores muy similares. En la Fase III, la frecuencia de ítems alterados fue casi igual para ambos grupos, aunque la puntuación media de los ítems fue algo peor para ambos grupos que en fases anteriores.

Tabla 28. Ítems de CV según estado civil en las fases I, II y III

ÁREAS	ÍTEMS DE CALIDAD DE VIDA	Fase I					Fase II					Fase III				
		*Tener pareja N=47		**No tener pareja n=8			*Tener pareja n=38		**No tener pareja n=8			*Tener pareja n=38		**No tener pareja n=9		
		Media	s	Media	s	p	Media	s	Media	s	p	Media	s	Media	s	p
SALUD	Tengo dolor en el pecho	1,34	1,44	1,13	1,55	0,58	1,26	1,44	1,63	1,18	0,46	1,29	1,54	0,78	1,09	0,48
	Tengo fatiga o noto que respiro mal	1,36	1,52	1,38	1,68	0,99	1,42	1,4	1,13	1,12	0,66	1,71	1,98	2,33	2,06	0,37
	Me siento más cansado que antes	2,89	1,84	2,13	1,55	0,2	2,58	1,65	2,5	1,77	0,84	2,71	2,11	2,78	2,16	0,97
	Me cuesta levantarme por las mañanas	1,57	1,83	1,63	1,76	0,98	1,29	1,48	1,63	1,92	0,8	0,89	1,57	1	1,8	0,89
	Tomo demasiados medicamentos	2,89	1,82	2,13	1,8	0,24	2,66	1,77	1,75	1,38	0,16	2,76	1,79	2,33	2,23	0,61
	Me cuesta seguir el régimen o dieta	1,83	1,88	1,25	1,58	0,44	1,82	1,92	1,5	1,77	0,78	1,95	2,06	2,89	2,26	0,23
	Echo de menos el fumar	1,51	2,03	0,25	0,7	0,08	1,05	1,87	0,5	0,92	0,61	1,37	2,08	1,56	2,18	0,58
	Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio hacer	1,98	1,81	2,25	2,05	0,7	2,24	1,51	2,25	1,98	0,82	2,34	2,16	2,22	2,63	0,93
SUENO	Me apetece descansar la mayor parte del día	2,4	1,7	2,5	2	0,98	2,16	1,34	1,88	1,8	0,46	2,03	2,06	1,56	2,35	0,45
	Cuando me siento doy más cabezadas que antes	2,36	1,97	1,75	1,75	0,41	2,21	1,97	2,38	1,59	0,87	2	2,04	1,78	1,92	0,76
	Duermo peor que antes	1,72	1,99	1,38	1,3	0,93	1,89	1,76	1,75	1,98	0,8	1,42	1,94	2	2,39	0,51
EMOCIO	Río o lloro de repente sin motivo	0,83	1,32	1,25	1,75	0,61	1,18	1,52	1,75	1,98	0,39	0,71	1,45	1,44	2,24	0,39
	Reacciono de forma nerviosa o inquieta	1,68	1,67	1,5	1,41	0,8	2,39	1,74	1,88	1,95	0,44	2,76	1,93	2,22	2,33	0,59
	Reacciono de forma irritable conmigo mismo	1,43	1,58	1,13	1,35	0,7	1,97	1,68	1,88	1,95	0,83	2,13	2,05	1,67	2,5	0,52
FUTURO	Siento miedo a morirme	1,36	1,69	1,5	1,41	0,59	1,89	1,94	3,5	1,41	0,02	1,45	2,07	1,11	1,83	0,72
	Soy una carga para mi familia y me siento inútil	0,81	1,49	1,38	1,92	0,45	0,63	1,4	0,88	1,12	0,2	0,68	1,31	1,22	1,98	0,52
	Estoy desesperanzado con mi futuro	1,68	1,83	1,75	1,98	0,98	1,16	1,53	1,63	1,59	0,35	0,84	1,73	1,11	2,2	0,95
MOVILIDAD	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa	1,32	1,88	1,88	2,23	0,52	0,82	1,44	1,5	1,41	0,11	1,55	2,22	2,11	2,52	0,52
	Me siento intranquilo conduciendo	1,02	1,76	0	0	0,08	0,84	1,36	0,38	0,74	0,43	0,37	1,21	0,56	1,66	0,91
	He reducido mis salidas fuera de casa	2,49	1,97	2,63	2,13	0,8	2,34	1,68	1,62	1,92	0,29	3,05	2,2	3,44	2,18	0,58
	Ahora camino distancias más cortas	2,72	1,91	3,63	1,18	0,28	2,47	1,78	2,13	2,03	0,63	2,92	2,23	2,89	2,36	0,98
	Evito subir escaleras	2,7	1,93	3,5	1,77	0,29	3	1,75	2,13	2,35	0,29	2,53	2,22	2,56	2,18	0,98
RELACIONES-SOCIAL	Ahora me relaciono menos con otras personas	1,64	1,81	1,75	1,75	0,78	1,39	1,6	0,63	1,4	0,2	1,87	2,19	2,22	2,63	0,6
	Ha descendido mi actividad sexual por problema	3,43	1,31	2,13	2,35	0,19	3,53	1,88	2,5	2,07	0,16	3,24	1,47	3,56	2,12	0,18
	Reacciono desagradablemente con mi familia	1,15	1,51	0,87	1,24	0,67	1,79	1,59	1,63	1,84	0,69	0,87	1,47	0	0	0,07
	Me aílo lo más que puedo de mi familia	0,4	0,94	0,63	1,18	0,67	0,82	1,29	0,5	1,06	0,5	0,26	0,86	0	0	0,31
	Encuentro exagerados los cuidados de mi familia	1,28	1,72	0,88	1,64	0,39	1,34	1,76	1,5	1,77	0,64	1,13	1,71	0,33	1	0,16
	Me siento abandonado por todos	0,11	0,37	1	1,19	0,001	0,21	0,47	0,38	0,74	0,6	0,13	0,57	0	0	0,48
	Tengo graves problemas económicos	1,28	1,69	1,25	1,83	0,81	1,37	1,65	1,5	1,85	0,77	1,03	1,63	1,67	1,65	0,25
	Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace	1,7	1,5	2	1,77	0,6	1,84	1,44	1,63	1,59	0,75	0,97	1,63	0,56	1,66	0,3
ALERTA	Tengo dificultades para razonar o resolver problemas	1,47	1,71	1,25	1,58	0,77	1,32	1,54	1	1,19	0,71	0,95	1,61	0,78	1,71	0,65
	Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas)	2,55	1,71	2,38	1,59	0,79	1,82	1,54	2,13	1,64	0,51	1,58	1,81	0,56	1,66	0,07
	Me encuentro menos afectivo que antes	0,96	1,41	1,75	1,75	0,18	1,42	1,46	1,25	1,75	0,62	0,5	1,18	0,33	1	0,54
COMUNI	Tengo que esforzarme para mantener una conversación	0,96	1,5	1	1,6	0,96	0,76	1,28	0,63	1,4	0,63	0,47	1,2	0,56	1,66	0,69
	Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes	1,45	1,77	1,5	2	0,96	1,45	1,82	0,38	0,51	0,23	1,53	2,06	1,33	2,06	0,74
	Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas	3,02	1,89	3,38	2,2	0,46	2,26	1,75	1,5	1,69	0,26	3,16	2,11	4,11	1,69	0,23
OCIO-TRBAJO	Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme	2,11	1,84	2,63	1,5	0,41	1,95	1,67	1,38	1,18	0,44	2,39	2,33	2,78	2,33	0,59
	Trabajo menos horas o en trabajos más ligeros	3,26	1,95	2,75	2,25	0,66	2,68	2	2	2,07	0,34	4,11	1,65	3,89	1,69	0,5
	Deseo un trabajo distinto al que tengo	1,51	2,06	1,25	1,83	0,72	1,42	1,81	1,13	1,64	0,63	1,45	2,03	1,67	2,5	0,85
	Deseo no volver a trabajar	1,7	2,03	0,5	1,41	0,06	0,95	1,59	1,75	2,12	0,18	2,45	2,4	3,89	2,2	0,09

*Tener pareja: estar casado, o tener una pareja. **No tener pareja: estar viudo, estar separado, o estar soltero.

4.3. Apoyo Social

Hasta el presente apartado, se han presentado los resultados más relevantes

de este trabajo, obtenidos en las tres mediciones efectuadas. Fruto de algunos hallazgos o dudas surgidas en las dos primeras mediciones, son ciertas variables introducidas en la tercera fase del estudio por sospechar que pudieran ser de interés para el tema de estudio, como es el caso del Apoyo social. A continuación, pasamos a presentar las mediciones efectuadas en la Fase III a los pacientes, respecto al Apoyo social percibido (AS percibido), y la posible influencia de ciertos factores sociodemográficos como edad, género, situación de actividad laboral, nivel de ingresos o de estudios, residencia, tipo de convivencia y estado civil, sobre dichas variables. En todos los casos, se estudiarán también los componentes del apoyo social, que son apoyo social confidencial (ASC) y apoyo social afectivo (ASA).

Respecto al valor del apoyo social global o funcional, la puntuación media obtenida fue de 47,44 y la desviación típica de 8,15 puntos, de entre 11 y 55 puntos posibles (Tabla 29).

La escala de Duke-UNK (De la Revilla et al. (1991), permite evaluar dos dimensiones del apoyo social: el Apoyo social confidencial y el Apoyo social afectivo. El nivel de apoyo social confidencial iba de 9 a 35 puntos de la escala mencionada, con una puntuación media de 28,53 puntos y una desviación típica de 7,37 puntos, por otro lado, la puntuación del apoyo social afectivo para un valor mínimo de 12 puntos y un valor máximo de 20 puntos en la escala de Duke-UNK fue de 18,91 puntos de media y una desviación típica de 1,87 puntos. Todo ello indica que en nuestra muestra, el apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial, se encuentran dentro de parámetros normales.

Tabla 29. Apoyo social

APOYO SOCIAL				
	N	Mínimo - Máximo	Media	s
Apoyo Social	47	25,00 - 55,00	47,44	8,15
Apoyo Social Confidencial	47	9,00 - 35,00	28,53	7,37
Apoyo Social Afectivo	47	12,00 - 20,00	18,91	1,87

4.3.1. Factores sociodemográficos y Apoyo social

Con la intención de conocer la relación de ciertos factores sociodemográficos

con el Apoyo social percibido de nuestros pacientes, efectuamos un análisis entre dichas variables. Los resultados se presentan en la Tabla 30.

Tabla 30. Factores sociodemográficos y Apoyo social

Apoyo social Fase III									
	Apoyo social			Apoyo social confidencial			Apoyo social afectivo		
	Media	s	p	Media	s	p	Media	s	p
Sexo									
Mujer (5)	48,80	6,37	0,87	28,80	6,37	0,74	20,00	1,40	0,10
Hombre (42)	47,28	8,38		28,50	7,55		18,78	1,94	
Total (47)	47,44	8,15		28,53	7,37		18,91	1,87	
Edad									
<65 años (16)	49,75	6,99	0,09	30,62	6,45	0,11	19,12	1,40	0,77
>65 años (31)	46,25	8,55		27,45	7,68		18,80	2,08	
Total (47)	47,44	8,15		28,53	7,37		18,91	1,87	
Situación laboral									
Activos (9)	50,88	5,25	0,15	31,55	5,29	0,17	19,33	1,32	0,46
Retirados (38)	46,63	8,55		27,81	7,66		18,81	1,98	
Total (47)	47,44	8,15		28,53	7,37		18,91	1,87	
Situación laboral en < 65 años									
<65 años activos (5)	52,00	2,54	0,86	33,20	1,78	0,55	18,80	1,64	0,53
<65 años retirados (11)	48,72	8,18		29,45	7,51		19,27	1,34	
Total (16)	49,75	6,99		30,62	6,45		19,12	1,40	
Nivel de estudios									
Elementales (36)	46,83	8,75	0,86	27,83	7,98	0,63	19,00	1,86	0,40
Medios-superiores (11)	49,45	5,62		30,81	4,40		18,63	1,96	
Total (47)	47,44	8,15		28,53	7,37		18,91	1,87	
Nivel de ingresos anuales									
<9000 €/ año (33)	46,18	9,18	0,49	27,45	8,27	0,41	18,72	2,12	0,71
>9000 €/ año (14)	50,42	3,73		31,07	3,73		19,35	1,00	
Total (47)	47,44	8,15		28,53	7,37		18,91	1,87	
Lugar de residencia									
Ciudad (20)	43,40	9,30	0,006	25,20	8,49	0,01	18,20	2,44	0,07
Pueblo (27)	50,44	5,68		31,00	5,34		19,44	1,08	
Total (47)	47,44	8,15		28,53	7,37		18,91	1,87	
Tipo de convivencia									
Con la pareja (38)	47,52	8,29	0,61	28,68	7,34	0,74	18,84	1,97	0,79
Sin la pareja (9)	47,11	8,00		27,88	7,91		19,22	1,39	
Total (47)	47,44	8,15		28,53	7,37		18,91	1,87	
Estado civil									
Tener pareja (38)	47,42	8,28	0,80	28,52	7,35	0,91	18,89	1,95	1
No tener pareja (9)	47,55	8,04		28,55	7,89		19,00	1,58	
Total(47)	47,45	8,15		28,53	7,37		18,91	1,82	

Respecto al sexo de los pacientes, no se encontraron diferencias significativas en el apoyo social, apoyo social confidencial y apoyo social afectivo. No obstante, cabe destacar que la puntuación media del apoyo social afectivo era ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, lo que nos revela que las mujeres perciben un mayor apoyo social afectivo que los hombres. La puntuación media en mujeres era de 20,00 y la desviación

típica 0,00 puntos, frente a 18,78 de media y desviación típica de 1,94 en hombres ($p=0,1$).

Respecto a la edad, al agrupar la muestra en pacientes menores de 65 años y mayores de 65 años y analizar la relación que pudiera tener la edad con el Apoyo social, no se encontraron datos a resaltar, aunque en mayores de 65 años el apoyo social apuntó a ser peor que en menores de 65 años ($p=0,09$).

Del total de 47 pacientes que componían la muestra, 38 personas estaban retiradas del trabajo y 9 activas laboralmente. No se hallaron diferencias significativas entre situación laboral y aspectos como el apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial, pero en todos los casos se encontraron puntuaciones medias más elevadas para quienes seguían incorporadas al trabajo. Se observó que quienes estaban retirados del trabajo percibían menor apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial, que quienes seguían trabajando.

Para conocer si había relación entre la situación de actividad laboral en menores de 65 años y el apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial, se efectuó un análisis entre dichas variables. En la muestra, de los 16 pacientes menores de 65 años, encontramos que 11 de ellos estaban retirados del trabajo y 5 permanecían incorporados al trabajo. Comparamos el apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial, en menores de 65 años según estuvieran retirados o no del trabajo sin hallar diferencias significativas, aunque los que se mantenían incorporados al trabajo menores de 65 años, referían mayor apoyo que quienes estaban retirados, salvo en el caso del apoyo social afectivo que era ligeramente mejor para los menores de 65 años que estaban retirados del trabajo, que para menores de 65 años que seguían trabajando.

Al efectuar el análisis entre apoyo social y nivel de estudios, agrupando por un lado Estudios elementales y por otro lado Estudios medios o superiores, encontramos que quienes tenían Estudios medios o superiores presentaban mayor apoyo social y apoyo social confidencial, y quienes tenían Estudios elementales presentaban puntuaciones discretamente más elevadas de apoyo social afectivo aunque en todos los casos sin diferencias significativas.

Para conocer la relación que el nivel de ingresos económicos de nuestros pacientes pudiera tener sobre la percepción del apoyo social, se dividió la renta anual percibida por los pacientes, en dos grupos. Por un lado se agrupó a aquellos pacientes con ingresos anuales inferiores a 9.000 €/año y por otro, a quienes obtuvieran ingresos anuales superiores a 9.000 €/año. Se encontró que el nivel de apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial percibido, era menor para quienes percibían menos de 9.000 €/año que para quienes percibían más de 9.000 €/año, aunque sin diferencias significativas.

Residir en la ciudad o en un pueblo implicaba algunas diferencias en el apoyo social percibido. Así, los que vivían en la ciudad presentaban 43,40 puntos en esta escala, frente a 50,44 los que vivían en el pueblo ($p=0,006$); menor apoyo social confidencial (25,20 puntos) quienes vivían en la ciudad frente a (31,00 puntos) quienes vivían en un pueblo ($p=0,01$); y menor apoyo social afectivo (18,20 puntos) los que vivían en la ciudad frente a (19,44 puntos) quienes vivían en un pueblo ($p=0,07$) aunque en este caso sin diferencias significativas. Es decir, quienes vivían en un pueblo, presentaban mayores niveles de apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial.

El tipo de convivencia no reveló una relación clara con las características estudiadas, aunque el grupo que convivía sólo con los hijos, destacó por presentar un menor nivel de apoyo social y apoyo social confidencial percibido, y mayor apoyo social afectivo que otros tipos de convivencia, aunque con pequeñas diferencias. Sin embargo, al tratarse sólo de dos personas no permitió obtener relaciones estadísticamente significativas, tal como ocurrió en el apartado “Tipo de convivencia” (página 296 y Tabla 22). Por tanto, el excesivo fraccionamiento de la muestra y el bajo número de pacientes incluidos en algunos de los grupos, fue el motivo de que se efectuara una nueva reagrupación de los pacientes como se puede apreciar en la Tabla 28. Dividimos la muestra en dos grupos según el Tipo de convivencia y siguiendo el criterio de que en la convivencia de los pacientes o bien “estuviera presente la pareja” o bien “no estuviera presente su pareja”. En el primer grupo denominado Con la pareja, se incluían aquellos que vivían con su pareja y con su pareja e hijos ($n=38$) y en el segundo grupo denominado Sin la pareja se incluyeron pacientes que vivían solos, solamente

con los hijos o con otros familiares (n=9, de los que cinco vivían con otros familiares, dos de ellos vivían solos con los hijos, y los dos restantes vivían solos). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social en función del tipo de convivencia. Las puntuaciones obtenidas eran prácticamente iguales en ambos grupos.

De igual manera que en el apartado “Estado civil” (página 301 y Tabla 25) se pretendía averiguar la repercusión que pudiera tener el hecho de tener pareja o no tener pareja en la calidad de vida, en este nuevo apartado se pretendía conocer la relación que pudiera tener el hecho de tener pareja o no tener pareja, sobre el apoyo social percibido. Por lo que se efectuaron dos grupos, uno incluía pacientes casados o con pareja (Tener pareja n=38), y otro grupo incluía personas viudas, solteras o separadas (No tener pareja n=9 de los que, uno era separado, cuatro eran solteros y otros cuatro viudos). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido en función del tipo de estado civil, las puntuaciones medias obtenidas eran prácticamente iguales.

4.3.2. Influencia conjunta de todos los factores en el Apoyo social

A lo largo del presente trabajo, hemos encontrado que el apoyo social percibido varía en función de determinadas variables sociodemográficas. Con la intención de conocer en profundidad el tipo de interrelación entre dichas variables y para intentar cuantificar el grado de relación existente, hemos efectuado un análisis aplicando técnicas de regresión lineal múltiple entre las variables expuestas, seleccionando aquellas en las que se hubiera detectado una asociación con el apoyo social con una $p < 0,2$.

➤ Factores que influyen el Apoyo social confidencial

En nuestro trabajo, se halló que las variables Lugar de residencia, edad y actividad laboral se relacionaban de manera significativa o casi significativa ($p < 0,2$) con el Apoyo social confidencial. Para averiguar el tipo de influencia ejercida, efectuamos un análisis de regresión múltiple entre dichas variables.

Encontramos relación significativa entre apoyo social confidencial y Lugar de residencia ($p = 0,006$), aunque ninguna relación entre apoyo social confidencial

y edad, o actividad laboral. En efecto, el hecho de vivir en la ciudad reducía el apoyo social confidencial en 5,64 puntos (IC95%: 9,615 – 1,682) respecto a vivir en un pueblo, a igualdad de edad y actividad laboral. Entre las tres variables determinan el 24% (coeficiente de determinación $r^2=0,24$) de la variabilidad en el apoyo social confidencial (Tabla 31).

Tabla 31. Apoyo social confidencial y edad, actividad laboral y lugar de residencia

Apoyo social confidencial				
	B	IC 95%	Error típico	p
(Constante)	32,40	27,07 – 37,73	2,64	0,00
Edad	2,99	-0,93 – 6,92	1,95	0,13
Actividad laboral	-3,63	-8,61 – 1,35	2,47	0,15
Lugar de residencia	-5,65	-9,61 – -1,68	1,96	0,01

Variable dependiente: Apoyo social confidencial

➤ Factores que influyen el Apoyo social afectivo

Debido a que en los análisis previos habíamos encontrado relaciones significativas entre apoyo social afectivo y el sexo y lugar de residencia de los pacientes, efectuamos un análisis de regresión múltiple entre dichas variables, para conocer el tipo de influencia ejercida entre ellas.

No encontramos relación significativa entre apoyo social afectivo y sexo, sin embargo, hallamos una relación estadísticamente significativa ($p=0,023$) entre Lugar de residencia y apoyo social afectivo.

Encontramos que el hecho de vivir en la ciudad, controlado por el efecto del sexo, reducía el apoyo social afectivo en 1,23 puntos (IC95%: 2,28 – 0,18) respecto a vivir en un pueblo, con un coeficiente de determinación de 0,14 entre las dos variables (Tabla 32).

Tabla 32. Apoyo social afectivo, sexo y lugar de residencia

Apoyo social afectivo				
	B	IC 95%	Error típico	p
(Constante)	19,31	18,60 – 20,02	0,35	0,00
Sexo	1,17	-0,50 – 2,86	0,83	0,16
Lugar de residencia	-1,23	-2,28 – -0,18	0,52	0,02

Variable dependiente: Apoyo social afectivo

4.4. Autoeficacia General

A continuación se presentan las mediciones efectuadas a los pacientes respecto a las expectativas de Autoeficacia. Dicha variable ha sido introducida en esta tercera fase, por sospecharse en las dos primeras mediciones que pudiera ser de interés su estudio en el presente trabajo, de igual modo que ocurrió con el Apoyo social.

Por tanto pasamos a exponer los resultados hallados en la Fase III, respecto a las expectativas de Autoeficacia, así como el análisis efectuado para conocer la posible influencia que pudieran tener ciertos factores sociodemográficos como edad, género, situación de actividad laboral, nivel de ingresos o de estudios, residencia, tipo de convivencia, estado civil, así como el Apoyo social percibido de los pacientes, sobre dicha Autoeficacia.

Respecto al nivel de Autoeficacia general (AE) medido por la escala de Sanjuán et al. (2000) los valores obtenidos fueron 77,53 puntos de media y desviación típica 24,14, de entre 10 y 100 puntos posibles.

4.4.1. Factores sociodemográficos y Autoeficacia

Con la intención de conocer la posible relación que ciertos factores sociodemográficos pudieran tener sobre las expectativas de Autoeficacia de nuestros pacientes, efectuamos un análisis entre dichas variables. Los resultados se presentan en la Tabla 33.

Tabla 33. Factores sociodemográficos y Autoeficacia

Autoeficacia Fase III			
	Media	s	p
Sexo			
Mujer (5)	78	19,83	0,82
Hombre	77,47	24,81	
Total	77,53	24,14	
Edad			
<65 años	79,18	20,23	1
>65 años	76,67	26,21	
Total	77,53	24,14	
Situación laboral			
Activos	88,77	9,41	0,20
Retirados	74,86	25,83	
Total	77,53	24,14	
Situación laboral en < 65 años			
<65 años activos	91,20	8,22	0,12
<65 años retirados	73,72	21,95	
Total	79,18	20,23	
Nivel de estudios			
Elementales	73,83	26,02	0,06
Medios-superiores	89,63	10,05	
Total	77,53	24,14	
Nivel de ingresos anuales			
<9000 €/ año	74,63	26,61	0,40
>9000 €/ año	84,35	15,75	
Total	77,53	24,14	
Lugar de residencia			
Ciudad	73,40	26,54	0,24
Pueblo	80,59	22,22	
Total	77,53	24,14	
Tipo de convivencia			
Con pareja	81,42	21,72	0,01
Sin pareja	61,11	28,17	
Total	77,53	24,14	
Estado civil			
Tener pareja (38)	80,23	21,69	0,17
No tener pareja (9)	21,69	31,53	
Total (47)	77,53	24,14	

Respecto al sexo, no se encontraron diferencias significativas al efectuar el análisis, y las puntuaciones medias eran prácticamente iguales para ambos sexos.

No hay hallazgos de interés al agrupar a los pacientes en menores de 65 años y mayores de 65 años y analizar la posible influencia sobre la autoeficacia de la edad. Apuntar tan solo que en los menores de 65 años las puntuaciones de autoeficacia eran más bajas que en mayores de 65 años, aunque sin diferencias significativas.

Respecto a la situación laboral, del total de 47 pacientes que componían la muestra, 38 personas estaban retiradas del trabajo y 9 permanecían

incorporadas al trabajo. No se hallaron diferencias significativas entre autoeficacia y quienes estaban retirados del trabajo o quienes permanecían activos, pero observamos puntuaciones medias más elevadas para quienes seguían incorporados al trabajo.

Debido a que el grupo de pacientes de nuestra muestra menor de 65 años y el grupo de nuestra muestra que no estaba incorporado al trabajo presentaban ambas numerosas alteraciones, decidimos averiguar si la autoeficacia se veía influida por la situación de actividad o inactividad laboral en el grupo de personas menores de 65 años. De los 16 pacientes menores de 65 años, 11 de ellos estaban retirados del trabajo y 5 permanecían incorporados a él. Comparamos la autoeficacia según estuvieran retirados o no del trabajo sin hallar diferencias significativas, aunque los que se mantenían activos laboralmente menores de 65 años, puntuaban más alto que quienes estaban retirados, es decir, presentaban mayores expectativas de autoeficacia.

Para analizar la posible relación entre nivel de estudios y autoeficacia, agrupamos por un lado a los pacientes con Estudios elementales, y por otro los pacientes con Estudios medios o superiores. Los resultados mostraron que quienes tenían Estudios medios o superiores presentaban mejor autoeficacia que quienes tenían Estudios elementales, es decir los primeros presentaban una puntuación discretamente más elevada que los que tenían Estudios elementales, aunque sin poder llegar a considerarlas estrictamente significativas ($p=0,06$).

Obtener unos ingresos anuales inferiores a 9.000 €/año implica una peor autoeficacia con 74,63 puntos frente a 84,35 puntos para quienes perciben más de 9.000 €/año, aunque sin diferencias significativas ($p=0,402$).

Respecto al lugar de residencia, agrupamos a los pacientes según residieran en la ciudad o en un pueblo para analizar la posible relación que pudiera tener residir en uno u otro lugar sobre la autoeficacia de los pacientes. Observamos que quienes vivían en pueblos presentaban mayor puntuación en la autoeficacia, es decir, presentaban mejor expectativa de autoeficacia que quienes vivían en la ciudad, aunque sin diferencias estadísticamente

significativas.

Para averiguar si el tipo de convivencia se relacionaba con las expectativas de autoeficacia clasificamos en distintos grupos a los pacientes según vivieran solos, con la pareja, con la pareja e hijos, solamente con los hijos y por último con otros familiares. Aunque sin hallar diferencias significativas, encontramos que los pacientes con peores expectativas de Autoeficacia eran quienes vivían solamente con los hijos, presentando puntuaciones más bajas que otros grupos. Pero nuestra muestra de 47 pacientes se había subdividido hasta quedar dos personas en algunos subgrupos, por ello los resultados se interpretaron con prudencia. Ello motivó -siguiendo el mismo esquema para reagrupar la muestra que en el caso de “Tipo de convivencia” (página 296 y Tabla 22)- una nueva reagrupación de la muestra según el tipo de convivencia, respetando el criterio bien de “vivir con la pareja”, o bien de “vivir sin la pareja”. Los dos grupos resultantes fueron: uno formado por quienes vivían con su pareja, y con su pareja e hijos, llamado “Con la pareja” (n=38) y en el segundo grupo denominado “Sin la pareja” se incluyeron pacientes que vivían solos, solamente con los hijos o con otros familiares (n=9, de los que cinco vivían con otros familiares, dos de ellos vivían solos con los hijos, y los dos restantes vivían solos). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas, de tal modo que el grupo que vivía con la pareja presentaba puntuaciones más altas de Autoeficacia (81,42) y el grupo que vivía sin la pareja presentaba puntuaciones de autoeficacia más bajas o peores (61,11; $p=0,01$).

Respecto al estado civil, analizamos la relación entre dicha variable y la autoeficacia para conocer la repercusión que pudiera tener el hecho de tener pareja o no tener pareja sobre dicha autoeficacia. Se efectuaron dos grupos, en uno se incluían los pacientes casados o bien con pareja y se denominó Tener pareja que estaba formado por 38 pacientes. Por otro lado el grupo de personas viudas, solteras o separadas se denominó No tener pareja, y se componía de 9 personas, de los que uno era separado, cuatro eran solteros y otros cuatro viudos. El estado civil no se relacionó de manera significativa con la autoeficacia. Sin embargo, las puntuaciones eran mucho más elevadas para quienes estaban casados o con parejas, que para quienes no tenían

pareja con 80,23 puntos frente a 66,11 ($p=0,17$).

4.4.2. Influencia conjunta de todos los factores en la Autoeficacia

Siguiendo la misma secuencia expuesta al estudiar la “Influencia conjunta de todos los factores en el Apoyo social” (página 311) y con la intención de conocer en profundidad el tipo de interrelación existente entre Autoeficacia y ciertas variables, hemos efectuado un análisis utilizando técnicas estadísticas de regresión lineal múltiple.

Los resultados de los análisis efectuados entre el tipo de convivencia de los pacientes y la Autoeficacia mostraron relaciones significativas entre ellos; se había detectado también que la edad, el nivel de estudios y la actividad laboral de los pacientes tenían una asociación con la autoeficacia con una $p<0,2$, por lo que para averiguar el tipo de influencia ejercida entre ellas, efectuamos un análisis de regresión múltiple con todas estas variables. Siendo la Autoeficacia la variable dependiente o resultado, y el Tipo de convivencia, la edad, el nivel de estudios, la actividad laboral, el apoyo social confidencial y apoyo social afectivo las variables independientes o predictoras.

No encontramos relaciones significativas entre la Autoeficacia y dichas variables, aunque el hecho de vivir en pareja, controlado por el efecto de las demás variables, aumentaba la autoeficacia en 16,47 puntos (IC95%: 1,17 – 34,12; $p=0,07$) con un coeficiente de determinación de 0,20 entre las cuatro variables (Tabla 34).

Tabla 34. Autoeficacia y tipo de convivencia, edad, nivel de estudios y actividad laboral

Autoeficacia				
	B	IC 95%	Error típico	p
(Constante)	80,47	55,04 – 105,90	12,60	0,00
Actualmente está retirado del trabajo	-10,56	-27,64 – 6,51	8,46	0,22
Edad	2,94	-10,96 – 16,84	6,89	0,67
Estudios	-11,95	-28,03 – 4,12	7,97	0,14
Convive en pareja	16,47	-1,17 – 34,11	8,75	0,07

Variable dependiente: Autoeficacia General

4.4.3. Influencia del Apoyo Social en la Autoeficacia

Para conocer si el Apoyo social influía sobre la Autoeficacia de la escala de Autoeficacia General de Sanjuán, efectuamos un análisis de regresión lineal entre dichas variables. Encontramos relación entre apoyo social confidencial y autoeficacia. Como se puede observar en la 33, el coeficiente de correlación es positivo, lo que indica que existe una correlación directa entre el apoyo social y la autoeficacia es decir, si el apoyo social confidencial aumenta, la autoeficacia aumenta (mejora). Así, encontramos que un 11% de variabilidad de la autoeficacia era atribuible al apoyo social confidencial, aumentando la autoeficacia 1,09 puntos (IC95%= 0,17 – 2,02; $p=0,02$) por cada punto de aumento del apoyo social confidencial de la escala de Apoyo Social Duke-UNK.

Por otro lado, tras efectuar el análisis entre el Apoyo social afectivo y la Autoeficacia no se halló una relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas aunque los valores presentaron una diferencia que rozaba lo estadísticamente significativo (Tabla 35). Observamos que, un 7% de la variabilidad de la autoeficacia estaba determinada por el Apoyo social afectivo, aumentando 3,46 puntos (IC95%= 0,26 – 7,19; $p=0,06$) el valor de la autoeficacia, por cada punto de aumento del Apoyo social afectivo de la escala de Apoyo Social Duke-UNK.

Tabla 35. Apoyo social confidencial, Apoyo social afectivo y Autoeficacia

	Autoeficacia					
	B	IC 95%	Error típico	r	R ²	p
Apoyo Social Confidencial	1,09	0,17 – 2,02	0,46	0,33	0,11	0,02
Apoyo Social Afectivo	3,46	-0,26 – 7,19	1,84	0,26	0,07	0,06

4.5. Determinantes de calidad de vida

Una vez efectuados los posibles análisis entre apoyo social, autoeficacia y factores sociodemográficos, se realizó un análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia conjunta entre calidad de vida y aquellas variables que se consideraron pudieran ser influyentes en la percepción de la calidad de vida.

4.5.1. Influencia del apoyo social en la calidad de vida

Para averiguar la influencia del Apoyo Social en la calidad de vida global, efectuamos un análisis de regresión lineal entre dichas variables. Como se puede observar (Tabla 36) el coeficiente de correlación es negativo, esto significa que existe una correlación inversa entre el apoyo social y la calidad de vida, es decir, si el apoyo social aumenta, la puntuación de la escala de calidad de vida disminuye, es decir, mejora la calidad de vida. Ello es extensivo al efectuar el análisis entre apoyo social y distintas áreas de la escala de calidad de vida.

Encontramos relaciones significativas entre calidad de vida y apoyo social y observamos que, un 14,2% de la variabilidad de la calidad de vida estaba determinado por el apoyo social, reduciéndose 1,52 puntos (IC95%= 2,64 – 0,40; $p=0,009$) la puntuación de calidad de vida, por cada punto de aumento de la escala de apoyo social.

Para conocer la influencia del apoyo social en cada una de las áreas de calidad de vida, efectuamos el análisis entre dichas variables y se halló - como se observa en la Tabla 36 - una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social y ciertas áreas de calidad de vida. Así, la variabilidad de calidad de vida en las Relaciones sociales, atribuible al apoyo social era de un 24%, observando que la calidad de vida en las Relaciones sociales disminuía 0,32 puntos (IC95%= 0,49 – 0,15; $p<0,001$) es decir, mejoraban las relaciones sociales por cada punto de aumento de la escala de apoyo social. En el caso de la calidad de vida relacionada con la Comunicación un 10% de variabilidad era atribuible al apoyo social, disminuyendo 0,12 puntos (IC95%= 0,23 – 0,01; $p=0,03$) la calidad de vida relativa a la Comunicación, o sea, mejorando la comunicación 0,12 puntos de la escala de Velasco, por cada punto de aumento de apoyo social de la escala Duke-UNK. Por último, en la dimensión de Tiempo de ocio y trabajo, encontramos un 10% de variabilidad determinada por el apoyo social para esta área, y una reducción de 0,23 puntos (IC95%= 0,43 – 0,03; $p=0,02$) de calidad de vida relativa al Tiempo de ocio y trabajo, o sea, de mejora en la dimensión de Tiempo de ocio y trabajo, por cada punto de aumento de apoyo social.

Tabla 36. Apoyo social y CV y áreas de CV

	B	IC 95%	Error típico	- r	R ²	p
Salud	-0,13	-0,39 – 0,12	0,12	-0,15	0,02	0,30
Sueño y descanso	-0,08	-0,23 – 0,06	0,07	-0,16	0,02	0,28
Comportamiento emocional	-0,15	-0,32 – 0,01	0,08	-0,26	0,07	0,07
Proyectos de futuro	-0,12	-0,26 – 0,00	0,06	-0,27	0,07	0,06
Movilidad	-0,22	-0,46 – 0,01	0,11	-0,26	0,07	0,07
Relaciones sociales	-0,32	-0,49 – -0,15	0,08	-0,49	0,24	0,000
Comportamiento de alerta	-0,12	-0,29 – 0,03	0,08	-0,23	0,05	0,12
Comunicación	-0,12	-0,23 – -0,01	0,05	-0,31	0,10	0,03
Tiempo de ocio y trabajo	-0,23	-0,43 – -0,03	0,10	-0,32	0,10	0,02
Calidad de vida	-1,52	-2,64 – -0,40	0,55	-0,37	0,14	0,009

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al estudio del apoyo social confidencial y su influencia sobre la calidad de vida y sus áreas (Tabla 37).

Se halló asociación entre apoyo social confidencial y calidad de vida y observamos que un 11% de la variabilidad de la calidad de vida estaba determinada por el apoyo social confidencial, reduciéndose 1,53 puntos (IC95%= 2,79 – 0,28; $p=0,01$) la puntuación de calidad de vida por cada punto de aumento del apoyo social. Respecto a las áreas de calidad de vida, encontramos una relación significativa entre el apoyo social confidencial y ciertas áreas del citado cuestionario de calidad de vida. Podemos decir respecto a la influencia del apoyo social confidencial sobre las áreas expuestas que, la variabilidad de calidad de vida relativa al Comportamiento emocional atribuible al apoyo social confidencial es de un 7%, y que el aumento de un punto en la escala de apoyo social confidencial Duke-UNK supone una reducción en la afectación del Comportamiento emocional de la escala de calidad de vida, de 0,17 puntos (IC95%= 0,36 – 0,00; $p=0,05$). Para el área de calidad de vida de Relaciones sociales, por cada punto de aumento de apoyo social confidencial mejoran las Relaciones sociales - 0,34 puntos (IC95%= 0,53 – 0,15; $p=0,001$) siendo atribuible al apoyo social confidencial un 22% de la variabilidad en el área de Relaciones sociales. Por último, en la dimensión de Tiempo de ocio y trabajo encontramos un 9% de variabilidad que viene determinada por el apoyo social confidencial, y una reducción de 0,24 puntos (IC95%= 0,47 – 0,02; $p=0,03$) de calidad de vida relativa al Tiempo de ocio y trabajo, o sea, de mejora en la dimensión de Tiempo de ocio

y trabajo, por cada punto de aumento de apoyo social confidencial.

Tabla 37. Apoyo social confidencial y CV y áreas de CV

Apoyo social confidencial						
	B	IC 95%	Error típico	r	R ²	p
Salud	-0,08	-0,37 – 0,20	0,14	-0,09	0,00	0,54
Sueño y descanso	-0,08	-0,24 – 0,08	0,08	-0,14	0,02	0,34
Comportamiento emocional	-0,17	-0,36 – 0,00	0,09	-0,27	0,07	0,05
Proyectos de futuro	-0,12	-0,27 – 0,02	0,07	-0,25	0,06	0,08
Movilidad	-0,23	-0,50 – 0,03	0,13	-0,25	0,06	0,08
Relaciones sociales	-0,34	-0,53 – -0,15	0,09	-0,47	0,22	0,001
Comportamiento de alerta	-0,12	-0,30 – 0,05	0,09	-0,20	0,04	0,16
Comunicación	-0,11	-0,23 – 0,01	0,06	-0,26	0,06	0,07
Tiempo de ocio y trabajo	-0,24	-0,47 – -0,02	0,11	-0,31	0,09	0,03
Calidad de vida	-1,53	-2,79 – -0,28	0,62	-0,34	0,11	0,01

En este último apartado presentaremos los resultados del análisis entre calidad de vida, áreas de calidad de vida y apoyo social afectivo, efectuado para conocer si el apoyo social afectivo influía sobre la calidad de vida y sus áreas (Tabla 38).

Encontramos significación estadística entre apoyo social afectivo y calidad de vida y observamos que un 8% de la variabilidad de la calidad de vida estaba determinada por el apoyo social afectivo, reduciéndose 4,98 puntos (IC95%= 10,34 – 0,61; $p=0,05$) la puntuación de calidad de vida en la escala de Velasco, por cada punto de aumento de la escala de apoyo social afectivo Duke-UNK.

Respecto a las áreas de calidad de vida, encontramos una relación significativa entre el apoyo social afectivo y ciertas áreas del citado cuestionario de calidad de vida. La variabilidad de calidad de vida relativa al área de Salud atribuible al apoyo social afectivo era de un 9%, el aumento de un punto en la escala de apoyo social afectivo Duke-UNK, suponía una reducción en la afectación del área Salud de la escala de calidad de vida de 1,15 puntos (IC95%= 2,23 – 0,07; $p<0,05$). Para el área de Comunicación, por cada punto de aumento del apoyo social afectivo mejoraba la Comunicación - 0,57 puntos (IC95%= 1,04 – 0,09; $p=0,01$) siendo atribuible al apoyo social afectivo un 11% de la variabilidad en el área Comunicación.

Tabla 38. Apoyo social afectivo y CV y áreas de CV

Apoyo social afectivo						
	B	IC 95%	Error típico	r	R ²	P
Salud	-1,15	-2,23 – -0,07	0,53	-0,30	0,09	0,03
Sueño y descanso	-0,31	-0,97 – 0,34	0,32	-0,14	0,02	0,33
Comportamiento emocional	-0,15	-0,90 – 0,59	0,37	-0,06	0,004	0,68
Proyectos de futuro	-0,41	-1,01 – 0,17	0,29	-0,20	0,04	0,16
Movilidad	-0,55	-1,62 – 0,51	0,53	-0,15	0,02	0,30
Relaciones sociales	-0,78	-1,60 – 0,04	0,40	-0,27	0,07	0,06
Comportamiento de alerta	-0,47	-1,19 – 0,24	0,35	-0,19	0,03	0,18
Comunicación	-0,57	-1,04 – -0,09	0,23	-0,34	0,11	0,01
Tiempo de ocio y trabajo	-0,55	-1,47 – 0,36	0,45	-0,17	0,03	0,23
Calidad de vida	-4,98	-10,03 – 0,06	2,50	-0,28	0,08	0,05

En resumen, el apoyo social funcional influye de manera significativa sobre la calidad de vida y las áreas de Relaciones sociales, Comunicación, y Tiempo de ocio y trabajo; asimismo el apoyo social confidencial influye de manera significativa sobre la calidad de vida y las áreas de Comportamiento emocional, Relaciones sociales, y Tiempo de ocio y trabajo; y por último, el apoyo social afectivo influye de manera significativa sobre la calidad de vida y las áreas de Salud y Comunicación.

4.5.2. Influencia de la autoeficacia en la calidad de vida

Para conocer si la autoeficacia influía sobre la calidad de vida efectuamos un análisis de regresión lineal múltiple entre dichos aspectos. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre autoeficacia y calidad de vida. Como se puede observar en la Tabla 39 el coeficiente de correlación es negativo, esto significa que existe una correlación inversa entre la autoeficacia y la calidad de vida, es decir, si la autoeficacia aumenta, la puntuación en la escala disminuye, es decir, mejora la calidad de vida. Así, encontramos que un 47% de variabilidad de calidad de vida era atribuible a la autoeficacia, disminuyendo unos 0,93 puntos (IC95%= 1,234 – 0,641; $p < 0,001$) la calidad de vida de la escala de calidad de vida, por cada punto de aumento de la escala de Autoeficacia General (Figura 5 y Tabla 39).

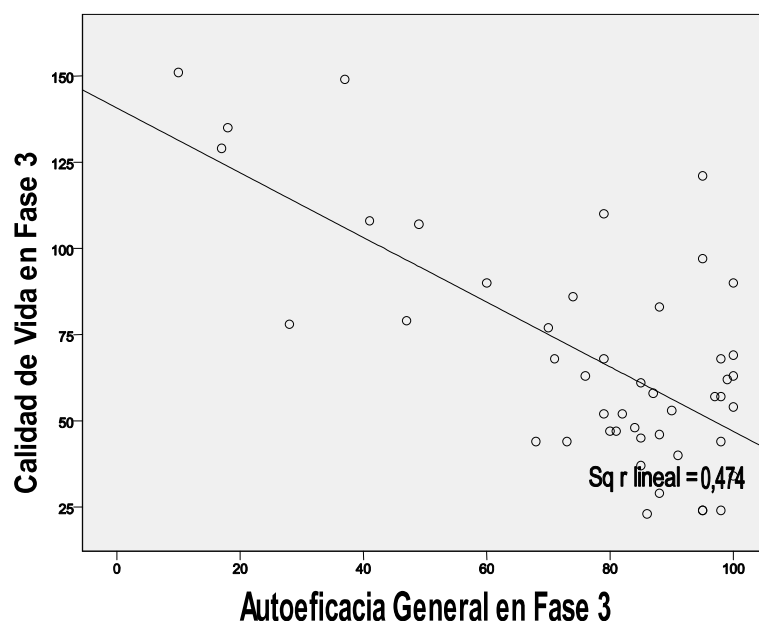


Figura 5. Autoeficacia y calidad de vida

Para conocer si la autoeficacia podría influir en la afectación de ciertas áreas de calidad de vida de nuestros pacientes, relacionamos la autoeficacia con las Áreas de calidad de vida y encontramos relaciones estadísticamente significativas entre la autoeficacia y todas las áreas salvo Sueño y descanso (Tabla 39).

Para la dimensión Salud, hallamos que un 18% de la variabilidad era atribuible a la autoeficacia, disminuyendo 0,12 puntos (IC95%= 0,20 – 0,04; $p=0,002$) la afectación de la Salud en la escala de Velasco, por cada punto que aumenta la autoeficacia de la escala de Sanjuán. En el caso del área Comportamiento emocional, un 28% de la variabilidad se atribuía a la autoeficacia, disminuyendo 0,10 puntos (IC95%= 0,15 – 0,05; $p<0,001$) la afectación del área Comportamiento emocional de la escala de calidad de vida, por cada punto de aumento de la escala de autoeficacia. Para Proyectos de futuro, un 50% de la variabilidad era atribuible a la autoeficacia, disminuyendo 0,11 puntos (IC95%= 0,14 – 0,07; $p<0,001$) la afectación de dicha dimensión, por cada punto que aumenta la autoeficacia. En el caso del área Movilidad, hallamos que un 20% de la variabilidad era atribuible a la

autoeficacia, disminuyendo 0,12 puntos (IC95%= 0,20 – 0,05; $p=0,002$) la afectación de la Movilidad por cada punto que aumenta la autoeficacia. En el área Relaciones sociales, hallamos que hasta el 40% de la variabilidad en la mejora de las Relaciones sociales era atribuible a la autoeficacia, disminuyendo 0,14 puntos (IC95%= 0,19 – 0,09; $p<0,001$) la afectación de dicha dimensión, por cada punto de aumento de autoeficacia. En Comportamiento de alerta hallamos que un 17% de la variabilidad era atribuible a la autoeficacia, disminuyendo 0,07 puntos (IC95%= 0,13 – 0,02; $p=0,004$) la afectación del Comportamiento de alerta, por cada punto que aumentó la puntuación de autoeficacia. Para el área de calidad de vida de Comunicación encontramos que por cada punto de aumento de la autoeficacia mejoró la Comunicación -0,07 puntos (IC95%= 0,10 – 0,04; $p<0,001$) siendo atribuible a la autoeficacia un 32% de la variabilidad en dicha área.

El área de Tiempo de ocio y trabajo por último, revelaba que su puntuación podía disminuir 0,12 puntos (IC95%= 0,19 – 0,06; $p<0,001$) por cada punto de aumento de la autoeficacia, y la variabilidad del 28% de dicha área de Tiempo de ocio y trabajo, era atribuible a la autoeficacia.

Tabla 39. Relación entre Autoeficacia y CV y áreas

Autoeficacia						
	B	IC 95%	Error típico	r	R ²	p
Salud	-0,12	-0,20 – -0,04	0,03	-0,43	0,18	0,002
Sueño y descanso	-0,04	-0,09 – 0,00	0,02	-0,26	0,07	0,07
Comportamiento emocional	-0,10	-0,15 – -0,05	0,02	-0,53	0,28	0,000
Proyectos de futuro	-0,11	-0,14 – -0,07	0,01	-0,71	0,50	0,000
Movilidad	-0,12	-0,20 – -0,05	0,03	-0,44	0,20	0,002
Relaciones sociales	-0,14	-0,19 – -0,09	0,02	-0,63	0,40	0,000
Comportamiento de alerta	-0,07	-0,13 – -0,02	0,02	-0,41	0,17	0,004
Comunicación	-0,07	-0,10 – -0,04	0,01	-0,57	0,32	0,000
Tiempo de ocio y trabajo	-0,12	-0,19 – -0,06	0,03	-0,53	0,28	0,000
Calidad de vida	-0,93	-1,23 – -0,64	0,14	-0,68	0,47	0,000

En resumen, observamos que la autoeficacia ejercía una gran influencia sobre la mayoría de las áreas, pero en concreto sobre la calidad de vida y sobre las áreas: Proyectos de futuro y sobre Relaciones sociales, en las que la influencia de la autoeficacia sobre la variabilidad en sus valores rondaba el

50%, dato importante a tener en cuenta en este estudio. Las áreas en las que se halló relaciones estadísticamente significativas se pueden observar en la Tabla 39.

Hemos de tener en cuenta estos aspectos, ya que en este caso, se apuntaría a la influencia que sobre la percepción de mejor o peor calidad de vida puedan tener las personas, en función de las expectativas de autoeficacia que se posean.

4.5.3. Otros factores que influyen en la calidad de vida

Con el presente trabajo deseábamos averiguar la calidad de vida de una muestra de pacientes postinfarto de miocardio y la evolución de dicha calidad de vida a lo largo de los años. Encontramos además ciertos factores influyentes en la percepción que los pacientes tenían sobre su calidad de vida, tales como la edad, el sexo, la situación laboral, el nivel de estudios, los ingresos económicos, el estado civil, el tipo de convivencia y el lugar de residencia; asimismo encontramos que ciertas características como el apoyo social o las expectativas de autoeficacia guardaban relación sobre la percepción que los pacientes tenían sobre su calidad de vida.

Para profundizar en dichos hallazgos y conocer con más detalle el tipo de relación entre dichas variables y cuantificar el grado de relación existente, efectuamos un análisis de regresión múltiple entre la calidad de vida como variable dependiente o resultado, con el apoyo social confidencial, el apoyo social afectivo, la autoeficacia, la edad, la situación de actividad laboral, el nivel de estudios, los ingresos económicos, el lugar de residencia y el tipo de convivencia como variables independientes o predictoras.

En el presente apartado examinamos las variables halladas como más influyentes entre sí mismas y sobre la calidad de vida, sus relaciones e influencias (Tabla 40).

No encontramos relaciones estadísticamente significativas, salvo para la autoeficacia. En efecto, un punto más en la escala de autoeficacia reducía la puntuación de calidad de vida 0,824 puntos (IC95%= 1,16 - 0,48; $p < 0,001$) controlado por el efecto de las demás variables, y con un coeficiente de

determinación de 0,61 entre las nueve variables (Tabla 40).

Tabla 40. Calidad de vida, autoeficacia, apoyo social, y factores sociodemográficos

Calidad de vida				
	B	IC 95%	Error típico	p
(Constante)	152,78	59,40 – 246,14	46,08	0,00
Autoeficacia General	-0,82	-1,17 – - 0,48	0,17	0,000
Apoyo Social Confidencial	-0,53	-1,67 – 0,62	0,57	0,36
Apoyo Social Afectivo	-2,10	-6,26 – 2,06	2,05	0,31
Edad	9,02	-5,52 – 23,55	7,17	0,22
Actividad laboral	14,12	-4,16 – 32,39	9,02	0,13
Nivel de estudios	12,73	-6,18 – 31,63	9,33	0,18
Nivel de ingresos	5,22	-12,45 – 22,90	8,72	0,55
Tipo de convivencia	10,54	-9,00 – 30,09	9,65	0,28
Lugar de residencia	-9,10	-26,39 – 8,20	8,54	0,29

Variable dependiente: Calidad de vida

B. Resultados cualitativos

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a la parte cualitativa del estudio, agrupados en los siguientes bloques: descripción de la muestra según las variables sociodemográficas, análisis de contenido categorial y análisis temático fenomenológico.

4.6. Análisis sociodemográfico

La muestra participante en la parte cualitativa de la presente investigación estaba compuesta por 17 personas cuyas características socioeconómicas y demográficas se presentan de manera detallada en la Tabla 41.

Tabla 41. Características sociodemográficas de la muestra cualitativa

n=17	Sexo	Edad	Estd civil	Vive con	Estudios	Procedencia	Ingresos	Trabajo anterior	Trabajo actual
Ja	M	76	Casada	Pareja	Elementales	Urbana	<9.000€	Ama de casa	Ama de casa
Ls	H	75	Casado	Pareja e hijos	Elementales	Rural	<9.000€	Camionero	Jubilado
Vct	M	79	Viuda	Otros familiares	Elementales	Rural	<9.000€	Ama de casa	Ama de casa
Mbl	H	76	Casado	Pareja	Superiores	Rural	>9.000€	Oficial notaria	Jubilado
Aga	M	27	Soltera	Pareja	Superiores	Urbana	<9.000€	Estudiante	Maestra
Jv	H	56	Casado	Pareja e hijos	Medios	Rural	<9.000€	Pensionado	Pensionado
Jln	H	76	Casado	Pareja	Medios	Rural	<9.000€	Jubilado	Jubilado
Fcz	H	67	Casado	Pareja e hijos	Elementales	Rural	<9.000€	Albañil	Jubilado
Fr9	H	61	Casado	Pareja e hijos	Elementales	Urbana	<9.000€	Maître	Pensionado
Fr	H	60	Casado	Pareja	Elementales	Urbana	<9.000€	Taxista	Jubilado
Mq	H	42	Casado	Pareja e hijos	Medios	Urbano	<9.000€	Empresario	Baja
Apg	H	72	Casado	Pareja	Elementales	Rural	<9.000€	Ganadero	Ganadero
Jry	H	63	Casado	Pareja e hijos	Elementales	Urbana	<9.000€	Comercial	Jubilado
Jp	H	64	Casado	Pareja e hijos	Elementales	Urbana	<9.000€	Pintor	Jubilado
Mnts	H	57	Separad	Sólo	Medios	Urbana	>9.000€	Analista	Cocinero
Fif	H	54	Casado	Pareja e hijos	Elementales	Urbana	>9.000€	Conductor	Operario
Mjo	H	55	Casado	Pareja e hijos	Medios	Urbana	<9.000€	Visitador	Pensionado

DX: diagnóstico enfermero; H:hombre; M:mujer

Como se observa en la Tabla 42, la muestra está compuesta en su mayoría por hombres que conviven con su pareja e hijos. Tienen estudios elementales y bajo nivel de ingresos. Algo menos de la mitad de ellos es menor de 65 años. Un 58,82% se encontraba en situación de inactividad laboral, de los que el 60% no tenía la edad reglamentaria en nuestro país para la jubilación (Tabla 43).

Tabla 42. Características sociodemográficas

	Frecuencia n=17	Porcentaje
Edad		
< 65 años	9	52,94
65 y más	8	47,06
Sexo		
Mujer	4	23,52
Hombre	13	76,47
Tiene estudios		
Elementales	10	58,82
Medios	5	24,41
Superiores	2	11,76
Estado civil		
Soltero/a	1	5,88
Casado/a pareja	14	82,35
Viudo/a	1	5,88
Separado/a	1	5,88
Ingresos anuales		
< 9000	13	76,47
9000 >	4	23,52
Procedencia		
Rural	7	41,17
Urbana	10	58,82
Vive con		
Solo/a	1	5,88
Con pareja	6	35,29
Con pareja hijos	9	52,94
Otros familiares	1	5,88
Situación laboral		
Jubilados o pensionados	10	58,82
Amas de casa	2	11,76
Activos (no amas de casa)	4	23,52
Baja la enfermedad	1	5,88
Total	17	100,0

Tabla 43. Pacientes mayores y menores de 65 años retirados del trabajo

	Frecuencia n=10	Porcentaje
Jubilados/ pensionados		
< 65	6	60
65 y más	4	40
Total	10	100,0

4.7. Análisis de contenido categorial

A continuación se presenta un análisis categorial efectuado con la intención de conocer los problemas que presenta la muestra, asimilables a diagnósticos enfermeros, y confrontar los hallazgos con los problemas hallados en la parte cuantitativa del estudio. Para ello, se buscaron en las 17 entrevistas en

profundidad, Respuestas Humanas o expresiones de problemas enfermeros que estuvieran presentes en el Guión temático efectuado a partir de la NANDA (Herdman & NANDA, 2008; Tabla 44). Dicho Guión de temas exploraba todos aquellos aspectos que pudieran profundizar en los factores relacionados y características definitorias de una serie de problemas que ya habían sido detectados en la cohorte de la que provenían estos pacientes en la parte cuantitativa del estudio. En el caso de detectar en nuestras entrevistas una serie de Respuestas Humanas, podía revelarse como un problema o etiqueta diagnóstica enfermera. En el caso de que con la entrevista en profundidad no se hubiera obtenido la información necesaria, disponíamos de una entrevista semiestructurada que formaba parte del Guión de Temas (Tabla 45) (Anexo V, Anexo VI).

Así, de este modo se clasificó de manera manual la información obtenida y se trianguló en distintas ocasiones hasta hallar consenso entre los tres investigadores que efectuaban esta parte del estudio cualitativo. Posteriormente, se introdujeron las entrevistas transcritas en el software ATLAS.ti 5.6 y se clasificó y codificó en dimensiones, categorías y subcategorías siguiendo el esquema de la mencionada Taxonomía II NANDA (Herdman & NANDA, 2008) de dimensiones, clases y diagnósticos respectivamente (Anexo VII), con objeto de contrastar esa información con la triangulada por los investigadores y realizar esquemas explicativos multidimensionales. Para ello, se realizó una nueva codificación en el ATLAS.ti, necesaria para poder relacionar dichos diagnósticos con los diferentes pacientes a través de dicho programa. De los esquemas realizados podemos obtener información de la clasificación general, de las relaciones existentes, y del número de veces que sucede el mismo problema (Figura 6, Figura 7 y Figura 8). En resumen, la información obtenida en el análisis categorial es la siguiente:

- Datos de los pacientes de forma individual.
- Cada una de las diferentes dimensiones, junto con sus categorías y subcategorías y los diferentes pacientes en los que se refleja dicha dimensión.
- Globalidad de dimensiones y sus relaciones.

- Globalidad de categorías y sus relaciones.
- Globalidad de subcategorías y sus relaciones.

Tabla 44. Esquema del guión de temas basado en la taxonomía NANDA

NIVEL	1	2	3	4	5	6	7
DIMENSIÓN (Dominio NANDA)	Percepción/ cognición	Autopercepción	Afrontamiento/ estrés	Rol/ relaciones	Sexualidad	Promoción de la salud	Actividad/ reposo
CATEGORÍA (Clases NANDA)	Cognición	Autoestima	Respuestas Afrontamiento	Desempeño del rol	Función Sexual	Manejo de la salud	Actividad/ ejercicio
SUBCATEGORÍA (Dx NANDA)	Conocimiento deficiente	Baja autoestima crónica	Afrontamiento inefectivo	Desempeño inefectivo rol	Disfunción sexual Patrón sexual ineficaz	Mantenimiento inefectivo salud . Manejo inefectivo régimen terapéutico	Deterioro movilidad física
INFORMACIÓN A OBTENER	Nivel cultural Motivación Capacidad Disponibilidad	Patrón Relaciones Creencias Habilidades Autoeficacia	Patrón Recursos Actividad Relaciones sociales Autoestima	Patrón Emocional Ocupacional Ocio Satisfacción	Patrón Capacidad Psico-física Medicación	Patrón Recursos Apoyo social Confianza, Autoestima, Autoconcepto Afrontamiento Rol	Patrón Barreras Capacidad

Tabla 45. Esquema del Nivel 6: Actividad/reposo según el Guión de temas

NIVEL	6
DIMENSIONES (Dominios NANDA)	Actividad / reposo
CATEGORÍAS (Clases NANDA)	Actividad/ ejercicio
SUBCATEGORÍAS (Diagnósticos NANDA)	Deterioro de la movilidad física
Información a Obtener	Patrón previo Estado de ánimo, físico Fármacos y copatologías Barreras Apoyo social y familiar Relaciones familiares, sociales, laborales
Preguntas a realizar	¿Tiene limitaciones para moverse o tener actividad física? ¿De qué tipo? ¿Conoce la importancia de moverse y mantener actividad física? ¿Necesita ayuda para moverse? ¿Tiene barreras en casa?

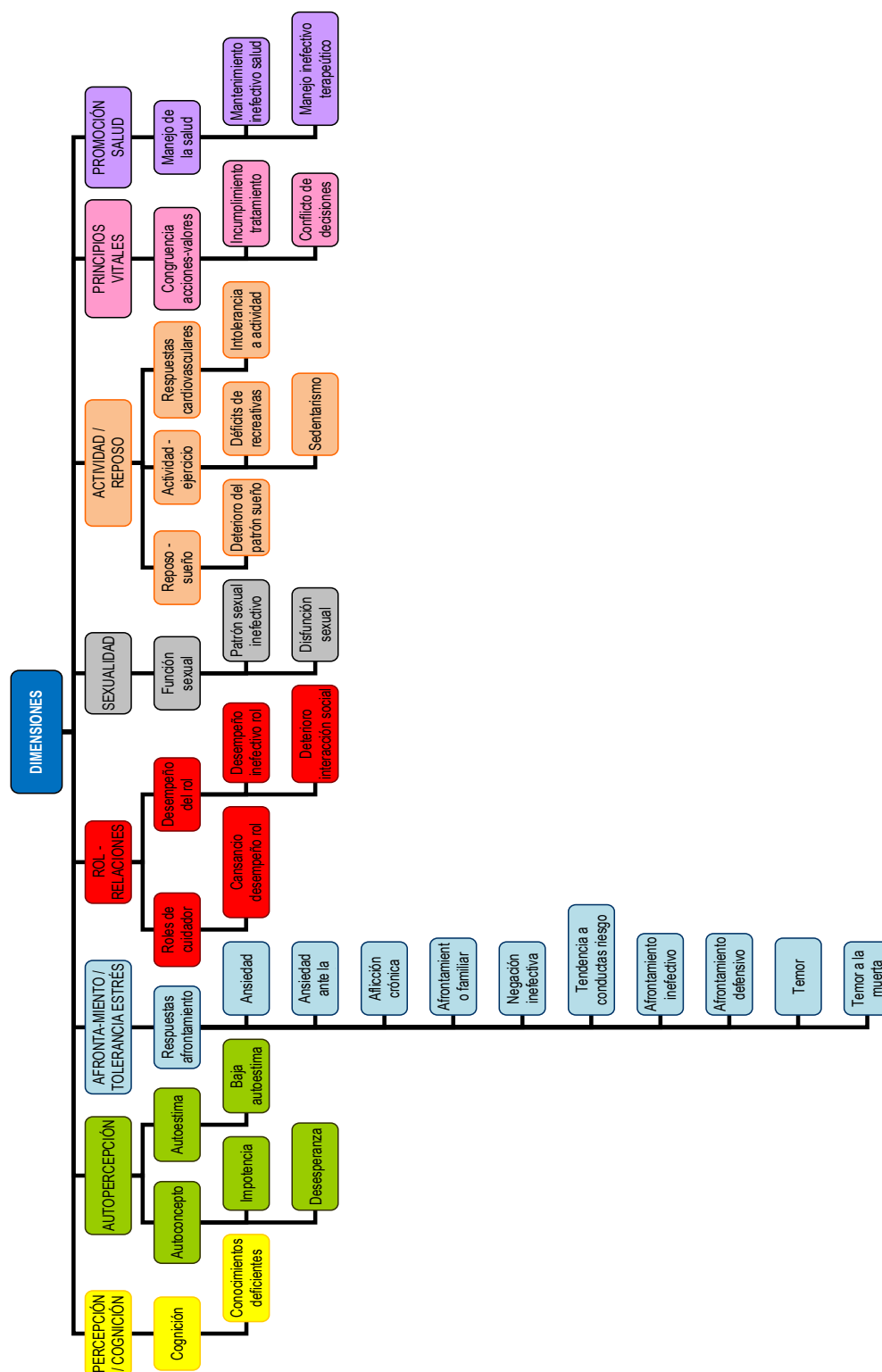


Figura 6- Esquema global: pacientes, dimensiones, categorías y subcategorías.

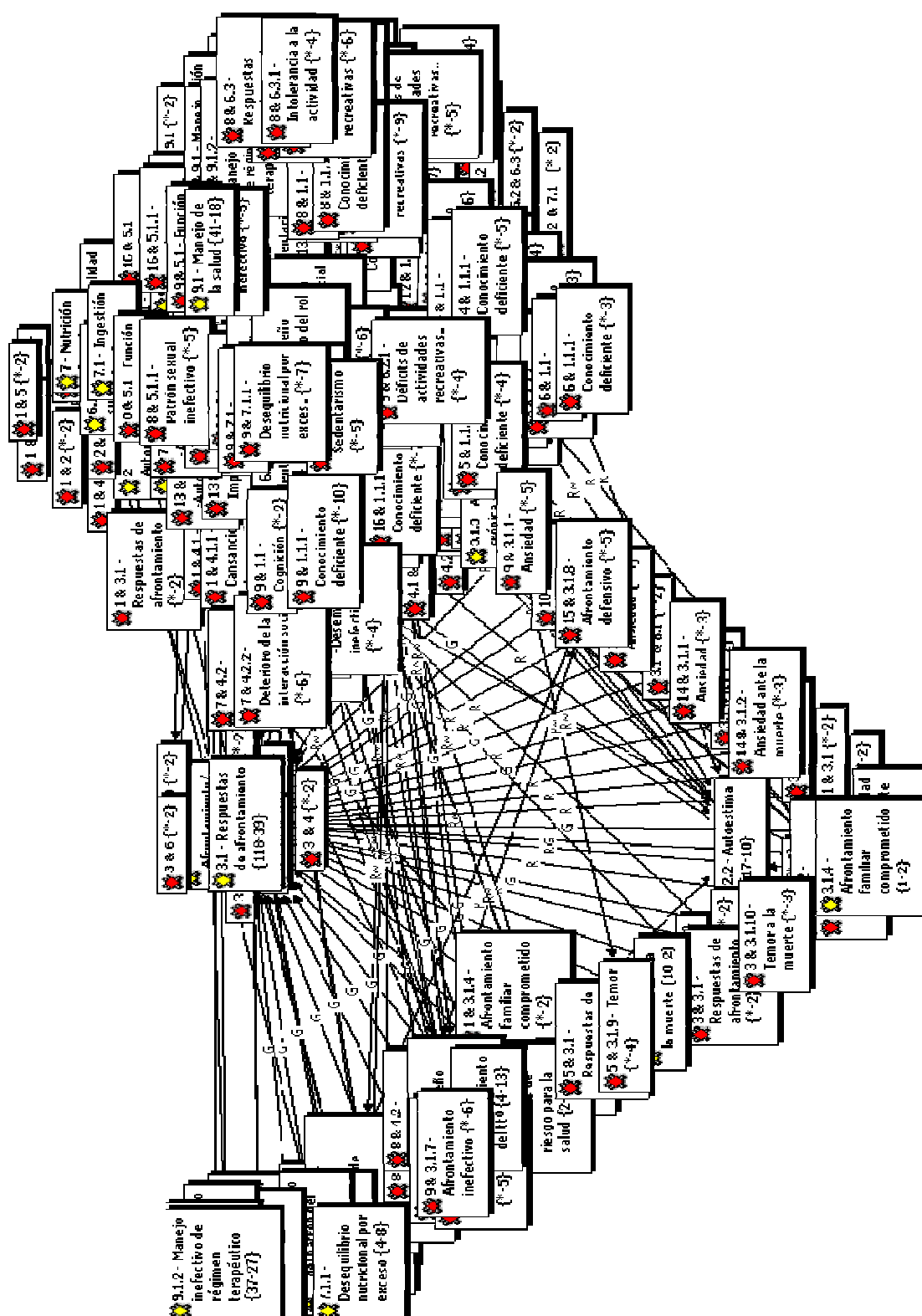


Figura 7. Esquema global de todas las relaciones de la unidad hermenéutica

Tabla 46. Frecuencia de diagnósticos enfermeros por paciente de la muestra

CLASES Y DIAGNÓSTICOS (Taxonomía II)	Frecuencia n=17	Porcentaje
Percepción/Cognición Conocimientos deficientes	17	100
Actividad/reposo Déficit de actividades recreativas	10	62,5
Sedentarismo	3	18,8
Intolerancia a la actividad	3	18,8
Rol relaciones Cansancio en el desempeño del rol de cuidador	5	31,3
Desempeño inefectivo del rol	6	37,5
Deterioro de la interacción social	3	18,8
Promoción de la salud Manejo inefectivo de régimen terapéutico	5	31,3
Sexualidad Patrón sexual inefectivo	4	25
Disfunción sexual	2	12,5
Afrontamiento/tolerancia al estrés Temor	4	25
Ansiedad	4	25
Afrontamiento inefectivo	3	18,8
Auto percepción Impotencia	3	18,8
Total	16	100,0

Al efectuar las relaciones entre códigos, categorías y dimensiones, se encontró un alto número de diagnósticos enfermeros relacionados entre sí. De todos los problemas etiquetados en la muestra, hallamos que Conocimiento deficiente era el diagnóstico más frecuente (Tabla 47) (Anexo VIII, Anexo IX) y el que estaba más relacionado con el resto de diagnósticos, en concreto, con las 8 dimensiones exploradas: movilidad, sexualidad, mantenimiento de su salud, rol, cumplimiento del tratamiento, nutrición y diversos aspectos emocionales, tal como se muestra en la Tabla 48 y la Figura 9. Centrándonos en este diagnóstico, a modo de ejemplo, casi la totalidad de los pacientes reconocía haber sido poco o nada informados y, aunque decían saber lo que necesitaban para cuidarse, no se categorizó en ningún caso: un conocimiento de dieta adecuada, un tipo y cantidad de esfuerzo adecuado, la ocupación laboral, o al menos que esta fuera satisfactoria y aunque sí se categorizó satisfacción con el ocio y con el sexo se hizo en muy pocas ocasiones.

El diagnóstico citado “Conocimientos deficientes” se citó 286 veces para el total de la información de la muestra. De entre los diagnósticos más

prevalentes también caben destacar: Déficit en actividades recreativas y Desempeño inefectivo del rol (70 y 66 veces respectivamente). A continuación le sigue Patrón sexual inefectivo (43 veces), Temor (40 veces), y Manejo inefectivo del régimen terapéutico (37 veces; Tabla 45).

Tabla 47. Frecuencia de citas en los textos para ciertos diagnósticos

DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA
Conocimientos deficientes	286
Déficit actividades recreativas	70
Desempeño inefectivo del rol	66
Patrón sexual inefectivo	43
Temor	40
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	37
Afrontamiento inefectivo	28
Impotencia	22
Mantenimiento inefectivo de la salud	19
Baja autoestima crónica	18
Cansancio en el rol de cuidador	17
Intolerancia a la actividad	14
Afrontamiento defensivo	9
Disfunción sexual	13
Ansiedad	11
Desesperanza	11
Aflicción crónica	10
Negación inefectiva	10
Temor a la muerte	10
Deterioro de la interacción social	8
Conflicto de decisiones	5
Ansiedad ante la muerte	6
Sedentarismo	7
Incumplimiento del tratamiento	5
Desequilibrio nutricional por exceso	4
Tendencia a adoptar conductas de riesgo	7
Afrontamiento familiar comprometido	1
Deterioro del patrón de sueño	1

Tabla 48. Relaciones entre Déficit de conocimiento y otros diagnósticos

DIAGNÓSTICO	SE RELACIONA	NO SE RELACIONA
DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS	- Temor - Afrontamiento inefectivo - Afrontamiento defensivo - Negación ineficaz - Intolerancia a la actividad - Sedentarismo - Desequilibrio nutricional por exceso - Deterioro del patrón del sueño - Desempeño Inefectivo del rol - Cansancio desempeño rol cuidador - Mantenimiento inefectivo de la salud - Manejo inefectivo terapéutico - Tendencia adoptar conductas riesgo - Incumplimiento del tratamiento - Deterioro de la interacción social - Impotencia - Patrón sexual inefectivo - Disfunción sexual - Ansiedad - Aflicción crónica - Desesperanza	- Temor a la muerte - Baja autoestima crónica - Ansiedad ante la muerte - Afrontamiento comprometido - Déficit actividades recreativas - Conflicto decisiones



Figura 9. Relaciones entre Conocimiento deficiente y otros diagnósticos

En la figura 9 se ilustra las distintas relaciones establecidas entre un paciente y sus problemas, así como la frecuencia y vínculos entre sí.

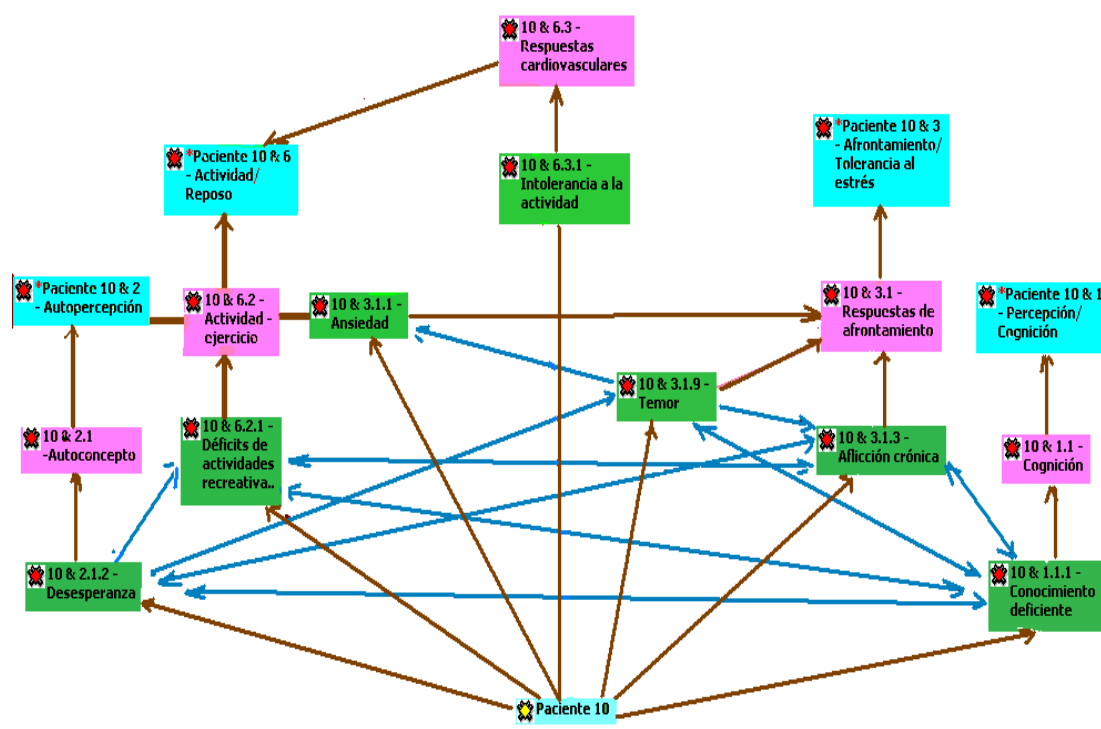


Figura 10. Relaciones posibles entre sí de problemas en un paciente.

4.8. Análisis cualitativo temático fenomenológico

En el análisis fenomenológico efectuado se encontraron trece grandes categorías como producto de la lectura repetitiva, el proceso de escribir y reescribir, asignar y depurar códigos a categorías continuamente, uniendo después dichas categorías (por comparación constante) e identificando grandes áreas que se redujeron en la medida de lo posible, al asimilarse los significados de los segmentos categorizados en ellas. Dichas áreas temáticas seleccionadas, siguiendo la propuesta de van Manen, (2003), son las siguientes:

- Realidad vivida: incertidumbre e inseguridad.
- Percepción de la información recibida y modos de vida.
- Incumplimiento-creencias-elecciones: tomando decisiones.

- El impacto emocional por los cambios sentidos y por la enfermedad.

A continuación, se comenta cada una de las áreas temáticas mencionadas.

4.8.1. Realidad vivida: incertidumbre e inseguridad

Cuando un paciente sale de alta hospitalaria, se enfrenta a su propia vida sólo con el apoyo cercano, como máximo, de su familia. Ha estado cuidado, protegido “en lugar seguro” y con ciertas restricciones impuestas por los profesionales “porque es bueno para su salud”, pero en adelante está en sus manos mantener las pautas aconsejadas y comenzar un nuevo camino.

Esta gran área temática “incertidumbre e inseguridad” la hemos subdividido a su vez en tres subapartados para facilitar el análisis y la comprensión de la lectura:

- Las dudas para los cuidados y el control de la enfermedad tras los cambios fisiológicos sentidos
- La desconfianza de los pacientes con el seguimiento profesional de la enfermedad
- Sensación de desamparo y preocupación por “estar a expensas de ...”

➤ Las dudas para los cuidados y el control de la enfermedad tras los cambios fisiológicos sentidos

Tras el alta, se desconoce el “cuerpo nuevo” que experimenta nuevos síntomas, dolores, malestar y que necesita medicación.

Surgen sentimientos de falta de control de la situación y vivencias de cierta angustia o estrés por ese estado de alerta ante lo desconocido, y por la espera o el “estar atento a cómo responde el cuerpo”. La ignorancia para manejar los síntomas de la enfermedad, para responder ante posibles crisis o episodios de gravedad y no saber a quién acudir, se viven como una amenaza al propio cuerpo que ahora no se controla.

La necesidad de estar asesorado sobre los límites de lo normal o de lo excesivo genera preocupaciones, que se han de resolver en las etapas iniciales, y se busca información en los allegados con problemas similares,

preocupados por saber cómo responderá el propio cuerpo, o qué uso correcto hacer de la medicación, cuánto esfuerzo será tolerado o el tipo de movilidad que hacer.

A continuación, a modo de ejemplo, se exponen literalmente extractos de las entrevistas mantenidas con los pacientes que reflejan lo comentado (las entrevistas completas se presentan en CD-ROM como Anexo XII). Con objeto de guardar el anonimato se colocan las siglas de su nombre (ej. Mq) se presenta asimismo alguna anotación del cuaderno de campo del investigador identificado como "Cc" seguido de las iniciales en clave del paciente (ej. Cc.Jln).

Mq.- (432:432)

Pero ese dolor (...) de la pastilla debajo de la lengua (...) no sé si es de corazón (...) ni de dónde es, ni por qué me duele (...) yo no sé diferenciarlo.

Fr.- (440:440)

(...) me preocupa (...) como los diabéticos no tenemos dolor (...) si lo tuviera (...) y siempre digo verás tu cuando tenga gases (...) y me voy a asustar mucho (...)

Jry.- (275:275)

(...) pastillas de debajo de la lengua se las tuve que pedir al médico (...) Oye ¿no me recetas? (...) no me habían dicho que tengo que llevarlas y me las recetó (...) me hice socio del programa Corazón (...) mediante un compañero (...)

Fr.- (436:436)

Yo le tuve que preguntar al cardiólogo porque (...) por ser diabético no tenía dolor. ¿Cuándo tomo yo la pastilla? ¿Cuándo tenga el agobio? (...) me la pondré debajo de la lengua pero no sé cuándo (...) la tengo en el bolsillo pero yo ya no sé (...)

Jry.- (199:199)

(..) vale, yo soy tonto, pero me pincha el pecho (...) Y si allí te dicen eso te duele toda tu vida (...) pero a veces pienso que es nervioso

Jry.- (183:183)

(...) tú no conoces tus limitaciones (...) no te las explica nadie, tu sales de allí y tomaste las pastillas y ya está. ¿A quién se lo preguntas? ¿a otro médico? ¿a tu compañero, al del piso de abajo? (...) yo creía que me estaba dando un infarto. Nadie te dice, se lo comenté al médico y dice como el Stent tiene dos puntas pues se te han clavado las puntas. Después allí te explican que es lo que te ponen: ¿un Stent tiene puntas? ¡Me voy a cagar en tu padre! Cuando te lo explican, te dan charlas, te explican todo, tu medicación, para qué sirve cada cosa, que te vas a sentir mal de una cosa u otra. Y sales de allí y ya por lo menos a la cabeza no le das vueltas porque muchos temas le das vuelta en la cabeza y dices ¿qué me está pasando? Y ya entras allí y dices bueno (...).

Fr9.- (52:52)

Yo, preocuparme de lo que tengo, no me preocupa, ¿no?; hombre, hasta cierto punto pues hay veces que tengo que hacer algo y digo “ostia, pues no puedo hacerlo ... o puedo hacerlo?”, pero estoy viviendo una vida normal ¿no? cojo mi coche, me voy a tomar una cerveza con mi mujer (...) o nos vamos, “¿dónde vamos hoy?, a echar un paseo a Punta Umbría” que en este sentido yo no estoy preocupado. Estoy preocupado en el sentido de que cuando tengo que hacer algo pienso “¿esto puedo hacerlo o no?, ¿no puedo levantar este peso? ¿no puedo hacer esto?”

Fr9. – (416:416)

Habría agradecido tener una consulta. Oye, mira, he hecho 700 Km., sentadito todo el día, sin moverme y en esta situación estoy ¿qué hago? Consejos, alguna cosa de éstas. Eso es un poco el miedo y la preocupación. A lo mejor vienes conduciendo Almería- Huelva y dices ¡hostias! Estoy haciendo 700 Km, ni he descansado, ni me he movido porque no he podido andar ¿qué ocurrirá a lo mismo en esta situación? ¿Esto es malo?

Fr.- (291:291)

(...) cuando yo salí del infarto, tal como salí, nunca me recuperé y siempre con mucho dolor. Dos revisiones que tuve con el médico a los 3 meses y a los 6 meses, le dije oiga ¡que me duele!, ¿Cómo te va a doler? Hasta que me

cogió el de la mutua (...) y dice: si te duele vamos a mirarlo. Pues eso quiero yo que me miren. Y lo que pasó es que me tuvieron que operar pero a la tercera vez de verme.

Fr.- (59:59)

Yo con la diabetes, bueno, me ahogaba. Cuando salí de la operación tuve un poquillo de arritmia (...) “usted tiene aparte de que la arritmia se le haya quitado, tiene una cardiopatía isquémica y no tiene más remedio que tomarte las pastillas sin más remedio (...) y total que nada más decir eso, sin decir nada más (...) y dice: hasta la revisión (...)

Mq.- (13:13)

(...) hasta hoy vivimos de una manera y luego 4 días en el hospital estás muy bien y a partir del quinto te vas del hospital y ya no hay cuidado pero “¡¡y yo no puedo andar, yo no puedo ¿Esto qué es? ¿Qué es lo que pasa aquí?¡¡”

Fr.- (191:191)

(...) me operé (...) y dice “es una operación grande, son cuatro arterias obstruidas, cuatro bypass” (...) y dije yo “sí, pero ya es para estar mejor porque no me van a dar más infartos o más cosas ¿no?” y dijo el médico: “no, no, esto no tiene nada que ver con el infarto”, pero me lo dijeron cuando ya estaba operado, (...) “¡te puede dar otro golpe y no tiene nada que ver aunque estén las tuberías limpias¡. ¡Y no creí yo eso, eso no me lo han explicado a mí nunca ¡” (...)

Jp.- (319:319)

(...) no es una enfermedad que tengas que estar en cama, sino que de pronto (...) y todo lo que puedes hacer, ya no lo puedes hacer (...) Y te duele (...) y vas al médico de cabecera y lo único que sabe es el papel que le llega (...)

➤ La desconfianza de los pacientes con el seguimiento profesional de la enfermedad

Un paciente se siente satisfecho en la medida en que se siente seguro con la atención y el seguimiento recibido y ello ha de estar adaptado a las preferencias y posibilidades socio económicas de las personas y su entorno.

En el caso de la enfermedad cardiovascular, el éxito a medio o largo plazo de los tratamientos depende en gran medida de este aspecto.

La enfermedad cardiovascular produce, en ocasiones, síntomas limitantes que deben ser tratados. Una asistencia sanitaria, en apariencia descontrolada, caótica e impersonal, impresiona a los usuarios negativamente como desprofesionalizada y desinteresada del paciente, de su historia y de su enfermedad.

Surgen sentimientos de impotencia y enfado, que pueden derivar en temor por la evidente sintomatología y las limitaciones. El paciente prefiere conocer su estado, tal como refleja las siguientes palabras de uno de ellos: “saber cómo está uno, aunque sea saber si estás para morirte o no”. El paciente inseguro consulta más a los servicios sanitarios por sus dudas e inseguridades y con dificultad, en dichas circunstancias, podrá hacerse cargo de sus autocuidados.

Un paciente que es sometido a un tratamiento complejo y a pruebas que conllevan cierto riesgo y que son dolorosas, no debe llegar a sentir que dichas pruebas “estarán más seguras en mi bolso” o bien que no le aplicarán el tratamiento tras las dolorosas pruebas, por criterios de edad avanzada del paciente o por su pluripatología.

A continuación se exponen extractos de las entrevistas mantenidas con los pacientes que reflejan la desconfianza de los pacientes con el seguimiento profesional de la enfermedad.

Jv.- (206:206)

(...) dijo el médico por la prueba de esfuerzo (...) el resultado me lo traes a la consulta, me vino el resultado, me fui a la consulta, no estaba, lo busqué (...) se la di, y hasta hoy, no lo he visto mas, eso no es normal (...) es que no me lo puedo creer (...; enfadado) ¡me da coraje!

Fr.- (15:15)

(...) me he sentido un poquillo de arritmia y me ahogo, y me dijeron que me iban a llamar enseguida y a los 15 días he ido para allá y dicen que no aparecen los papeles por ningún lado (...) que había estado el médico de

vacaciones (...; enfadado) no sabemos si le llegará.

Fr.- (67:67)

(...) ecocardiografía, y dio que tenía de corazón (...) no me fuera a dar algún trombo (...) me pusieron el sintrom y me mandaron a llamar corriendo porque era peligroso para (...) ponerme bien (...) y como se perdió pues hasta ahora (...) no me han vuelto a llamar, no sé (...)

Fr.- (172:172)

(...) fui allí y digo “me parece a mí que yo no me acuerdo cuando me llamó usted la primera vez” (...) por lo menos mirarlo ver como está y ver si está uno ya para palmar o no está para palmar, por lo menos algo (...)

Fr.- (55:55)

(...) mal (...) porque cuando salí del infarto me dijeron que iban a hacer un cateterismo (...) y si estaba las cuatro arterias obstruidas (...) que tenían que operarme, y yo le dije que sí, que para enmendar la calidad de vida (...) cuando me hicieron el cateterismo me dijeron que no me iban a operar, porque yo ya tenía una edad, que yo no sé qué, que te duele la espalda, digo pero bueno ¡si la espalda y la edad la he tenido yo antes de hacerme el cateterismo! una vez de hacerme el cateterismo, haberme subido ahí para no operarme; total, me mosqueé con todos (...; enfadado) y dice otro: “pues que lo diga su cardiólogo, los papeles ya los tiene usted mandados todos”, y al cabo del año fui a ver qué pasaba con los papeles, y digo “(...) un año ya para operarme del corazón y (...)”, total, que habían perdido los papeles otro golpe, tuvimos que echarlos, tuvimos que echarlos otro golpe, y al echarlos (...) por lo visto se había perdido el correo, y la otra ya (...) se lo dije al cardiólogo, digo “¿a usted no le importa que yo me la quede?, porque sí me llaman para operarme pues yo me la llevo metida en el bolso y echo aquí mis papeles y están más seguros que en ningún sitio” y me quedé con la eso, si no, a ver si no hubiera tenido que hacerlo todo nuevo otro golpe (...)

Fr9.- (28:28)

(...) me estoy haciendo ese seguimiento por voluntad propia porque a mí en ningún momento me ha dicho el médico ni la enfermera y ni el médico,

“vamos a hacer un control de azúcar, o de presión o de esto o de aquello” (...) me hacían los controles (...) pero de buenas a primeras pues no me llaman, no me llaman, y cuando voy al hospital me dicen que los especialistas, los cardiólogos los han cambiado todos. Y claro, pues yo me voy al ambulatorio y me dicen que allí no hay nada mío todavía, y me he ido al hospital y me dicen que en el traslado se habrá perdido todo el historial (...)

Fr9.- (32:32)

(...) al tiempo me dan la cita pa un tal doctor X el cual ni se ocupa por mí ni se preocupa, que discutí con él (...); total, que al año o año y medio me llaman para darme la cita y no, no (...) como pueden haberme dado el alta? nadie te dice nada (...) más información, mas revisiones por el especialista que no por el médico de cabecera (...) yo veo un poco mas de descuido a partir de que me dieron el alta para las revisiones (...) y me decían que es que había muchos, que la lista de espera y me mandaron con otro médico, que la verdad es que Don X y ese fue el que me dio el alta, me dijo que estaba bien, y me dio el alta, y ya a partir de entonces no fui más a consulta.

Jp.- (84:84)

Yo debería estar más controlado por el médico (...) un período muy largo de más de 20 meses sin cardiólogo es capaz hasta de pasarme cualquier cosa, a lo mejor no estoy (...)

A continuación, a modo de ejemplo, se exponen literalmente extractos de las entrevistas mantenidas con los pacientes que reflejan la importancia de la rehabilitación cardíaca, como mecanismo de seguimiento

Los programas de asesoramiento, seguimiento y control del paciente basados en intervenciones de ejercicios, terapias ocupacionales, sexualidad, movilidad y en cambios del estilo de vida entre otros, mejoran la calidad de vida de dichos pacientes y sus familias. Pero la inexistencia de ellos en nuestra provincia planteó a los pacientes problemas de equidad en la asistencia sanitaria y de estar a expensas de intereses políticos.

En las entrevistas además se encontraron falsas creencias sobre el acceso y pertenencia a dichos programas de rehabilitación cardíaca en otras ciudades

de nuestro entorno.

Mjo.- (213:213)

(...) en Huelva se cerró porque no hay rehabilitación cardíaca (...) pero aquí como nadie sabe (...) en Sevilla funciona muy bien, en pueblos que son mucho más chicos que en Huelva hacen desayunos y se juntan entre ellos y hay mucha gente (...) tú ves, tú dices ¡joder pues si que somos personas! (...) seguir en contacto con gente que tenga tu mismo problema.

Jry.- 17:525 (215:215)

(...) si hiciéramos una federación y nos pusiéramos en manos de los políticos diciendo mira tienes aquí mi voto o dos mil votos, seguro que se arreglaba (...) es que vivimos donde vivimos y tenemos el nivel que tenemos (...)

Mjo.- (404:404)

(...) y me dice mi amigo, esas cosas de rehabilitación son imprescindibles. Explícaselo a tu cardiólogo. Ahora mismo, yo voy y le digo; a ver si me puedes mandar a Sevilla, ¿yo? ¡Si hombre! ¡Pero chiquilla! te mando a tí y mando a toda Huelva me dijo la médico. Total ¿Cómo se entra en esos programas? Pues por enchufe como en todos lados. Conoces a uno allí y dices: ¿A ver si hablas allí para meterme a mí? y entré. Y estando allí me dicen que me hace falta un papel o algo, tú no puedes estar aquí por todo el morro. Pues tu médico de cabecera que firma todos los papeles del mundo. (...) yo eso, no sabía ni que existía (...) pues ahora que es importantísima, a las manos llenas te lo digo (...) te juntas con mucha gente (...) estás bien aconsejado (...) tratar con doctores, es decir, no tienen las consultas llenas. Tu llegas con la enfermera que es muy simpaticona (...) te pones a andar en la cinta lleno de cables por todos lados y te dice: pues hoy estas bien, hoy estas peor, hoy no andes y luego te dice tú estás tomando esta pastilla ¡sí! pues déjala, ésta sí, ésta no y no engordes que estas engordando. Durante 6 o 7 meses te va metiendo por el carril, te va quitando el (...)

Mjo. – (161:161)

Lo que sí es cierto que yo cuando vi que aquí en Huelva (...) Y tú dices si yo me siento mal ahora, dentro de 6 meses no sé si estoy vivo o no. Me fui a

Sevilla a la rehabilitación cardíaca

Mjo.- (165:165)

Y no entiendo porque en Huelva no lo hay. Hablé con el cardiólogo y le digo mándame a Sevilla y dijo no te mando y digo ¿por qué no me vas a mandar? (...) porque si te mando a ti tendría que mandar a toda la gente. Tu tendrás que mandar a todo el que se sienta mal ¿o los sevillanos tienen derecho a recuperarse y los de Huelva no? ¿o esto es tonto? Si pero se aprovechan de nuestra incultura (...) ¿Cómo? ¿Qué es equidad? Total que esa rehabilitación la tuve que hacer pagándome yo mi desplazamiento (...) Pero el por qué no lo hay en los demás sitios, pues no lo entiendo, yo esas cosas no las entiendo (...) sales del hospital (...) yo me siento mal (...) el cardiólogo no te atiende hasta dentro de 5 meses, ¡pero si yo no puedo andar! Y llegas y te dice ¿Cómo te encuentras? ¿Bien? ¡Qué bien! ¡Bien! ¡Nada hay que relajarse! ¿Que hay que relajarse? Si yo he estado tumbado en el sofá y comiéndome el coco, porque todo lo que haces es comerte el coco.

Fcz.- (137:137)

(...) tuve la mala suerte de incorporarme a la Asociación de Enfermos Cardiovasculares el día que lo cerraban (...) me di cuenta que si hubiese estado (...) mi recuperación hubiese sido mucho más rápida (...) era privada y tenían problemas con el pago del local (...) tenían máquinas para andar, para hacer ejercicio, que tenían tabla de gimnasia, que habían tenido charlas y tengo los resúmenes de las charlas de técnicos especialistas en respiración y en según qué otras materias, y eso me ayudaba; (indignado) la asociación en mi caso hubiese sido fundamental para no tener que investigar y ponerte en Internet y andar preguntándole a uno y a otro. Porque aquello hubiese sido muy bueno, haber contado con una asociación como esa hubiera mejorado en todo.

➤ **Sensación de desamparo y preocupación por “estar a expensas de (...)”**

En este caso se presentan las vivencias de los pacientes respecto al seguimiento. Expresan el desamparo que sienten por un manejo de los profesionales irreflexivo y que les hace perder la identidad y estar expuestos

en sus manos y asistir a sus consultas sin obtener por ello un claro beneficio. De hecho, describen con preocupación y desconcierto que es una “pérdida de tiempo” y desconfían sobre si están vivos, gracias a su eficiencia.

Fr.- (172:172)

(...) sí, de verdad que no hemos tenido ningún problema así gordo con ellos ni nada, tampoco será que no le damos guerra, mucha guerra, ahora (...) pero no sé, me llamaron a los dos años.

Jp.- (80:80)

(...) y puede ser que me esté pasando otra vez (...) que me dio el infarto y fui a consulta y estuve ingresado y luego me dejaron 3 meses y a los 3 meses me dio el infarto, después de estar ingresado 4 días.

Jry.- (103:103)

(...) empecé a ir a Sevilla y me dijo que cada 3 meses y después cada 6; pero iba a Sevilla y lo único que hacía este médico (...) y no me hacían nada (...) “¿tú cómo te encuentras?”, “pues mira, yo bien” (...) y a la próxima vez que me hicieron lo mismo digo “pues ya la próxima no vengo”.

Mq.- (52:52)

Hay médicos que me tratan muy bien y otros no, (...) Mi padre murió de un infarto después de problemas coronarios 20 años. Mi madre murió de un infarto. Mi hermano tuvo un infarto un mes y medio antes que yo, y un segundo infarto. Yo no solo tengo una deficiencia coronaria sino otra de nacimiento (...) pero eso no se tiene en cuenta (...)

Mq - (79:79)

(...) estaban a punto de darme el alta hasta que le dio el infarto a mi hermano y se acordaron y se echaron atrás (...) y entonces ellos empezaron a tomar medidas. Pero si no es por eso, yo seguramente tengo el alta (...) yo no quiero ni el alta ni la baja, yo lo que quiero es que me pongan bien.

Jry.- (291:291)

(...) y me tuve que hacer otro cateterismo, estaba la otra arteria mala. Fui a la seguridad social (...) cuando me tocaba la revisión y se lo dije al médico (...)

Le dije escucha que me han tenido que operar por la mutua en Sevilla, y me dice: pues yo soy tú y no me hubiera operado y ¿Por qué no me hubiera operado? (...) yo no sé, eso es lo que me dijeron a mí en Sevilla, con el 70% de obstrucción tienes que ponerte un Stent y tienes ahí en el informe una obstrucción del 80% (...) y me dijo ¡pues yo no me lo hubiera hecho! Pues te crea duda (...) Pero desde entonces para acá no me ha hecho nada, no me ha visto ni siquiera. Vas al inspector de la seguridad social y te dice: me traes las pruebas, ¿no te han hecho una ecografía? Pues no me la he hecho, o sea ¿tú has salido de un cateterismo y no sabes lo que tienes? Pues no, pues todavía no me lo han hecho. ¿Qué he tenido que hacer, pues irme a un privado (...) si tenemos alguna duda entonces a quién nos dirigimos? A nadie. Como no vayas al médico de cabecera y el médico te dice que al cardiólogo.

Ja.- (20:20)

(...) yo estaba bien, (...) fui ya y cambiaron el marcapasos (...) y yo no puedo (...) vamos, la muerte, me entra una flojera y un malestar (...) dicen que me corresponde por la edad, porque tengo 77 años voy a cumplir, pero yo me siento con más (...) más juventud ¿comprende? y tengo una energía (...) y ahora no puedo andar (...) me ahogo

Apg.- (153:153)

No. ¡Hombre!, eso siempre está ahí ¿no?, aunque hay veces que hay amigos que conoce uno por ejemplo (...) y han estado bien y luego le han dado y se han quedado; (...) yo algunas veces me pregunto y digo “¿se habrán equivocado los médicos conmigo? ¿Se habrán equivocado?”

Jry.- (87:87)

(...) yo fue el cateterismo ¿eh?, o sea a mí no se me quita de la cabeza que fue el cateterismo.

Mq.- (488:488)

(...) siento que es un mal seguimiento y tratamiento, poca humanidad de los médicos (...) le estaba explicando que voy con mis amigos y me tenía que parar en un tirón dos, tres y hasta 4 veces y el tío me dijo en toda la cara que era psicossomático, porque tengo educación, porque me entraron unas ganas

de levantarme y darle una patada en la cara, que de verdad ¡no lo podéis ni imaginar!

Ja.- (221:221)

(...) que no te estén mareando y que te atiendan un poquito mejor también los médicos de cabecera (...) mi médica todo lo quiere hacer ella, si te hace falta una radiografía, no te manda al médico sino te manda ella la radiografía, y si le parece bien pues ya después te mandará al médico (...) eso tampoco, el especialista está para una cosa y los médicos de cabecera están para otra.

4.8.2. Percepción de la información recibida y modos de vida.

Según el contenido de las entrevistas, la información que han recibido los pacientes ha sido muy variada. Independiente del lugar (hospital o atención Primaria) o del profesional (médicos o enfermeras), las vivencias de los pacientes expresan una información técnica y escasa.

Hay coincidencia mayoritaria en las entrevistas en lo que se refiere a que la información no llegaba a cubrir las necesidades del paciente, no se les adaptaba, en alguna ocasión por ser considerada excesiva o, en otros casos, innecesaria. Siempre fue general, sin individualizar ni adaptar a las particularidades culturales, biológicas o de la patología. Han recibido distinto tipo de información: sobre el origen y causa de la enfermedad, sobre el tratamiento prescrito y, de manera muy general, sobre las pautas a seguir en el estilo o modo de vida.

En algunos casos los pacientes consideraron que la información no les servía porque “hay que darla cuando se pida o se necesite”

La enfermedad repercute en todas las dimensiones humanas y por ello es necesario normalizar cada tarea o actividad que se desarrolle. El paciente precisa conocer y saber de manera concreta y según su entorno y cultura, necesita pautas específicas para alimentarse, para hacer ejercicio, trabajar o saber los límites frente a los esfuerzos. Haber comprendido y asimilado la situación facilitará la transición y adaptación.

➤ **¿Qué información me han dado? ¿Me sirve?**

Los pacientes preguntan sobre temas que surgen en su vida diaria,

desconocen sus límites o si el hecho de hacer cierto tipo de actividad bien sea de ocio, familiar, de relaciones o laboral, pudiera comprometer su salud. La información que reciben es general, despersonalizada y no llega al paciente. Por tanto, informar en primer lugar, para comprender después y asimilar, adoptando cambios en el estilo de vida será necesario para mantener la salud en el paciente cardiovascular.

Aga.- 5:12 (38:38)

(...) “oye, ¿me puedo montar en un avión, o puedo ir a un parque de atracciones, o puedo...?” (...) porque a lo mejor no es el patrón normal de persona. Por eso no informarán, supongo. Un hombre con 60 ó 70 años no le va a preguntar eso (risas) ¿sabes?, pero yo sí, porque yo tenía 20 años, tengo ahora 28. Y son cosas en las que puedo encontrar limitación y es donde me gusta ¿no? tengo que (...) jolines ¿pues por qué yo no? Y entonces yo se las planteo, soy yo la que llevo mis preguntas que me surgen.

Aga.- 5:14 (42:42)

(...) muy mal el tema ese de la información, a lo mejor más concreta, adaptada a lo mejor un poco también a las características del paciente, porque no es lo mismo (...) información la que me tienen que dar a mí, que a una persona de 75 o de 80 años (...) por ser más joven pero sí a lo mejor una información más completa. Claro. (...) una información un poco más dirigida y más específica al paciente (...) yo entiendo que también es mucha gente, a lo mejor es muy complicado de que tú a cada uno le hagas luego unas recomendaciones concretas, lo normal es que si ha sido porque tiene el colesterol alto pues le digas pues deja de comer grasas y no tomes sal.

Fr9.- 9:36 (170:170)

Mi preocupación es con la obesidad que estoy cogiendo (...) es que no sé como quitármelo, voy a dejar de comer, no es que coma una barbaridad pero es que lo poco que como lo engordo (...) Y ya ni que te tomes un sándwich por la noche, ni que te hagas una ensalada ni que (...) y claro, yo puedo andar, lo que no puedo hacer es correr.

Mjo.- (211:211)

A ti te dicen: pues mire usted esta es la medicación, el régimen de comida que tiene que hacer es éste y poco más (...) que te vas a ir encontrando mejor (...) o que es muy bueno andar (...) pero ni un ejercicio respiratorio, ni como debes de andar, ni como tiene que ser tus ejercicios, bueno ni el por qué de las cosas ni muchísimo menos.

Fcz.- (261:261)

(...) me dijeron por encima lo que debía hacer, de llevar una dieta, de hacer ejercicio moderado. Pero en ningún caso me informaron bien de las consecuencias del infarto para poder adaptarte a la vida posterior (...) el cansancio, el no encontrarte bien (...) no me ha informado nadie

Jp.- (319:319)

Pero que en principio, cuando sales del hospital deberían de decirte qué va a pasarte en los 15 primeros días que vas a estar en casa sentado en el sofá (...) a partir de ahora vas a notar que te va a doler, te va a dejar de doler, porque tú no puedes irte a casa y de pronto das un paso y decir ¡¡¡si me han dado el alta y yo pensaba que estaba bien¡¡¡. Porque hasta hace 4 horas estaba bien, es decir es una enfermedad tan radical que no te da tiempo (...)

Ja.- (24:24)

(...) no me han informado bien (...) que llevara una vida tranquila, a mi marido y a mis hijas, que no llevara sofocones, que no trabajara mucho, pero eso es una cosa que eso no se puede hacer.

Aga.- (16:16)

Soy maestra. Pero aun así, yo muchas veces me da miedo, de decir no sé hasta qué punto este estrés de 23 niños, este agobio (...) llevar la casa (...) la escuela, el trabajo. La información la verdad que tampoco fue gran cosa.

Jry.- (68:68)

Mi obsesión era que cuando podía tener relaciones. Me dijeron que a los 15 días, vamos con mucho cuidadito, pero que después ya perfectamente. Lo que pasó es que después llegó la desgana (...) ¿Por qué eso no se tiene en

cuenta? ¿Por qué ningún médico lo tiene en cuenta? No lo entiendo (...) creo que es la pastilla sobre todo que te pega un bajonazo impresionante.

Jry.- (257:257)

Las relaciones sexuales No, no, nada es igual, mira, a mi me dijeron que en un mes no mantuviese relaciones, solamente en ese mes y ya luego mi vida normal. Pero en años después sigo sin poder hacer “vida normal”, esto ha sido un antes y un después.

Mq.- (62:62)

Las relaciones sexuales con mi mujer, lo sigo haciendo pero cuando lo hago parece que me voy a morir, no te imaginas la presión que me entra en el pecho, yo si, a mi me parece que me voy a morir (...) tengo una mujer que es muy paciente, pero si no (...) acabaría rompiendo la relación que tenemos (...) nos queremos mucho (...) habrá muchas parejas que se rompan.

Aga.- (294:294)

(...) hasta qué punto en mis relaciones de pareja pues yo podía (...) que tampoco estaba yo ahí muy segura y no sabía hasta qué punto me podía perjudicar o podía o yo que sé (...) aunque tampoco soy tonta (...) como me dijeron vida normal (...) y fue una de las primeras cosas que le pregunté, y me dijeron que en ese aspecto normal, que si yo veía que me fatigaba (...)

Aga.- (294:294)

Claro. Es que ésa fue la duda que a mí me surgió, porque yo en ese momento me fui muy contenta “me han dicho que haga mi vida normal”, pero luego ya me empezaron a surgir cosas (...) ¿lo normal? ¿Qué es lo normal? Y ahí ya me empezaron a surgir dudas, incluso del tema, ya te digo, de un futuro embarazo (...) que a mí “tu vida normal” me planteaba, “oye, ¿yo estoy capacitada para dar a luz?”, ¡¡o para tal o cual porque normal normal!! a ver, tus limitaciones las tienes, ¿no? ¿Pero cuáles?

Mjo.- (333:333)

(...) si tuviéramos más información estaríamos mejor evidentemente (...) no somos técnicos en la materia, porque tú no estudias medicina por si tienes un

infarto (...) tienes un desconocimiento total (...)

➤ **Pensar en lo que debo de preguntar y a quién hacerlo**

Como se ha expuesto, el tema de la sexualidad es tratado por los profesionales y los pacientes y familiares de manera tangencial. A lo largo de la estancia o las consultas, rara es la asesoría productiva en este sentido. El sexo es nuclear en la vida de muchas personas, pero en algunos de nuestros pacientes no ha habido buenas experiencias cuando han necesitado ayuda.

Jp.- (264:264)

Del problema sexual se lo he comentado a la doctora X y parece se enfadó y (...) porque decía que el tratamiento no afectaba a eso y (...) unas pastillas que se llaman X y se lo dije yo a un amigo médico, o sea, que es de allí del pueblo y me dijo que sí, que era cierto que las pastillas afectaban a eso (...) y nada, nada. No se ha solucionado

E. ¿Por qué se enfadó?

Jp.- (264:264)

Pues no lo sé, será su carácter, por lo que sea parece que tiene el carácter así, “pero hombre, ¿eso cómo va a ser así?, ¿cómo se le ocurre?” digo bueno, no, no le pregunto ya.

Fif.- (182:182)

(...) las relaciones sexuales (...) yo no sé si es debido a los medicamentos pero lo noté bastante (...) yo no he buscado alternativas, no las he buscado (...) Nadie me ha explicado nada ¿A quién? ¿A quién le voy a pedir yo ayuda? porque nadie te dice nada, nadie te dice nada (...) pero como no, en la consulta no se puede, por ello ni he dicho, pues la verdad es que yo mismo me he preocupado, yo mismo de mí mismo, con mi pareja en ese momento. Pero nada, sin mejora (...) se podía informar aunque fuera a través de un boletín (...) y ya sin preguntarlo, sin preguntarlo (...)

➤ **La información recibida es insuficiente, escasa o nula**

Hay coincidencia de que la cantidad, tipo, forma y lugar de información no ha sido adecuada. Como se ha expuesto, los pacientes refieren no haber

recibido información en muchos casos o, al menos, no la recuerdan, lo que indica que no se proporcionó adecuadamente. Muchos son los elementos que en la comunicación hay que tener en cuenta para que esta sea eficaz.

Aga.- (286:286)

(...) me cabían muchas lagunas “tú tu vida normal, con las limitaciones y los cuidados y las precauciones que pueda tener pues de llevar una vida sana y no sé, y las cosas normales sin abusar, pues que no cometa locuras, ¿no?, salvo eso pues que lleve una vida normal, evidentemente no fumes, bebe con moderación (...) copita de vino no te va a pasar absolutamente nada, nada, pero con precaución (...) dieta sana, ninguna concreta, a ver, baja en sal pero que una dieta normal porque es que yo ni tengo colesterol ni tengo azúcar ni tengo (...) que evitara pues grandes dosis de grasa (...) haz un poco de ejercicio y si tú te encuentras mal (...) algo suave, evita grandes malos ratos, pero por lo demás vida normal. Eso fue cuando a mi me dieron el alta (...) pero nada más de información (...) a mí siempre mi cardiólogo me ha dicho que yo haga mi vida normal.

Aga.- (102:102)

(...) igual en las tres provincias que he estado ingresada en Andalucía (...) pero sí es verdad que yo eché de menos a lo mejor cosas más concretas.

Mq.- (233:233)

En la seguridad social no te dan información ninguna. Tu sales de allí, te dan el alta y te dicen ¡no fumes eh!, bueno pues ya está (...) ve andando poquito a poco y una vida normal.

Jv.- (15:15)

Explicar y saber, nada. Como siempre, la culpa al tabaco y punto, y tenía los triglicéridos altos.

Jry.- (2:2)

(...) cuando me dieron de alta, no me pusieron un método de nada, o sea que eso lo he hecho yo por mi cuenta; tampoco me dijeron “oye, tú tienes que hacer ejercicio, tienes que hacer...”; ¡hombre!, me dijeron una cantidad de

cosas: que no comiera con sal, que anduviera, en fin (...) nada más.

Mq.- (41:41)

Nadie explica nada (...) te dice tu toma las pastillitas, no bebas, no fumes y ya está. ¿Bueno y ahora por qué no ando?

Ja.- (12:12)

(...) explicarte los médicos no te explican nunca, nada más que van al marcapasos y ya está, y si vas al cardiólogo, te toma la tensión, te pregunta cualquier cosa, como va, como no va y de ahí no salimos, los médicos preguntan poco hoy.

Jv.- (19:19)

Pues por ejemplo, alimentación, ¿qué es lo que puedo comer, que ejercicio puedo hacer? (...) porque por ejemplo la última vez me dijeron que no haría esfuerzo ¿no? y yo no hago esfuerzo por la espalda, no porque nadie me haya dicho de corazón que no puedo hacerlo ¿eh?

Jv.- (218:218)

Porque yo lo que sé del infarto lo sé por eso, por lo que me dijeron del Hospital y por lo que le he preguntado a mi médico de cabecera; no sé el tipo de infarto. Tuvo que ser grande porque yo estuve en parada cardíaca no sé el tiempo (...) No se reduce todo en una simple carta poniendo un tratamiento y ya está.

Jln.- (7:8)

(...) no recuerdo nada de la información, bueno (...) me dijeron que no tomara sal, pero nada más, que hiciera una vida normal, poca grasa, que la comida sosa, la verdura que me gusta poco.

Fr9.- (16:16)

Me lo pusieron allí en un papel y nada más, ¿no?, pero explicarme no me explicaron nada de nada (...) que los hospitales de aquí andaluces lo que pecan es de hablar poco con el paciente ¿verdad? No, no, información ninguna, la que me dan los papeles, me voy al Centro de Salud y según los papeles que me dan en el hospital pues así me receta el médico de cabecera,

y él no se preocupa si estoy mejor, si estoy peor (...) y encima si vas te quedas con la mente en blanco, sin saber a quién preguntar o algo, pero si te lo dieran en un folleto pues ya tienes más idea.

Fr.- (187:187)

Qué sé yo, pero es que la mitad de las veces no te explican, te lo dicen tan técnico que no te enteras casi de nada; (...) “pues mira, esta arritmia puede ser de esto, de esto y te puede acarrear esto o lo otro” (...) cualquier cosa de esa y no te explican nada de las precauciones ni nada (...).

➤ **Lo que sé, es suficiente para cuidarme y vivir bien**

La información conviene adaptarla al contexto, a la cultura, al estado y a las necesidades del paciente. Muchos pacientes decidieron que la información de la que disponían era suficiente. Los motivos subyacentes variaban desde un afrontamiento de huida , o por creencias inadecuadas, pero en ninguno de estos casos en los que se evitaba la información, el paciente estaba verdaderamente bien informado.

Mnts .- (15:15)

Creo que yo sé lo más importante y lo necesario de lo que tengo que saber (...) porque tuve una experiencia muy negativa con un cateterismo y me han querido repetir y no, esas experiencias se pasan una vez nunca más, porque tuvieron que reanimarme y fue tan tremendo que no. Al fin y al cabo lo que va a dar más información de cómo está el corazón, pero yo lo que sé es que yo tengo ahí dos infartos y que eso es irreversible y ya está, no necesito más información.

Mnts.- (187:187)

(...) además, tú no puedes preguntar cosas que tú no conoces. Cuando tú las vayas conociendo las vas preguntando.

Vct.- (59:59)

(...) sí, a mí me explicarían las inyecciones y las cosas, me lo dirían todo, pero como yo no entiendo de muchas cosas pues yo qué sé lo que era (...) las viejas no entienden tantas cosas de estos males ni de nada.

Apg.- (169:169)

Hombre, yo no creo, pues estando bien que vas a pedir de información.

Vct.- (195:195)

(...) a veces como de todo (...) bueno, hoy la puchera la como ¿no? pero a veces las cosas más frescas del cochino, el tocino y eso la pongo a hacer aparte de la puchera

Fr.- (187:187)

(...) que no coma pringue, pero hombre si por ejemplo se me antoja un cachillo de chorizo, no voy a decir que no, una mijina, pero después ná, luego me cuido y ya está y mi leche y ya está, me cuido muy bien (...) a lo primero, a mí la información me la dio mi amigo pero a nivel personal y luego la doctora que tengo en el centro de salud. Pero por lo demás nada, lo que es profesionalmente nada.

Mnts 15.- (163:163)

No, el tipo de información que yo no he querido, no es que no me la han dado, me la han querido dar con la situación real (...) porque sí sabía que la otra vez se había quedado cerca de un 20% de zona infartada y que se había roto el músculo cardíaco y había abierto por ahí el riego sanguíneo, entonces en esta ocasión pues querían hacer la misma prueba a base de un catéter o ver como había quedado realmente eso, pero prefiero no saberlo antes que pasar otra vez por la experiencia que había pasado (...) no es que me la hayan negado, es que yo no he querido pasar por esa experiencia que nada más que podía dar la información más exacta de cómo está la situación ahora mismo, pero vamos que me la imagino.

Mnts.- (167:167)

Yo creo que la que dan, vamos por lo menos en mi caso, es más que suficiente, ¿no?, saber que bueno, que eso es un músculo, que se ha muerto, (...) las limitaciones que tienes y hasta aquí puedes llegar y hasta dónde puedes ir y cuáles son las posibilidades de mantenerte, puesto que recuperar todavía hoy día no hay posibilidad.

Mnts.- (55:55)

Nada, el médico no me ha restringido nada (...) incluso en los momentos de crisis mantengo la tensión perfecta. Entonces recuerdo que cuando he estado hospitalizado, me pusieron lo normal ¿no?, la dieta sin sal y demás sin que te pases, me lo han dicho, “bueno pero si tú no tienes porqué restringirte, si tienes la tensión perfectamente, con lo cual, hombre, no debes abusar ni muchísimo menos pero si puedes tomar con sal o las comidas normal”

4.8.3. Incumplimiento-creencias-elecciones: tomando decisiones

En su día a día, a veces los pacientes no siguen las recomendaciones, lo cual no contribuye a su cuidado. Las causas de ello son distintas. En unos casos, el paciente, a pesar de intentar seguir las recomendaciones sobre dosis de medicamentos o prescripciones difíciles de cumplir, no pueden seguirlas por ser inadecuadas a sus posibilidades o por condicionar su estado fisiológico. En otros casos, han preguntado a su médico dudas al respecto y para su puesta en práctica, pero no han obtenido una respuesta.

Ciertos pacientes responsabilizan del problema a “otros” (al médico, a su pareja) o lo justifican por su edad, a pesar de que en nuestros pacientes, ésta no sea la causa del incumplimiento. Dichos mecanismos para desviar su atención pueden reducir las preocupaciones que les causa la enfermedad, lo que les hace pensar que su problema no existe.

Algunos pacientes, por el contrario, “eligen” lo que van a hacer con sus vidas, no desean “conocer tanto” y ello les permite vivir de espaldas al estrés que les provoca el conocimiento de su realidad y la necesidad de sus continuos cuidados en lo que puede llegar a influir las creencias o experiencias negativas previas. Haber estado sometidos a pruebas dolorosas y en las que el paciente no encuentra solución a sus problemas, les hace evitar las consultas, el seguimiento o la información. Estar al tanto de la enfermedad requiere paciencia y un esfuerzo que a veces no les compensa, se sienten mejor organizando su vida. Por ello prueban y, si no les va demasiado mal, continúan el camino adelante de espaldas a los problemas, confiándose cada vez más en medidas inadecuadas. Sencillamente deciden “vivir así” en vez de “vivir a medias”; la banalización y las bromas al respecto “les hace sentirse

más fuertes”.

➤ **Me muevo poco**

Los participantes en el estudio comentan moverse poco por incapacidad fisiológica o impuesta por los medicamentos. También por elección ya que no ha obtenido información al demandarla, por falta de estímulos desde la asistencia sanitaria, de conocimiento veraz sobre la importancia en la salud, por pereza o desmotivación.

Ja.- (56:56)

(...) dice el médico que me mueva, no puedo desplazarme yo (...) en vez de ir por ejemplo a los mandaos, en vez de que me coja cerca, voy al que está más lejos y ando (...) pero ahora tengo que ir como las tortuguitas porque en cuanto voy un poquillo mas (...) me ahogo (...) así estoy pero, lo demás bien, no salgo mucho, nada prácticamente, los mandaos y los sábados y los domingos cuando voy a misa y ya está.

Jv.- (67:67)

(...) de ejercicio ando todos los días 8 o 9 Km, (...) le consulté al médico que si podía hacer ejercicio y todavía estoy esperando la contestación (...) y es andar, y es lo que hago, vengo andando todas las mañanas pues eso, unos 8 Km, 8'5, a un paso normal que yo pueda..., ¿entiendes?, y ese es el ejercicio que hago (...)

Fr.- (27:27)

(...) sí, que hiciera ejercicio, pero que yo como no puedo hacer ejercicio con la espalda y con los pies que no puedo (...) estuve un poco tiempo en la piscina y en la piscina si hacía yo algún ejercicio por lo menos me movía un poco, pero que a mí empieza a que ya cada vez vas a menos hasta que vas teniendo menos ganas y cuando te das cuenta dejas de ir y ya no estoy, además no voy ni a hacer gimnasia ni nada, ni piscina ni nada.

Fr.- (152:152)

(...) de apuntarme a la piscina e ir dos o tres días aunque sea nada más que a mover los pies allí, y nada más que muevas algo pues siempre te hace un

poquillo de ejercicio, te sientes mejor, y tienes algo más que hacer (...) porque al rato de estar ahí sentado tengo que estar poniéndome de pie (...)

➤ **Si quisiera más información, la tendría**

Puede ser un modo de tener los servicios sanitarios a distancia, por haber tenido experiencias negativas.

Fr.- (180:180)

No le pregunto mucho yo, no (...) que me explicaran como fuera la cosa, a lo mejor, si se pararan un poquillo y te lo explicaran mejor así, pero que no sé yo, no siento yo curiosidad así tampoco (...)

Mnts.- (19:19)

Yo tengo la información exactamente la que yo quiero (...) aunque sepa menos pero con lo que sé (...) se hicieron unas pruebas de esfuerzo y conozco mis limitaciones y creo que es lo fundamental (...) porque claro, al final el exceso se paga y mucho ¿no? (...) pues me han explicado tantas cosas, pero vamos sí, sé más o menos lo que realmente me interesa saber, que tampoco con saber demasiado se soluciona; hombre, sé lo que tengo que saber, de cómo tengo que intentar cuidarme y llevar lo mejor posible para mantener esta calidad de vida

Apg.- (49:49)

(...) la información sí, en el Hospital (...) vamos tampoco nos vamos a acordar de tantas cosas que le digan a uno, pero vamos, yo ya digo, que no he tenido problemas de ninguna clase, así que (...)

Fr.- (176:176)

No sé si (...), yo soy muy curioso, si me hiciera falta..., (risas), si me explican, o sea que me gustaría saberlo pero luego no me preocupa mucho yo tampoco.

➤ **Yo decido sobre mi vida**

Los pacientes necesitan decidir sobre su vida como modo a veces, de sentir el control del cuerpo, de la vida, de la enfermedad. A veces prefieren tomar decisiones de su salud y seguir con una vida “insana” o no someterse a

intervenciones o pruebas dolorosas, por considerar que ello no beneficiará en exceso en su salud ni mejorará sus vidas, y sin embargo si el sacrificio y los cambios de estilos de vida son intensos, piensan que no les compensa por lo que deciden “no hacer tanto esfuerzo”. En otras ocasiones los pacientes prefieren tomar sus propias decisiones y no hacer los cambios de estilo de vida, porque tienen conocimientos y creencias erróneas, tienen una percepción del riesgo real distorsionada, y piensan que a “ellos no les ocurrirá”.

Vct.- (43:43)

Y yo digo, “yo no, yo no me hago nada, si me muero me muero y si vivo vivo, hacerme no hago nada”, “pues lo que usted quiera, si quiere, tiene que firmar usted con lo...”, y firmé que no quería.

Mnts.- (47:47)

(...) como absolutamente de todo, absolutamente de todo.

Ls.- (53:53)

Sí, pero no, cuando hay puchero y tiene la pringá y no, algunas veces no la pruebo nunca (...) si tomo grasa, eso a mí lo mismo me da que me regañen cómo no.

Mbl.- (28:28)

¿la alimentación? normal

Vct.- (199:199)

(...) y como la puchera sí la como, pero luego el chorizo, si alguna vez cojo un pellizcón una mijina, que no me vea, como me vea, ya está regañando; el atún desde que me pasó, quizás lo he comido dos veces una latita, porque ella no quiere, que dice que es malo que no me vaya a pasar algo, que no quiere, yo le digo ¡ay, ay!, ¿por qué? Me dijo el médico que usted puede, usted puede comer todo lo que tenga que comer menos perejil” (risas; ...) a lo mejor me saco una mijina de tocino, y con cuidado lo pongo más abajo y la carne más encima escondidita (...) y me dice mi nieta, “mamá mira mi abuela, se ha sacado el tocino” (...) Y ayer me comí la latita de atún como le estoy

diciendo, una latilla chiquinina, y dice, “ahora que..., te pones mala ahora que vienen la fiestas para allá que para acá, y tengamos que...”, y digo “no me pongo mala”, y me la comí.

Jry.- (7:7)

Las comidas les pongo sal (...) Bueno, algunas veces sigo las pautas, otras no.

Mq.- (355:355)

Yo sigo fumando y no voy a dejar de fumar y si me muero (...) es una barbaridad que cometo libremente (...) fumo porque me gusta estar por encima (...) Yo tengo una cultura hedonista y ¿tú sabes lo que marca eso? No, fumo muchísimo menos, me fumo un par de cigarros al día, pero me lo fumo. Y si me apetece comer cerdo pues me lo como y si me muero porque me tengo que morir, pues me muero (...) Lo que no voy hacer jamás en la vida y de ahí viene la educación, es recomendarte a ti que fumes. Pero yo libremente, decido fumar porque me da la real gana (...) ¿Dejar de fumar? No, Ya me lo han dicho muchos médicos y es mi decisión y punto (...)

Mnts.- (59:59)

(...) pero el tabaco no soy capaz de dejarlo (...) Fumando toda la vida, toda la vida de Dios, desde que yo recuerdo (...) estuve un tiempo cuando me dio el primero 7 u 8 años sin fumar, pero después ha sido peor, ha sido peor porque ya no he sido capaz de dejarlo, intento cada vez fumar menos pero es qué me da unos cambios de carácter, me pongo irascible, no puedo, no puedo, me pasa un poco como con la comida, si tengo hambre me duele la cabeza, me duele todo el cuerpo, vamos es que no puedo dejar de comer, intento comer lo mínimo posible, con una dieta equilibrada, pero tengo que comer porque es que... me pasa..., y con el tabaco lo mismo, un cambio de humor tremendo, me pongo nervioso, hiperactivo y no controlo, entonces bueno, que sea lo que Dios quiera, intentaré fumar lo menos posible pero por lo menos no (...) pero el tabaco no soy capaz de dejarlo.

Fr.- (366:366)

Yo soy diabético y cuando me apetece me como un dulce, pero como sé que

soy diabético en vez de comerme tres como te lo puede comer tú, pues yo me como uno.

Mbl.- (141:141)

(...) cuando tengo ganas de andar ando y cuando no, no ando ná. Pero vamos, obligación de andar y eso, no.

Mnts.- (151:151)

(...) me cansa subir escaleras, tengo que hacerlo de forma pausada, pero después el andar y eso no (...) tampoco ando a paso ligero, si no un paso relajado y demás y eso no me causa problemas ninguno, así que ¿preocuparme algo de mi enfermedad? No. Lo tengo asumido igualmente y no.

➤ **No sólo la enfermedad me limita**

Es una forma de proyectar la responsabilidad, de no asumir la enfermedad y eludirla. Curiosamente, un buen número de nuestros pacientes atribuyen a la edad el deterioro o limitaciones físicas que padecen, pero ellos son jóvenes para mantener una calidad de vida cuestionable en algunos casos. No obstante, entenderlo así para ellos supone no encarar que padecen una enfermedad por los significados que ésta pueda tener en su entorno social y familiar.

Mbl.- (120:120)

(...) problemas en lo de las relaciones yo nunca, nunca, nunca (...) No ha funcionao en el caso de mi mujer. Mi mujer tiene (...), yo creo que tiene más problemas ella que yo. Bueno, ya después con la menopausia, ¿que pasa? que también se comprende (...) y yo lo comprendo pero yo por mi parte no... Todo, todo, total, total, la zona muscular total. Y cuando yo llegué aquí empecé a tenerlo con mi mujer me decía mi mujer “oye, que esto puede ser malo”, digo “esto qué coño va a ser malo”

Apg.- (149:149)

¿Con el infarto? Yo no me encuentro que haya perdido nada, las facultades las mismas de eso, así que no, por el infarto yo no me preocupo

Apg.- (137:137)

¡hombre!, ya ahora es otra edad son unos pocos de años más, si andas ligero (...) pero vamos, yendo poquito a poco, va (...) Yo no creo que pueda estar mejor, porque esto lo único que tendría que hacer es quitarle unos pocos de años (...) pero vamos yo voy bien, son setenta y tres.

Ls.- (111:111)

El cansancio eso, que me canso mucho, antes yo no me he cansado en la vida y ahora será por la edad ya (él tiene 75 años) porque yo siempre he trabajado mucho, he estado siempre con los camiones y he estado siempre de noche y de día por ahí, y eso ya es el cansancio del cuerpo, el desgaste (...) que me voy subiendo la cuesta y me tengo que parar un rato hasta que me desahogo un poco, pero vamos.

Mbl.- (81:81)

No, de cansarme me cansaría por los años, (risas), porque son 67 años ya, por eso me canso. Vamos..., también influirá esto en mi algo, pero vamos que yo (...), no me noto..., me noto más en las piernas que de ahogarme (...) Vamos me canso sí, cansarme sí me canso, pero vamos, moverme..., todavía me desnudo, me visto (...)

Jv.- (230:230)

(...) también la edad, tampoco quiere decir que sea por el infarto, a lo mejor es por la edad ¿no?, varía mucho tener veinte a tener cuarenta, o a tener cincuenta y seis como tengo yo ya, puede ser del cansancio también puede ser debido a eso, a lo mejor te esfuerzas quieres a ser lo mismo y no puedes hacer nada, por las tardes, me canso más que por las mañanas, me asfixio

Jry.- (21:21)

(..) hombre me dolía el lado, pero la suerte que no me he resentido ni me canso excesivamente. Hombre, cuando pego una carrera (...) normal (...) yo voy a hacer 63 años ya ¿eh?

Jp.- (278:278)

Porque tampoco con esta edad ya son 65 años (...) Bueno, ya como era

también por la edad, pues tampoco me preocupo (risas)

➤ **La confianza lleva a veces a los excesos**

Como se ha expuesto con anterioridad, el afrontamiento de la enfermedad puede estresar a los pacientes. En cambio, intentar hacer algo que tienen restringido por ser poco conveniente para su salud, los hace sentirse más capaces, menos “atípicos” y menos “enfermos”. En otros casos, las inadecuadas creencias o el valor social pueden influir en que los pacientes sigan ciertas conductas.

Mnts.- (147:147)

Hombre, yo estoy haciendo lo que está dentro de mis manos, ya digo que no me quejo, porque naturalmente lo único que pudiera considerarse una obligación es durante el verano Punta Umbría, pero es que eso lo compenso después yéndome a Brasil tres meses y medio tirándome tres meses en Brasil con mi hijo, con lo cual (...) bueno, ya te digo que las cosas me van muy bien y Dios mío que sigan así, ¿no?

Mnts.- (127:127)

Cuando descansan los empleados de mi hija (...) se los cubro yo, los lunes por la noche, los miércoles al mediodía, en fin, algún sábado que otro, pero es eso, dos o tres horas las que estoy allí y ya está, no me excedo si trabajo por la noche. En el verano sí, en el verano ya en junio me voy para Punta Umbría y me llevo todo el verano con el carrito de las patatas (...) Pues el excederme sabiendo que no puedo coger peso, que no debo de trabajar en verano en Punta Umbría moviendo sacos y cajas de más de 20 Kg., cuando no debo de coger ni una bombona de butano que pesa 10 Kg.

Mnts.- (95:95)

Hace muchísimo tiempo que no siento ningún tipo de dolor (...) antes de darme el infarto si noté que incluso me tuve que poner nitroglicerina en más de una ocasión (...) pero vamos no, que fue un aviso y no hice caso y tenía que haber hecho caso desde luego, pero bueno, ya ahora sí que lo sé y eso sí, al subir escaleras sí, eso sí lo noto que me cuesta más trabajo, pero después un ritmo normal lo llevo perfectamente sin problemas (...) Hombre,

indudablemente mejor se puede estar siempre, pero vamos, no me quejo ¿eh? no me quejo.

Fif.- (132:132)

Pues que me veo mejor, que cada vez me veo mejor. El día que salí del hospital probablemente iría como un zombi (...) estuve, bueno, a mi me dijeron el médico ¿me puedo tomar una copita de...? Hombre no es que te puedas, es que te la debes de tomar. Una copita de vino tinto buena comiendo el día de Navidad me la eché, me mojé los labios y digo ahora no quiero, no me apetece. Y ahora me estoy tomando dos copitas todos los días en el almuerzo, o sea le voy perdiendo un poquito (...) ¿no sé si eso es bueno o es malo?

Apg.- (73:73)

Yo..., después me dijeron que no hiciera esfuerzo, algunas veces por obligación del campo tiene éso, algunas veces tienes que coger un tranquete un poco más a lo mejor, una (...) o una ovejilla, en fin..., tampoco he sentido nada, ¡hombre! evito de hacer lo menos posible, pero vamos, cuando hay que hacerlo pues se hace y ya está.

Mnts. – (19:19)

(...) de hecho el repetirme el infarto fue el exceso de confianza porque me creí que estaba curado cuando (...) y dejé todo, medicamentos y todo, y realmente esto no tiene cura de ningún tipo, no se recupera nunca más, pero me encontraba tan bien tantísimos años y que digo, “bueno, esto ya está superado (...) y evidentemente no estaba superado ni muchísimo menos.

4.8.4. El impacto emocional por los cambios y por la enfermedad

El impacto emocional producido con la llegada de la enfermedad puede verse agravado por circunstancias adversas como son los problemas económicos, laborales o los cambios impuestos de rol.

Es especialmente difícil de asumir emocionalmente el hecho de que quien haya padecido un infarto en la familia sea el cuidador principal de alguien dependiente, con lo que el equilibrio previo del hogar se ve amenazado si el infarto impone otro ritmo de vida a quien lo ha padecido y un cambio en la

actividad que venía siendo rutinaria, con lo que el paciente cuidado podría ver amenazada su integridad. Ello puede provocar en el cuidador difíciles cuestiones éticas y una división entre el deber y el poder por el nuevo estado en el que se encuentre. En el caso de que el cuidador después del infarto decidiera no abandonar sus obligaciones previas, podría ocasionarle complicaciones y sobrecarga que ni física ni psicológicamente los pacientes pueden tolerar tras un infarto reciente.

➤ **El enfermo que cuida a otros**

La obligación del cuidar a quien puede menos, enfrenta en ocasiones a los pacientes a una crisis y se dividen entre lo que querrían hacer y lo que pueden o deben hacer.

Cc. Jln.- (25:25)

No está liberado para cuidarse, y la enfermedad de su mujer no se lo permite tampoco. Vive una situación delicada, siente que no la puede cuidar por sus limitaciones, él sabe que no debe realizar esfuerzos. Nos dice: “el esfuerzo que hago no es bueno para mí, me da miedo, el esfuerzo no se puede hacer” (...) me dice literalmente que “me da pena dejarla sola”, Con una expresión de tristeza en la cara

Cc.Jln.- (23:23)

Jln vive un duelo, pero no el duelo de su enfermedad con el infarto porque se ve que la tiene totalmente aceptada y la ha superado, se olvida de él. Su duelo es la pérdida de su mujer, pues hace cinco años ya del accidente y de que es dependiente de él y dependiente de la cuidadora contratada. Se le llenan los ojos de lágrimas al recordar y contarnos estas vivencias.

Cc. Jln.- (25:25)

Nos dice que él es una persona tranquila, pero que algunas veces se enfada aunque no quiera, pero dice que su mujer es una persona nerviosa, irritable. Siente cada vez más que le faltan fuerzas, que no la puede cuidar por sus limitaciones. Presenta signos de cansancio del rol del cuidador (...) su autoestima, yo la valoro como baja, pero no por su infarto sino por la situación actual descrita anteriormente que vive con su familia y con su mujer, aunque

recibe la ayuda externa de la chica de contrato, no tiene ninguna ayuda comunitaria.

Ja.- (217:217)

(...) Yo cuando estaba ingresada sí que estaba cómoda, dentro de lo que cabe pues sí, porque sólo incómoda porque estaba faltando de mi casa, pero (...) no puedo faltar en mi casa (...) yo soy una persona muy conformista, me da igual todo.

Jry.- (73:73)

Bueno y yo, ¿qué me espera? Llevarme este tiempo en esta situación, con mi madre y con no poder salir cuando yo quiera, con no tener libertad de (...)

➤ **La necesidad de ayuda especializada para poder seguir adelante**

La atención emocional a la que se ven sometidos los pacientes es escasa o nula. No es habitual un tratamiento psicológico o psiquiátrico para asesorar e integrar al paciente frente a los cambios y la nueva vida.

Son frecuentes las alteraciones del carácter, la irritabilidad, la ansiedad o la depresión, así como otros sentimientos enfrentados en estos pacientes por todos los cambios acontecidos y por la brusquedad de los cambios de rol a todos los niveles, porque como dicen ellos mismos “no es una enfermedad de estar impedido en la cama y hay que echarse adelante” por la lucha por recuperar un sitio, por el proceso de adaptación.

En los pacientes pueden surgir sentimientos de poca valía, de incapacidad y desembocar en una autoestima baja.

Jp.- (239:239)

¿Tratamiento psicológico? Ninguno. Claro que sí, quizás sí. Hubiera necesitado el apoyo de un especialista.

Mbl.- (162:162)

Yo creo que sí, sí mejor, yo creo que sí podría, ahora si cogiera a alguien pa ayudarme en mi pena (...) entonces sí estaba mejor. Pero vamos, no se puede, ya no se puede.

Jp.- (330:330)

Hombre, una ayuda de alguien, un psicólogo o algo pues (...) claro, que me hubiese dado ánimos, ¿no? porque en el hospital las comidas te las dan, y fuera los medicamentos, pero y lo demás, ¿quién? (...)

Jp.- (136:136)

No, no. Al principio tenía..., en el plan familiar tenía..., cambié mucho el carácter al principio. No, pero luego ya, los médicos y eso me fueron diciendo de que era así, que se cambiaba.

Jp.- (153:153)

Yo pensaba que ya no vales para nada, ya no, no vales como persona ni ná, ¿comprendes?, te ves más (...) Bueno, porque me encontraba que pasó mucho tiempo que me encontraba muy flojo. Hasta que ya pues andando, andando parece que mejor (...) ella siempre dándome consuelo y tal: y esto no lo hagas, o haz esto

Jry.- (408:408)

Si, si al principio si, tenía ansiedad, angustia, ya cuando te vas relajando te vas (...)

Cc. Fcz.- (9:9)

Cuando le dio el segundo infarto le dijeron que en las circunstancias en las que tenía el corazón, no duraría ni un cuarto de hora. Se lo dijeron porque él quería saber su situación, y su respuesta fue: *bueno, eso ya lo veremos*. Dice que eso le sirve para enfrentarse y luchar.

Cc. Fcz.- (14:14)

Dice que: Ahora me irrito mucho y me pongo muy nervioso, y explica que no sólo con las personas sino también con las circunstancias, que entonces intenta pararse y serenarse, pero que le cuesta mucho controlarse.

Jp.- (159:159)

(...) y ya no podía, y que no podía, y estaba de mal humor hasta conmigo mismo. Ya tuve que parar. Los que estaban más cerca es lo que pagaban

más.

Jp.- (244:244)

Sí, porque ya, claro, ya con el tiempo te vas acostumbrando y ya aceptas lo que tienes ¿qué vas a hacer?

Ja.- (145:145)

Los nervios los tengo a flor de piel y más por él, porque... porque se ha vuelto (su marido)..., últimamente se ha vuelto un poco (...), así que está muy (...)

Fr.- (128:128)

Ahora mismo no estoy yo muy alegre, no, no estoy muy bien (...) y mira que tenemos allí a la chiquilla y no tengo yo muchas ganas, la verdad es qué (...) este mes, este mes (...) cómo si no me hubiera encontrado yo con ganas de salir.

Fr.- (148:148)

(...) fue porque una de las mañanas me levanté con una angustia y un laberinto y fui al médico, digo “mire usted, que esto no lo he tenido yo nunca”, y dice “pues tomate estas pastillas”, y me mandaba una y al poco tiempo fui y le digo: no se me quita del todo. Hay algunas veces que a lo mejor me la tomo por las noches (...) los primeros años después del infarto fueron muy malos, no me acostumbraba a la nueva situación, pero ahora me he resignado.

Jry.- (153:153)

Es que ahí es donde está (...) yo no me he adaptado, yo me he resignado. Evidentemente ya no puedo estar como antes, eso está claro. Ahora que hay que adaptarse (...) Lo que me parece inconcebible es tener que ponerte a investigar tú mismo porque no haya una subvención o porque haya falta de dinero público para ella para que te cuiden y te hagan un tratamiento como se hace en otros sitios (enfado) ¡es inconcebible, intolerable! (enfado).

Mq.- (159:159)

(...) no sé si me entiendes lo que quiero decir. No estoy criticando pero quizás el tema se planteó ahí, porque puede haber gente con un nivel cultural alto que se pone a investigar por Internet, como puede haber gente que no lo

tenga tanto ¿y esa gente qué hace? Si no hay asociación pues carecen del conocimiento necesario para poder investigar por su propia cuenta.

➤ **Ideas sobre el final de la vida**

Otro pensamiento recurrente en quienes se enfrentan a una enfermedad es la reflexión sobre el papel aquí en el mundo y la necesidad que tienen los otros de ti, lo que se extrema en el caso de las enfermedades crónicas. Las ideas sobre la muerte y el final de la vida en ciertas etapas del proceso de afrontamiento de la enfermedad suelen ser recurrentes. A veces la espiritualidad es una tabla de salvación para aferrarse a la vida quizás como una forma de afrontamiento.

Jry.- (59:59)

Emocionalmente (...) es que también hay un plazo en el que empiezas a pensar: ¿y ahora qué? ¿y después qué?, en fin. Pero el mecanismo nada, de ponerme a salir, no quedarme en casa, empecé a salir y busqué trabajo por moverme, para poder llevar palante la vida y ya está, eso es lo que hice, o sea que yo he sido siempre un tío que me he relacionado muy bien con la gente y no he sido un tío apocado, no.

Jry.- (65:65)

(...) cuando uno tiene un problema de esos de un día para otro pues hay siempre una bajada y no te puedes quedar sentado, eso es lo único que hay que hacer, no quedarse sentado.

Fcz.- (414:414)

Yo si le tengo miedo a la muerte. A mí me da miedo morirme.

Jry.- (71:71)

(...) a lo mejor algunas veces cuando estoy desesperado pienso que si me hubiera quedado en el camino pues tampoco hubiera pasado nada, algunas veces lo pienso ¿no? está ya uno cansado (...) hombre, porque sí, porque llega un momento que dices: bueno y yo, ¿qué me va a esperar en la vida, ¿qué es lo que esperas?, llevarme este tiempo en esta situación, con mi madre y con no poder salir cuando yo quiera, con no tener libertad. Pues sí, lo

he pensado, pero después digo: bueno ¿y qué? ¿y esto qué soluciona? más problemas también para los que queden aquí.

Jry.- (163:163)

(...) yo sé que hay personas que le dan muchas vueltas al coco y que son gente que se crean los problemas porque la mente es muy, es un poco enrevesada ¿eh? (...) yo tengo libros, porque como he tenido mucho tiempo para leer y me gusta el tema, yo he leído libros sobre la mente y eso hay que tener cuidado ¿eh? porque en la mente es donde se inicia todo, ¿eh?

Jp.- (294:294)

He pensado en la muerte, sí mucho, mucho. Pero es que lo tengo asumido ya, o sea que si nos tenemos que ir (...) desde que enfermé lo pienso más.

Jp.- (300:300)

Y no sé, es que no sé cómo va a venir, pues yo quisiera que me diese tiempo a por lo menos asumirlo de que me voy a morir (...)

Jp.- (314:314)

(...) por las noches, cuando me acuerdo por las noches pues lo pasas peor ¿no? de día no, ni caso, vamos, a lo mejor por la noche despierto alguna noche o algún sueño o algo (...) y cuando son las 5 de la mañana ya no puedo conciliar el sueño (...) No es miedo, no creo, yo no, inquietud sí (...) se me viene a la mente (...) no sé que será mejor. De todas formas, no es miedo pero lo paso fatal ¿no?, de que te duermas y ya no amanezcas más.

Vct.- (167:167)

Algunas veces digo: Dios quiera que no me pase nada (...) el tenerse que ir y la torsión que se hace en las casas, pues fíjese usted la torsión, y eso es lo que siento la torsión (...) hombre, una torsión grande que se hace, porque si una se va la otra se queda, las criaturas están en el campo (...)

Vct.- (358:358)

(...) miedo como le he dicho a usted, la torsión que se hace en las casas (...) pero que se hace mucha extorsión, pero miedo no.

Vct.- (382:382)

Yo sí. Yo digo: señor a la virgen santísima, que me deje viva por lo menos hasta que mi niño (nieto) ya esté colocadito en la carrera.

Cc. Fcz.- (8:8)

Es consciente de que vive por los pelos y ello le inquieta.

Mnts.- (151:151)

(...) no, nada de eso, además que es algo que me es totalmente indiferente, ya te digo (...) le he perdido por completo el miedo a la muerte (...) cuando tenga que venir que llegue y sin problema ninguno. No tengo ningún tipo de aprensión ni de temor respecto a ello, sino lo que tenga que ser será y punto. Además, un buen amigo mío me dijo “lo tuyo será cuando sea, cuando no te han querido llevar y te han dicho que te quedes aquí será porque tienes que hacer más cosas todavía”, y bueno, pues lo que tenga que ser será y punto. Así que (...) lo que sí está claro es que la experiencia me sirvió de muchísimo

➤ **El cambio brusco de vida y la ruptura con el rol personal**

Cuando un paciente recibe un alta hospitalaria se enfrenta a múltiples novedades en su nueva vida. Es frecuente que deban seguir unas pautas de movilidad, de reposo, de dieta o de medicación que a medida que el tiempo pasa es preciso evaluar y reajustar.

Los pacientes suelen temer una pérdida del rol desempeñado a lo largo de toda su vida, máxime cuando no se trata de sustituir sus actividades cotidianas por otras más tranquilas, sino casi siempre eliminar dichas actividades de su vida sin hacer otras a cambio.

Ja.- (66:66)

tengo una mujer que me viene 15 días... un día a la semana, y me hace lo más gordo, porque (...) tengo una invalidez y claro, no puedo (...) pero vamos que me manejo bien y no soy capaz de tenerla a la mujer (...) si por mi marido fuera la tendría toda la semana, pero no soy capaz de aguantarla, no por no aguantar a la mujer, sino porque me quedo yo una semana (...) ¿comprende? y sin hacer nada ya.

Ja.- (24:24)

que llevara una vida tranquila, a mi marido y a mis hijas, que no llevara sofocones, que no trabajara mucho, pero eso es una cosa que eso no se puede hacer, yo no tengo mucha carga, con mi marido nada mas, pero mi marido está igual o peor que yo, y si se le cae un papel al suelo, yo no lo puedo dejar de caer, porque las piernas las tiene malas, de rodillas y eso está fatal, ¿pues tendré que hacerlo? yo la vida no puedo llevarla así tampoco, una cosa así no (...)

Vct.- (267:267)

(...) me siento en la silla, y ella, mi hija, está limpiando y yo sentada, que alguna vez se pone a limpiar y parezco una tonta sentada en la silla y ella limpiando (...)

Jp.- (248:248)

No me cuadraba el haber pasado de una cosa a otra tan pronto, vamos sin (...) vas pensando, porque cuando tú dices “me voy a jubilar”, vas llegando a la edad y ya vas con que te vas a jubilar, pero eso fue una cosa de la noche al día y claro, me cambió la vida en aquél momento sin pensar.

Jry.- (13:13)

(...) me ha cambiado la vida en todo, en todo. Lo que es una raya en el agua que dices hasta aquí y a partir de aquí otra raya distinta. No tienes fuerza, si tú tenías un trabajo que eras activo para arriba para abajo, ahora no tienes fuerzas, sin ganas, sin fuerzas. Además, sin conocimiento porque si tú supieras muchas veces porque te pasan las cosas las puedes mejorar o no las puedes mejorar. Las relaciones con la pareja son totalmente distintas, el trabajo lo perdí, vamos que estoy pensionado pero lo que hace es perder uno.

Mq.- (52:52)

La vida a mi me ha cambiado todo (...) pero, vamos, porque imagínate la gracia que me puede hacer a mi cuando yo voy andando (...) y me ahogo (tiene 42 años)

Cc.Fcz.- (4:4)

Lo llevó mal porque él era una persona muy activa y trabajaba muchas horas al día y de pronto tuvo que dejar la actividad.

F9.- (8:8)

(...) y mira, he puesto entre 15 y 20 kilos desde que dejé el trabajo (indignado)

➤ **Las relaciones sexuales**

Suelen ser un modo de comunicación íntima entre dos personas que se quieren. A menudo, la medicación postinfarto dificulta unas relaciones sexuales con penetración, cohibe el impulso o el deseo, lo que provoca frustración a los pacientes. Cuando el paciente vuelve a casa y necesita el amor de los suyos, vivencia con dolor que su patrón sexual ha cambiado.

En personas jóvenes ello constituye un problema inesperado que atenta contra ciertos valores socialmente aceptados como la idea de que el sexo es libertad, es poder, es felicidad.

Algunos pacientes viven estos hechos como “lo peor de todo el proceso”, que empeora debido a la brusca aparición. Lo ven como algo transitorio y esperan ayuda de los servicios sanitarios para su solución.

En general, es un tema envuelto en dudas para los pacientes que no reciben apenas información del personal que los atiende durante el ingreso, debido a la falta de protocolos que incluyan dicho tema al abordar la información o educación al paciente y su familia.

La pérdida de rol sexual se percibe y se vive a veces por los pacientes como una falta de control sobre el propio cuerpo.

F9.- (124:124)

¿Sexualmente? No, no. Ojalá, bueno, eso, mi mujer (...) ahí sí estoy muy frustrado, estoy frustrado porque los medicamentos que tomaba me impedían ¿no? (...) no sé, porque nadie te dice nada, nadie te dice nada. Yo se lo pregunto al cardiólogo y me dice que eso es lo que hay ¿A quién le pido yo ayuda?

Mq.- (102:102)

(...) y en las relaciones de pareja también se nota muchísimo. Yo tengo ahora mismo 42 años y no puedo (...) las relaciones sexuales no, no, nada.

Fcz.- (26:26)

Lo peor que he llevado de todo es el no poder tener relaciones sexuales. Desde el primer infarto ya no podía aunque he preguntado al médico, pero no me ha dado opciones, dice que la viagra no la puedo tomar. Lo llevo muy mal aún y me gustaría que me lo solucionaran.

Jp.- (173:173)

No estaba como antes (...) claro, claro, o sea para mí fue perder muchos años de momento, que era lo que yo me veía ¿no?

➤ **El rol laboral**

“Estar ocupado, sentirte realizado”, el trabajo tiene gran influencia en el bienestar y la salud de los pacientes al sentirse útiles.

Pero la pérdida de trabajo en la mayoría de los casos repercute también en el núcleo familiar por el cambio en el estatus económico que conlleva, teniendo que depender los pacientes en algunos casos de otras personas económicamente, por ejemplo, de los hijos, lo que les lleva a tener una visión pobre de sí mismos y a creer que dicha visión es la misma que de ellos posee su entorno.

Otro problema añadido es que se considera que la edad media en la que se sufren los infartos no es adecuada para iniciar nuevos trabajos, o cuidar los negocios propios en el caso de ser empresarios autónomos.

Desearían mantenerse ocupados y activos, pero surge el problema del tipo de trabajo y la adecuación del mismo a su estado actual por la influencia que pudiera tener en dichas ocupaciones su estado de menor alerta o su cansancio y asfixia, causado en algunos casos por la medicación.

Jp.- (195:195)

(...) yo he estado siempre acostumbrado a trabajar y eso a mí me causó (...) porque me hubiese gustado que me diesen un trabajo, aunque hubiera sido una ocupación, (...) pero claro, todo el día aquí en casa no (...) sólo ir a

cualquier mandado y ya está.

Aga.- (22:22)

Trabajar fuera. Ahora, por ejemplo, la última sustitución que estoy haciendo es con niños de Infantil (...) estoy super bien y super contenta, pero noto que no sé hasta qué punto es recomendable que yo haga ese excesivo (...) te puedo asegurar que con 25 niños de 3 años es una locura, es muchísimo estrés, muchísimo ejercicio físico, mucho (...) de un no parar en todo el día. Y yo lo hago porque me encuentro bien, pero tampoco sé hasta qué punto, y muchas veces eso sí me lo planteo, decir “no sé hasta qué punto me puede limitar esto” ya como futuro del resto de mi vida, ¿no? (...) o por ejemplo el año pasado oposité, otra de las cosas que me daba mucho miedo porque no sabía hasta que punto esos límites de estrés de unos exámenes de oposición a mí me podían (...) ¿sabes? de hecho lo hablé también con mi cardiólogo y él me dijo pues oye, que hasta donde yo viera que podía, que si yo veía que aquello me iba a dar más perjuicio que beneficio (...) que si veía que no podía (...)

Fif.- (8:8)

No me ha cambiado la vida en sí, la verdad es que yo no me cebo en nada. Aparte lo único que tengo es el gran tratamiento, que mira lo que tengo ahí, de la cantidad de pastillas que lo que yo no sé si en otro tipo de trabajos, con esta cantidad de pastillas que está uno tomando (...) yo creo que sí, que se debería de acondicionar los puestos de trabajo

Jp.- (348:348)

Pues según la capacidad de cada uno así tú le tienes que dar un trabajo, que no tiene porqué ser un trabajo sentado en un sitio, un trabajo de andar, de ir a este sitio, al otro, a repartir esto o lo otro, no sé, algunas actividades (...) tener una obligación de lunes a viernes que tienes que estar ahí y que tienes que estar a las 8 de la mañana en un trabajo y por las tardes o lo que sea, que la cabeza ya pensando que tienes un trabajo (...)

Jp.- (254:254)

A mí lo que me mata es acostarme y por la mañana decir que no tengo nada

que hacer, si yo tuviera que hacer algo pues, en fin (...)

Fcz.- (186:186)

me hubiese gustado, pues no sé, haber encontrado un trabajo tranquilo para poder seguir viviendo, a ver si me entiendes, no es otra cosa, que hubiese estado más tranquilo ¿me entiendes?, porque yo por lo demás estoy bien, ¿entiendes?, yo no pienso en lo que tengo, pienso en esto, en la economía, porque mis hijos gracias a dios pueden ayudarme, pero pueden ayudarme ahora, no sabemos mañana cómo van a estar las cosas ¿me entiendes?

Jp.- (350:350)

Con un trabajo se te quitan todas las preocupaciones y sobre todo la económica (...) esa es la losa, la de más peso que tienes ahí (...) “¿y qué hago? ¿y dónde voy?”

Jp.- (356:356)

Yo, ahora voy a hacer 65 años, pero si a mí me ofrecieran un trabajo de 2 años por ejemplo, ó 3, de cualquier actividad a mi me gustaría, yo no quiero pasar a la jubilación con 65 años, yo quisiera tener algo, hombre tampoco es que me den un piso y una paga, pero algo, alguna actividad, si yo no quiero una paga, yo quiero ganarme un sueldo, yo no quiero una paga (...) me la quiero ganar. Pero quiero eso, que quiero que me den una actividad

Mq.- (57:57)

Yo ahora mismo estoy loco por trabajar. Yo tengo una empresa propia que se me va a ir al carajo porque no puedo trabajar. Yo estoy loco porque me encuentren que es lo que tengo yo, que pueda andar y no me ahogue y volver a trabajar, pero lo único que saben decirme es que es psicossomático.

Jp.- (346:346)

Algo que hacer, actividades y por lo menos económicamente no lo pasemos tan mal, porque hay que ver lo mal que se pasa después de que ves que no puedes hacer un trabajo y que ves que no te lleguen las cosas, porque es que no llegas. La verdad es que eso está fatal ¿no? Por lo menos hacer alguna actividad “¿tú qué puedes hacer?”, “pues mira yo...” (...) porque yo no puedo

hacer esfuerzos pero yo puedo ayudar a cosas, a un mueble (...) o sea que yo no me canso (...)

Fif.- (40:40)

Hombre, podría tener otro tipo de trabajo, lo que pasa que hoy en día con la edad que tiene uno ¿a qué puede uno aspirar? ¿dónde me van a colocar a mí con 54 años, dónde me colocan a mí?

Fif.- (50:50)

No, de esfuerzo ninguno. Esfuerzo el que yo, mis límites me los marco yo. El esfuerzo que yo quiera hacer es el que hago (...) a lo mejor con el simple hecho de hacer ese esfuerzo y ayudar a los muchachos, a lo mejor me he sentido mareado y digo “voy a dejarlo”. Últimamente, no me estoy mareando, no sé si es que alguna de las pastillas al cambiármelas me ha quitado el pequeño malestar que tenía con respecto a ese tipo de mareos. Haciendo esfuerzos en el trabajo no se me ha desencadenado dolor ni mareo.

Fif.- (46:46)

Y que a lo mejor otras personas, con menos medicación, igual tendrían... o lo hubiesen quitado del trabajo o le hubiesen puesto en otro más (...)

Fr9.- (50:50)

Sí, claro. Una persona que está activa y que estás tan bien y que de la noche a la mañana te encuentras con ese problema, pues aunque el primero yo lo asumí muy bien ¿no? cogí mi alta, empecé a trabajar, pero (...) me lo dijeron los médicos “no, no, es mejor que te pensionen”, “pero es que yo con la pensión que a mí me queda no puedo ...”(…) que me dieran el alta para poder irme a trabajar ¿no?; lo que pasa es que no tuve más remedio que pensionarme, ¿el problema? la preocupación mía (...) el poquito futuro que te queda ya con la edad que tengo, que no llega el dinero, no me llega ¿me entiendes? Cuando llega el momento clave no lo tienes, ¿me entiendes?, y ese es el problema que tengo (...) eso me genera más preocupación que cualquier otra cosa, más que la enfermedad ¿entiendes? porque que te lleves 40 años trabajando, cotizando, que tú lleves 40 años cotizando largos y ahora te queden 600€ que me quedan para vivir ¿entiendes? pues no (...) si no

fuera por mis hijos, no podría vivir.

Fr9.- (110:110)

Sí, en ese aspecto sí me siento... me siento... no sé, no sé cuál es la palabra exacta pero (...) no avergonzado porque (...) pero no me gustaría, no me gustaría que mis hijos me tenga que ayudar ¿entiendes? Y además me siento un inútil ya (...) por mis hijos, “no, tú no hagas esto, tú apártate, tú esto no lo hagas” ¿me entiendes?

Ls.- (219:219)

Poco, poco, poca jubilación. Y mira que he cotizado yo, que me he llevado cotizando desde que eché mano con los camiones y me ha quedado muy poco.

Jp.- (236:236)

Mal, muy mal, sí. Ahora estoy cobrando, no llego a los 800€.

Cc. Jln.- (15:15)

Tiene una economía limitada “le cuesta pagar a la muchacha” (...) nos cuenta cómo su hijo contrató a ésta señora, esta ayuda externa, pero que ahora no la paga. Julio nos dice: “ya no la paga y yo no le digo nada, con mi pensión...”, hace un paréntesis y un silencio, “la verdad, nos cuesta, estamos (...) vamos tirando con la pensión”.

➤ **Cambio en rol de ocio y social**

Estar ociosos de manera impuesta les hace sentir a los pacientes que el tiempo es más largo y aún se sienten capacitados para hacer algo. Suelen tener edades en las que los hijos suelen ser mayores, están casados o fuera de la ciudad.

En algunos casos podrían llevar actividades de algún tipo con esfuerzos o tiempo moderado, pero en otros casos, la actividad se limita por la propia enfermedad, y apenas pueden pasear por espacios de tiempo largos tras los que deben reposar, con lo que se les hace más duro.

Los pacientes que proceden de entornos rurales lo echan de menos al ser un entorno manejable que les hace estar en contacto con la naturaleza, vecinos

o amigos. Allí se entretienen y disfrutan.

En algunos casos deben seguir atendiendo a su familiar enfermo o a sus labores domésticas, pero la enfermedad hace que tengan que hacerlo con más lentitud, con grandes dificultades y esfuerzo y, probablemente, necesitarían cierta ayuda, pero económicamente suelen tener dificultades. Por tanto, sus entretenimientos suelen ser individuales.

Jp.- (250:250)

Yo me siento capacitado, sí para hacer cosas.

Ja.- (66:66)

Mis hijos están todos casados, y ya no tengo tampoco... antes hacía mucho croché, pero ahora con la vista tampoco hago mucho, hago algo, pero (...) otra tengo en Mallorca, allí tengo tres nietos, y otra en el Portíl, así que tengo tres y no tengo ninguna.

Jp.- (207:207)

En el pueblo sí, en el pueblo... tengo aficiones. Pues allí salgo mucho al campo, cuando hay setas voy a las setas, espárragos...

Cc. Fcz.- (16:16)

Se fatiga mucho y eso le ha limitado la actividad. Antes iba y venía a Huelva andando y lo hacía casi a diario. Ahora sólo puede ir calle arriba y abajo y como mucho a casa de una hija que está un poco más lejos. Lo hace con dificultad, siente cansancio y fatiga y debe pararse muchas veces. En casa sólo ve la tele, lee y casi no puede hacer nada más. No tiene muchas aficiones, antes cuidaba de un pequeño huerto, pero ahora ya no puede hacerlo.

Ja.- (127:127)

No, no salgo. Tengo amigos sí, pero no salgo. No salgo, no porque él (marido) no está para salir y como no está para salir pues yo no me voy. Tengo bodas y tengo cosas y no voy. Croché o coser, poco o mucho es eso lo que hago.

Jp.- (134:134)

Aquí tengo menos amigos, pero como vamos al pueblo casi todos los fines de semana (...)

Fcz.- (20:20)

Antes iba al casino y allí estaba con sus amigos hablando y jugando unas partiditas, pero ahora ya no puede ir, aunque el casino no está muy lejos; pero dice que por las tardes ya se siente fatigado y le cuesta salir de casa.

Cc. Jln.- (12:12)

(...) él continuaba con su vida cotidiana, andaba, salía con los amigos, no realizaba grandes esfuerzos, pero sí, lo que le ha cambiado es el accidente que ha tenido su señora de la que es cuidador. Le pregunto si realiza algún tipo de ejercicio y me responde: “a mí me gusta andar, pero ya no puedo, desde el accidente de mi mujer” (...) cree que ella se encuentra más segura con él a su lado, entonces no hace nada, ni sale con los amigos ni nada.

Cc. Jln.- (19:19)

Nos cuenta que salir con la silla de ruedas le supone un gran esfuerzo que no debe de realizar, cada día se cansa más, “ese es el desgaste del cuerpo, tengo 76 años”, piensa que las limitaciones que tiene es por la edad y la inmovilidad impuesta (...) “antes andaba una hora o una hora y media”; después otros ejercicios nunca los ha realizado ni le ha gustado. Dice: “ahora me cuesta hasta más trabajo andar”, puesto que su actividad se limita a hacer los mandados por la mañana y nada más, se sienta en un sillón y ve la tele, tiene los canales de contrato y nada más.

4.8.5. Esquemas explicativos del análisis temático fenomenológico

Para ilustrar el análisis del que surgieron los temas de la parte fenomenológica recién presentada, se muestran a continuación unos esquemas explicativos efectuados con el ATLAS.ti que se utilizaron en esta parte de la investigación como apoyo al análisis temático del discurso siguiendo la fenomenología hermenéutica de van Manen, (2003), y usado además como apoyo y contrastación de la categorización y análisis manual

efectuado por dos investigadores (Figuras 10, 11, 12 y 13) (Anexo VIII, y Anexo X).

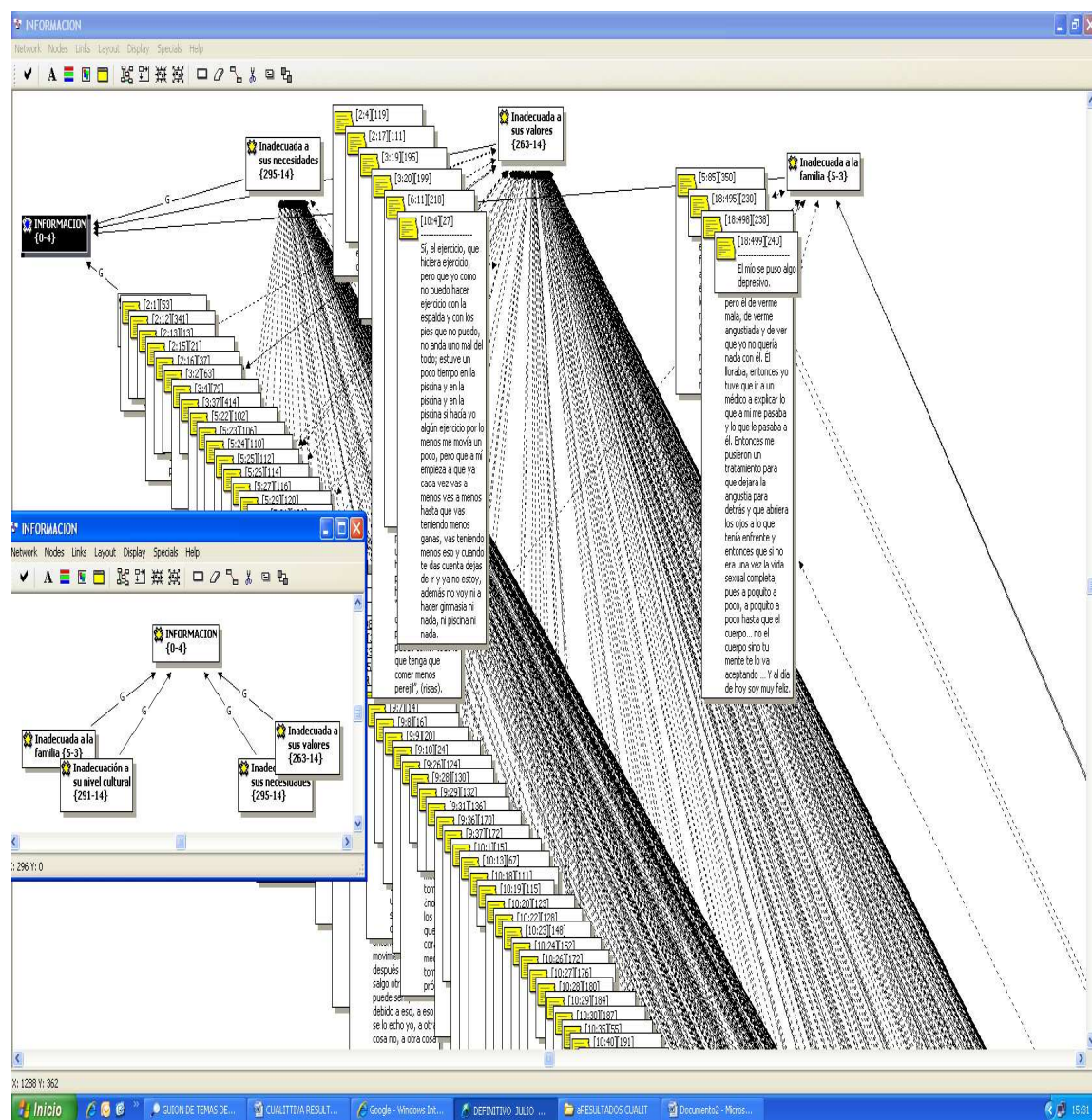


Figura 10. Análisis fenomenológico del código "Información"

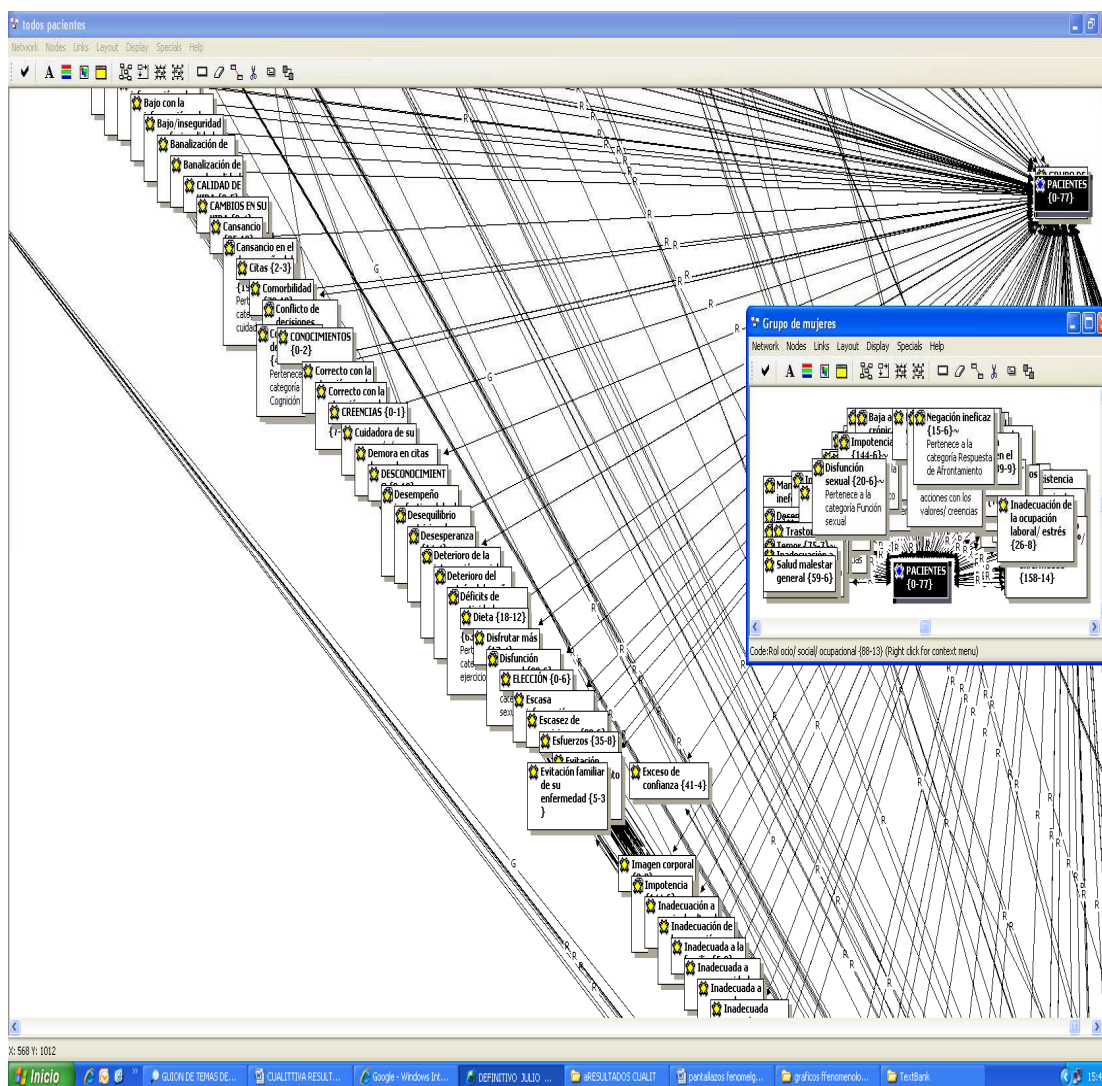


Figura 11. Esquema de todos los pacientes y sus códigos.

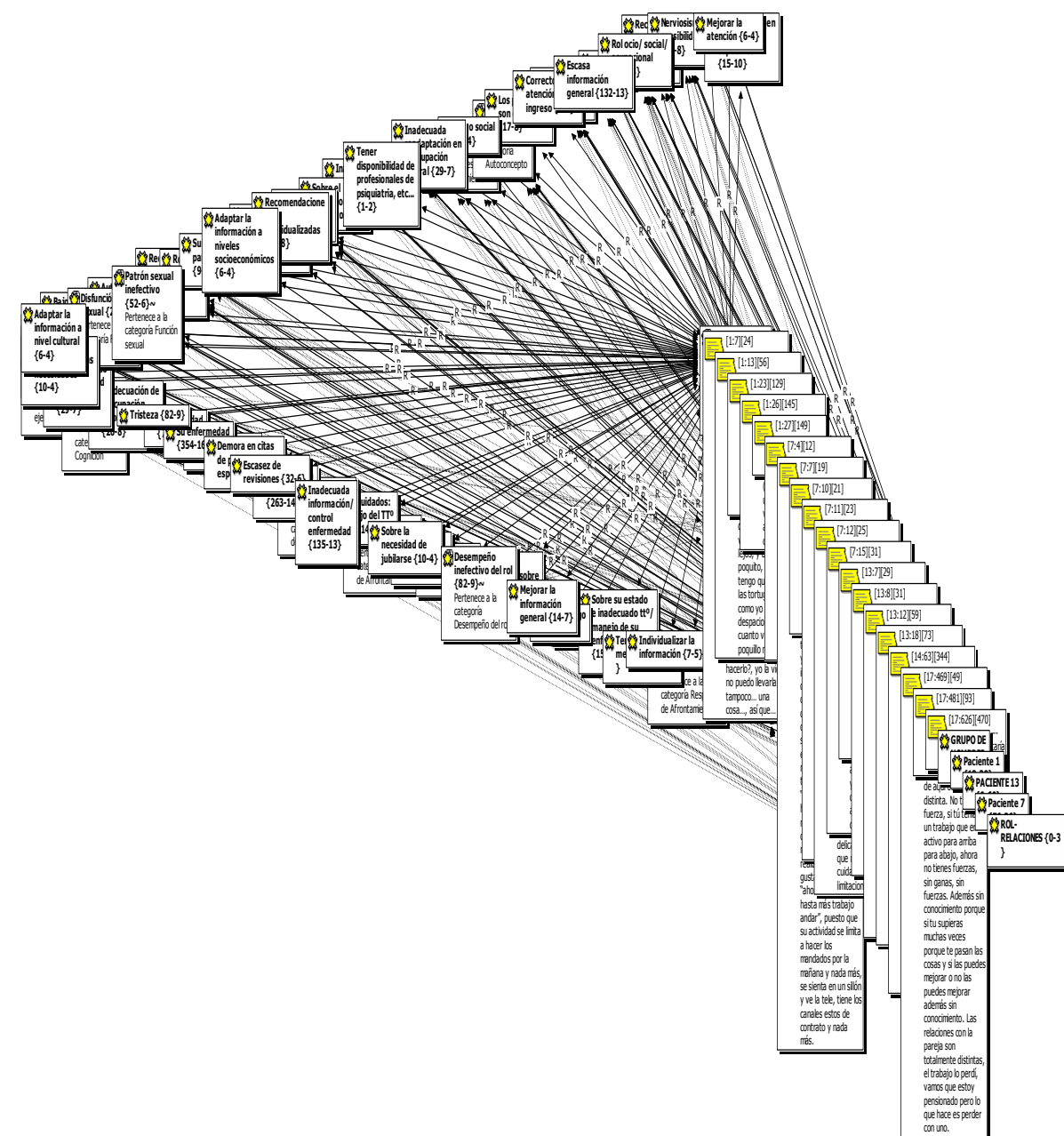


Figura 12. Esquema de un paciente, sus códigos y sus categorías

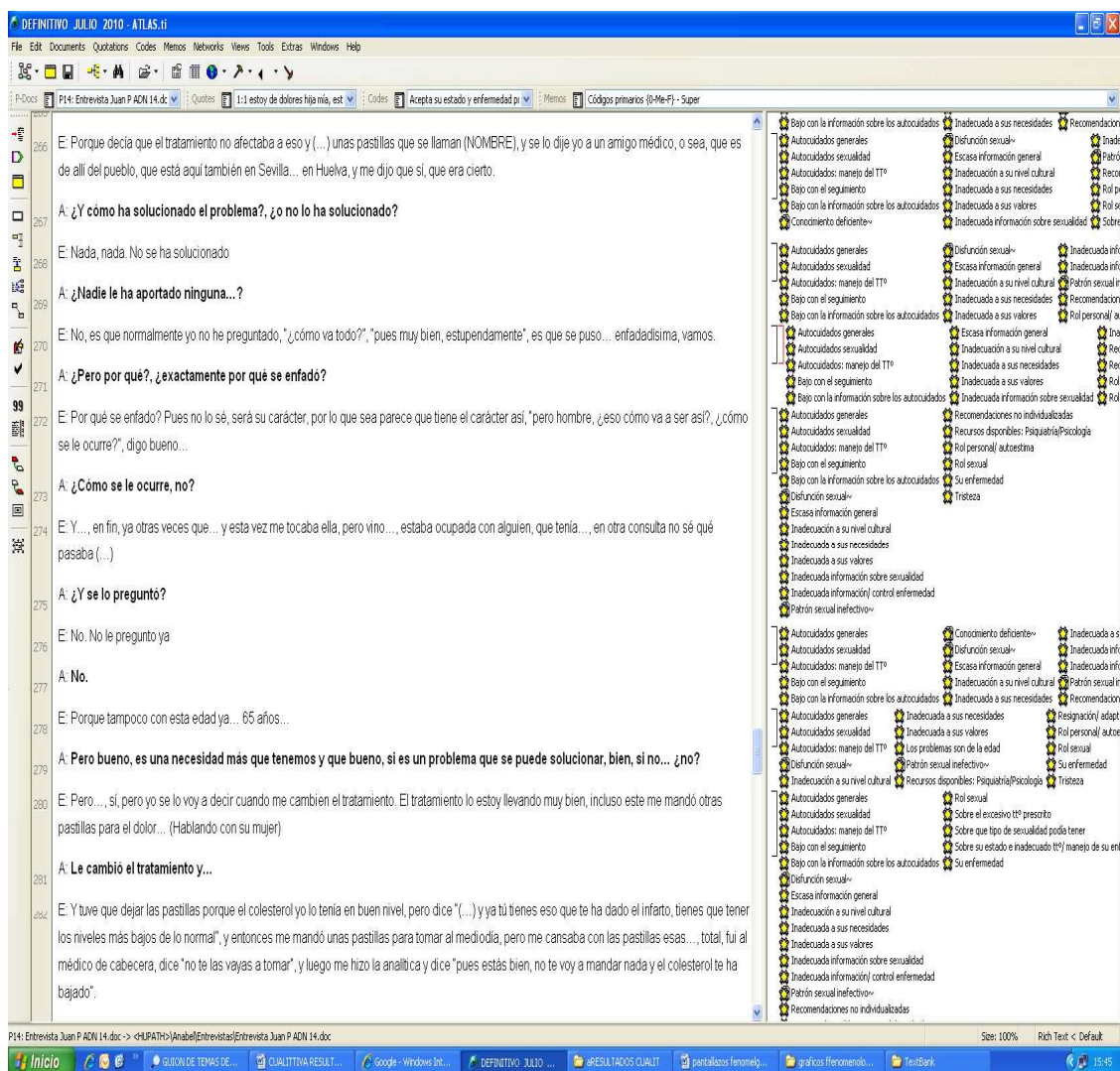


Figura 13. Unidad hermenéutica “Cualitativa JULIO 2010” para el análisis temático.

V. DISCUSIÓN

5. Discusión

5.1. Calidad de vida

El presente trabajo se ha centrado en el estudio de la calidad de vida en un grupo de pacientes supervivientes de un infarto agudo de miocardio pertenecientes a un área sanitaria de la capital onubense que habían sufrido un infarto hacia siete años y analizar su evolución desde los seis meses del episodio coronario. También se ha pretendido analizar la influencia que sobre dicha calidad de vida tienen los factores sociodemográficos del paciente, su apoyo social y su autoeficacia. Además, hemos profundizado en los sentimientos y sensaciones de los pacientes, en sus vivencias sobre la enfermedad y sus necesidades.

Cabe recordar que se trata de un estudio longitudinal y la recogida de datos se ha realizado en tres fases: Fase I: momento en el que se realizó la primera recogida de datos sobre la calidad de vida de los pacientes, transcurridos entre 6 y 12 meses del infarto de miocardio; Fase II: periodo en el que se efectuó la segunda recogida de datos sobre la calidad de vida de los pacientes participantes en la primera fase, una vez pasados entre 2 años y 2,5 años del infarto y Fase III: momento en el que se efectuó la tercera recogida de datos y con una distancia de 7 años y 7,5 años del infarto, con objeto de conocer la evolución y calidad de vida definitiva, es decir, aquella que nuestros pacientes mantendrán estabilizada transcurrido un tiempo de recuperación

Durante mucho tiempo el pronóstico a largo plazo de la cardiopatía isquémica, y en concreto del infarto de miocardio, se ha medido en términos de mortalidad, morbilidad, función ventricular o grado funcional, entre otros. Hoy día se acepta que, además, deben realizarse medidas de resultado que evalúen la dependencia, incapacidad, felicidad, relación con el entorno, es decir, medidas de calidad de vida relacionada con la salud (Brotons & Permanyer, 1997; Dixon, Lim & Heller, 2001).

Como han apuntado diversos autores (Hoffmann et al., 1995; Roebuck et al., 2001), es preciso realizar un seguimiento interdisciplinar a los pacientes tras

un infarto, tan pronto como sea posible, con objeto de promover en ellos la recuperación y mejorar su calidad de vida. La identificación de variables predictoras de una peor calidad de vida tras el infarto de miocardio y su tratamiento precoz pueden evitar su cronificación, posibles complicaciones o una evolución agresiva de la enfermedad. Han sido diversos los instrumentos que se han utilizado para determinar la calidad de vida de los pacientes postinfarto (Oldridge et al., 1996), dado que permiten no sólo conocer el estado de salud de los mismos, sino también adecuar a cada paciente los cuidados para mejorar la funcionalidad, autonomía, independencia y bienestar tanto de ellos como de su familia, es decir, mejorar su calidad de vida (Oldridge et al., 1998; Dixon et al., 2001). Sin embargo, es tal la diversidad de instrumentos de medición de calidad de vida que existe en la literatura científica que hace que los distintos estudios no sean comparables y, en muchos casos, tampoco sean aplicables a otro contexto social o cultural. Con el presente estudio sobre la calidad de vida de los pacientes postinfarto, se profundizará en tema escasamente abordado en nuestra comunidad autónoma, siendo el primero en efectuarse nuestra provincia.

Hemos explorado, en una primera fase, la calidad de vida relacionada con la salud a los seis meses del alta hospitalaria, sin conocer el valor previo al infarto sufrido (factor importante para evaluar la calidad de vida), hay que recordar que el cuestionario utilizado (Velasco et al., 1993) permite comparar el estado actual del paciente con el estado anterior al infarto de miocardio, dado que los ítems que lo componen presentan la siguiente formulación: “me siento más cansado que antes”, “duermo peor que antes” etc., por lo que el valor de calidad de vida obtenido en la encuesta es una expresión del cambio que sufren los pacientes tras un evento, por lo general grave, traumático y de consecuencias a medio-largo plazo imprevisibles.

En cuanto a las características de la muestra participante en la presente investigación, cabe señalar que predominan los pacientes de sexo masculino y su perfil sociodemográfico coincide con el perfil de otros pacientes que han sufrido un Infarto de Miocardio y que han sido analizados en otros estudios realizados en nuestro país, aspecto importante a tener en cuenta para comparar nuestros resultados con los hallados en dichos trabajos (Brotons et

al., 2011; Cabrera et al., 2001; Grau et al., 2011; Jiménez et al., 1999; MSC, 2003; Moreno et al., 2011; Navarro et al., 2010; Plaza et al., 2007; Velasco et al., 1997; Velasco et al., 2000; Velasco et al., 2002; Velasco et al., 2004).

5.2. Evolución de la calidad de vida

A continuación, pasamos a comentar los resultados obtenidos más destacables, para posteriormente sugerir líneas de acción para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Como se ha comentado, uno de los objetivos de la presente investigación era analizar la calidad de vida de pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio transcurridos siete años del mismo, y analizar su evolución desde los seis meses del episodio coronario.

Respecto al primer objetivo de la presente investigación que se centraba en analizar la evolución de la calidad de vida de los pacientes, los resultados revelan que en las tres fases del estudio el nivel de calidad de vida percibida por nuestros pacientes es muy similar, aunque la puntuación media de calidad de vida obtenida en la Fase III (67,97 puntos), realizada transcurridos más de 7 años del infarto, es ligeramente peor que la obtenida en la Fase II (66,54), efectuada a los 2 años del infarto, pero mejor que la hallada en la Fase I (69,42), realizada a los 6 meses del infarto. Cabe recordar que la puntuación total, suma de los 40 ítems (escala 0-5) que componen la escala de medición de la calidad de vida, oscila entre una puntuación mínima de 0 para los pacientes que refieren una buena calidad de vida y una puntuación máxima de 200 puntos para los pacientes que refieren una mala calidad de vida. Es decir, según los resultados hallados, la calidad de vida de nuestros pacientes mejoró a lo largo de los años. Asimismo, los resultados revelan que según el nivel de afectación de la calidad de vida, la mayoría de los pacientes de muestra se concentran en un nivel de afectación moderada de su calidad de vida. Recordemos que con objeto de obtener una idea más clara del nivel de afectación del infarto sobre la calidad de vida global de los pacientes participantes en el estudio, el nivel de afectación de la calidad de vida fue clasificado en cuatro niveles: “leve” (0-50 puntos), “moderada” (51-100 puntos), “importante” (101–150 puntos) y “grave” (151-200 puntos).

Estos resultados coinciden con los hallados en estudios previos como el de Velasco et al. (1997). Estos autores efectuaron un trabajo para evaluar las diferencias en la calidad de vida existentes entre un grupo de pacientes postinfarto que habían seguido un programa de rehabilitación cardiaca y un grupo de pacientes que seguía un control de rutina ambulatorio. En dicho estudio se utilizó el cuestionario específico de calidad de vida postinfarto de miocardio elaborado por los propios autores del mismo (Velasco et al., 1993), y que, a su vez, es el mismo cuestionario que hemos utilizado en el presente trabajo. De 190 pacientes seleccionados, 59 seguían los controles rutinarios ambulatorios y formaron el grupo control, 105 pacientes estaban o habían estado en un programa de Rehabilitación Cardiaca entre 3 meses y 2 años, y 26 pacientes pertenecían al Club coronario donde seguían un programa de Rehabilitación Cardiaca de entre 3 y 8 años de duración. Para conocer la influencia de la clase social y la edad en la calidad de vida, los pacientes fueron divididos en menores y mayores de 50 años, y se valoró la clase social según fuera alta, media y baja. La puntuación total de la calidad de vida en el grupo control fue de 113,1 puntos, en el de Rehabilitación Cardiaca hospitalaria de 88,1 puntos, y en el grupo del Club coronario la puntuación fue la mejor de las tres, con 77,2 puntos. Desconocemos cuánto tiempo había transcurrido desde que se diagnosticó el infarto agudo de miocardio hasta que se efectuaron las mediciones. No obstante, este último valor es semejante al obtenido en nuestro trabajo en el que se obtuvo una puntuación media de calidad de vida en la Fase I de 69,42, en la Fase II 66,54, y en la Fase III 67,97 puntos. Por tanto, nuestros pacientes presentan una afectación moderada de su calidad de vida en las tres fases del estudio y en la última fase habían mejorado su calidad de vida, aunque discretamente, respecto a la primera fase. Asimismo, a lo largo de todo el estudio, la calidad de vida de los pacientes participantes en nuestro estudio ha sido mejor que la obtenida por los grupos de pacientes del estudio de Velasco et al. (1997) que estaban siendo sometidos a RC. En este sentido reflexionamos acerca de cuánto beneficio podrían obtener los pacientes de nuestro estudio en caso de seguir programas similares, y aunque pudiera ser que los pacientes sobrevivientes al cabo de 7 años-7,5 años fueron los que mejor estado de salud conservaban y no habían fallecido, hemos de destacar que la edad de nuestra al final del

estudio era de 67,7 años de media, es decir, no se considera elevada.

Hallazgos similares a nuestros resultados también han sido encontrados en el estudio efectuado por Jiménez et al. (1999), se trata de un estudio longitudinal descriptivo a 155 pacientes ingresados en un hospital de la comunidad de Madrid, a los que se valoraba la influencia del apoyo social en la calidad de vida en dos ocasiones, la primera vez entre el séptimo y decimoquinto día del ingreso, y la segunda vez a los seis meses del episodio. En dicho estudio, la puntuación media de calidad de vida obtenida en pacientes postinfarto de miocardio, evaluada con el mismo cuestionario que el nuestro (Velasco et al., 1993), fue a los 6 meses de 101.1 puntos. Por tanto, al igual que en la presente investigación, encuentran a los seis meses una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes, aunque sustancialmente mayor a la hallada en nuestro trabajo.

Otro estudio en que la calidad de vida percibida por los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio presenta un mayor deterioro que la percibida por los participantes en la presente investigación es el realizado por Espinosa et al. (2004). En este trabajo realizado con el mismo cuestionario que nosotros se pretendía rehabilitar al mayor número de enfermos posible; se evaluó la eficacia de un programa para pacientes con infarto de miocardio de bajo riesgo, coordinados por cardiología y en relación directa con atención primaria. Se solicitó la cumplimentación del citado cuestionario a un total de 153 pacientes con infarto de miocardio de bajo riesgo, de los cuales 113 pacientes constituyeron el grupo activo de rehabilitación cardíaca y los 40 pacientes restantes conformaron el grupo control. Una vez dados de alta con el riesgo estratificado, se remitían a la Unidad de Rehabilitación Cardíaca donde de manera inicial se les informaba por medio de folletos y se les administraba el cuestionario mencionado. Se efectuaba una ergometría y se pautaba el ejercicio, siendo remitido así al centro de salud donde se iniciaba la fase II en la que el equipo (constituido por enfermera, psicólogo, fisioterapeuta, médico trabajador social y dietista) y el paciente iniciaban el contacto. Se sondeaban las vivencias vividas por el paciente y se informaba de los objetivos del programa con el cronograma (realización de ejercicio tres veces a la semana hasta 24 sesiones, un recuerdo mensual posterior,

marchas a domicilio, charlas educativas y sesiones formativas con debate sobre la enfermedad, los factores de riesgo etc., consejos dietéticos, y una visita al psicólogo). Tenían una sesión de 1 hora y media semanal hasta 7 módulos con el psicólogo y se derivaba a salud mental si era preciso o, de lo contrario, se aprendía relajación y respiración. Esta actuación en el centro de salud duraba 3 meses aproximadamente tras los que el paciente volvía a Rehabilitación Cardíaca y se proseguía así anualmente. En cada nueva visita, estipulada a los tres meses y al año, de nuevo se administraba el test de calidad de vida de Velasco et al. (1993) y se hacía de nuevo una valoración del riesgo, del seguimiento y de los resultados psicológicos. La fase III se consideraba de recuerdo de las actuaciones anteriores. Los autores encontraron que a los tres meses de rehabilitación cardíaca la puntuación media de la calidad de vida de los pacientes era de 86 puntos y al año de 78 puntos, mientras que quienes estaban en el grupo control puntuaban 99 puntos en calidad de vida a los tres meses y 91 puntos a los 12 meses. Por tanto, la rehabilitación cardíaca mejoró en el grupo de rehabilitación cardíaca a los 12 meses respecto a la medida de los 3 meses, y comparado con el grupo control. Tanto en un grupo como en otro, la calidad de vida es peor en dicho estudio que en el nuestro en la medición a los 6 meses, o 1 año después del evento.

Al analizar la evolución de las diferentes áreas de calidad de vida postinfarto de los pacientes participantes en las tres fases de la investigación, los resultados revelan que de las nueve áreas de calidad de vida estudiadas en el presente trabajo, existe una discreta mejoría en todas las áreas a lo largo del tiempo comprendido entre la Fase I y la Fase III, excepto en las Salud, Comportamiento emocional, y Tiempo de ocio y trabajo, que empeoraron respecto a la Fase I. En concreto, de las tres áreas mencionadas, el aspecto emocional fue el que mayor empeoramiento sufrió desde que se efectuó la primera medición a los 6-12 meses del infarto hasta la última medición a los 7 años-7,5 años del infarto, con una importante diferencia en su puntuación de calidad de vida. Por el contrario, hubo una importante mejoría en la dimensión de Comportamiento de alerta, y cierta mejoría en Sueño y descanso. Las áreas más afectadas al final del estudio, es decir, en la Fase III por este orden

fueron: Tiempo de ocio y trabajo, Movilidad, Salud, Comportamiento emocional.

Los hallazgos son muy similares en las comparaciones apareadas, es decir, cada persona consigo misma. Se ha observado que las áreas de calidad de vida que empeoran su puntuación desde la Fase I a la Fase III son las áreas de Salud, Comportamiento emocional, Movilidad, y Tiempo de ocio y trabajo, y, concretamente, esta última área, con diferencias significativas. Por otro lado, durante el tiempo transcurrido entre la Fase I y la Fase III mejoraron las áreas Sueño-descanso, Relaciones sociales, Proyectos de futuro y Comportamiento de alerta y Comunicación, con diferencias significativas en el caso de estas dos últimas (Proyectos de futuro y Comportamiento de alerta).

La mejoría en el Comportamiento de alerta podría deberse a una disminución o retirada de ciertos medicamentos, ya que en la mayoría de los casos se hace necesario tratar el nerviosismo o ansiedad al que se ven sometidos estos pacientes y favorecer el descanso y el reposo. De este modo, el empeoramiento emocional puede estar provocado por esta retirada de ansiolíticos o tranquilizantes o de otros medicamentos para el tratamiento del infarto, para el control de los factores de riesgo etc., necesarios en este período.

Todo ello puede inducir a los pacientes a estados –en la etapa inicial- de mayor somnolencia, menor actividad y que sus reacciones sean menos rápidas que las habituales. Respecto a esto, en nuestro estudio, los pacientes reconocen con una puntuación en la escala de Likert media- alta que “toman demasiados medicamentos...”.

En el caso del área Emocional el empeoramiento podría tener otras causas. Muchos son los estudios que han investigado la aparición de complicaciones postinfarto en el área emocional, y para evitarlas recomiendan monitorizar, asesorar e informar desde etapas iniciales a aquellos pacientes con estrés o ansiedad. Dichas acciones contribuyen a prevenir, reducir o eliminar las complicaciones y cronificación de dichos problemas.

Estos resultados relativos a la alteración y empeoramiento emocional coinciden con los obtenidos por Espinosa et al. (2004), que encuentran en los

pacientes que han sufrido un infarto de miocardio un alto índice de ansiedad, depresión y reactividad al estrés.

Por otro lado, en el estudio de Velasco et al. (1997) de entre las nueve áreas de calidad de vida que componen el cuestionario de Velasco (1993) las mayores diferencias al año entre los tres grupos estudiados (RC en el hospital, grupo control sin rehabilitación cardíaca, y rehabilitación cardíaca en un Club coronario) se han encontrado en las áreas de Salud, Movilidad, Relaciones sociales y Tiempo de ocio y trabajo. En el grupo control se presentaban siempre las peores puntuaciones, y las mejores en el grupo de rehabilitación cardíaca en un club coronario. Pero nuestros enfermos a pesar de no estar sometidos a rehabilitación cardíaca se asemejan en las puntuaciones a las halladas en el grupo que recibe la rehabilitación cardíaca en el hospital. En concreto la peor puntuación en el área de Salud de nuestros pacientes se presenta en la Fase III con 15,19 puntos, y el estudio con el que comparamos en la misma dimensión presenta 15,5 puntos en el grupo de rehabilitación cardíaca hospitalaria. En Movilidad la peor puntuación de las tres fases de nuestro estudio se halla en la Fase III con 10,63 puntos y la mejor en la Fase II con 9,17 mientras que en el estudio de Velasco et al. (1997) la mejor puntuación es la del Club coronario con una puntuación peor que la nuestra de la Fase II. En las Relaciones sociales ocurre lo mismo, la peor puntuación nuestra (10,13 en Fase II) es mejor con diferencia que la peor del estudio de Velasco et al. (1997) que es de 12,5 en el grupo del Club. Por último en Tiempo de ocio y trabajo nuestra mejor puntuación (9,00) sigue siendo mejor, que la óptima del estudio citado (11,1 en pacientes del Club coronario). Los mismos autores del estudio añaden que aunque el grupo del Club tenía mejor calidad de vida que los otros subgrupos estudiados, ciertas áreas no mejoraron con la RC.

Asimismo, en el estudio de Jiménez et al. (1999) se obtuvo que los pacientes participantes en su estudio presentaban a los seis meses del infarto de miocardio una mayor afectación de todas las áreas de calidad de vida que la percibida por nuestros pacientes estudiados en la Fase I (entre 6 meses y un año), excepto en una de las áreas. En concreto, la dimensión Tiempo de ocio y trabajo se presentaba más afectada en los pacientes de la Fase III de

nuestro estudio (cuando habían pasado entre 7 años y 7,5 años del infarto) que en los pacientes participantes en el estudio de Jiménez et al. (1999).

Ante estos resultados consideramos necesario profundizar en ellos para intentar comprender por qué nuestros pacientes presentan una mejor calidad de vida en todas las áreas estudiadas en comparación con los pacientes de los estudios citados, pues partiendo de que las variables demográficas, socioeconómicas y los diagnósticos son similares, debería haber otros motivos por los que los pacientes estudiados en Valencia (Velasco et al., 2003), Málaga (Espinosa et al., 2004) o en Madrid (Jiménez et al., 1999) tienen peor calidad de vida. En el trabajo de Jiménez et al. (1999) realizado con el mismo cuestionario que nosotros presentan una calidad de vida más deteriorada, a excepción, como se ha comentado, de la dimensión Tiempo de ocio y trabajo, que se halla más afectada en nuestros pacientes a los 7 años-7,5 años del infarto que en los participantes del trabajo de Jiménez et al. (1999). Tan sólo la diferencia temporal entre los estudios podría quizás explicarlo, en cuanto a mejora de la tecnología y los tratamientos, aunque la diferencia de tiempo es pequeña. Los pacientes de nuestra provincia fueron estudiados aproximadamente siete años después que los pacientes de los estudios de Jiménez et al. (1999) y Velasco et al. (1997) ambos efectuados en la pasada década, por otro lado nuestro trabajo está más próximo al estudio de Espinosa et al. (2004).

Otros estudios han evaluado la calidad de vida de los pacientes postinfarto con otro cuestionario específico, como el MacNew QLMI (Brotons, 2000) que proviene del cuestionario QLMI de Oldridge (Oldridge et al., 1991) en el cual, a su vez, está basado el cuestionario que hemos utilizado en la presente investigación (Velasco et al., 1993). Estos trabajos han obtenido resultados similares a los hallados en nuestro estudio. En concreto, Brotons et al. (2002) efectúan un estudio para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes supervivientes de un infarto de miocardio a los dos años de seguimiento, y conocer el grado de control de los factores de riesgo que tenían los pacientes. Se trataba de un estudio multicéntrico, observacional y prospectivo en el que se administró el cuestionario de calidad de vida postinfarto adaptado a la población española MacNew QLMI. Esta escala

agrupa 27 ítems en tres áreas (social, emocional y física), y las escalas oscilan del 1 al 7, siendo ésta la mejor puntuación. Entre los 305 pacientes que contestaron el cuestionario se hallaron a los dos años de seguimiento que las puntuaciones obtenidas en las tres áreas mencionadas estaban próximas al valor máximo de 7, considerado, como se ha comentado, la mejor puntuación: rol emocional (5,34), rol físico (5,42) y rol social (5,63). Los autores concluyen que la calidad de vida de los pacientes a los dos años del infarto de miocardio al final del seguimiento era razonablemente buena, siendo el rol social el que presentaba una mayor mejoría, y la dimensión emocional la que presentaba un mayor deterioro, lo cual coincide con la medición efectuada a los 2 años-2,5 años de seguimiento postinfarto en nuestro trabajo. Los resultados son similares al ponderar uno y otro cuestionario. Si extraemos entre las nueve áreas de nuestro estudio las tres áreas “Salud, Comportamiento emocional y Relaciones sociales”, del mismo modo que en el trabajo anterior, es la dimensión de Relaciones sociales la que mejor se encuentra, seguida de la dimensión física y por último la dimensión emocional es la más afectada de las tres. Sin embargo en la última medición de nuestro trabajo realizada a los 7 años y 7,5 años del infarto encontramos de entre éstas tres áreas, la dimensión más afectada en nuestro trabajo era la de Salud física, seguida de Comportamiento emocional y por último el área de Relaciones sociales.

El mismo cuestionario MacNew QLMI, ha sido utilizado en otros países de la comunidad europea, obteniéndose resultados similares al de Brotons et al. (2002). Por ejemplo, Krzych et al. (2009) han evaluado los componentes emocionales, físicos y sociales de la calidad de vida en pacientes sometidos a revascularización coronaria a los 6-8 meses del diagnóstico. En la primera medición el área física se veía afectada por encima de las demás. Sin embargo, tras efectuar el programa de rehabilitación cardíaca todas las áreas mejoraron aunque la mejoría de la dimensión emocional fue muy discreta, lo que revela, al igual que en nuestro estudio, que el área emocional es la que presenta un mayor deterioro y que su recuperación es más difícil para los pacientes, a pesar de recibir los beneficios que conlleva estar sometido a un programa de Rehabilitación cardíaca.

En otro estudio efectuado en Zaragoza y llevado a cabo por Morata & Domínguez (2007) se utilizó el cuestionario genérico SF-36 para evaluar la calidad de vida de pacientes trasplantados respecto a pacientes no trasplantados. El SF-36 Consta de 36 ítems que exploran 8 áreas del estado de salud: función física, función social, limitaciones del patrón de problemas físicos y problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Además existe una cuestión, no incluida en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Los autores encuentran que los pacientes trasplantados habían mejorado su calidad de vida respecto a su medición basal al terminar el programa de Rehabilitación Cardíaca pero que presentaban una peor calidad de vida que la población general en lo referente a la función física, estado físico, salud general, función emocional, y por último, al funcionamiento social. Al valorar la calidad de vida en los pacientes no trasplantados antes y después de la rehabilitación cardíaca se observó que mejoraron en todas las áreas salvo en la dimensión de Salud general, resultado que coincide con los hallados en nuestro trabajo, en el que la dimensión de salud general entre otras era una de las que se manifestaba más afectada a lo largo de todo el estudio.

No obstante, lo que es sumamente importante destacar es la mejoría general que en los estudios mencionados se observa en los pacientes después de recibir algún tipo de rehabilitación cardíaca o programa de prevención secundaria. El hecho es que hemos encontrado en nuestro estudio que la calidad de vida se mantiene en unos niveles de afectación moderados, pero según la literatura científica y según lo observado en otros estudios, con programas de rehabilitación cardíaca o de otro tipo de prevención secundaria bien planificada y dirigida, podría mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, dato muy relevante a tener en cuenta.

En cuanto al nivel de afectación de los indicadores de cada una de las nueve áreas de calidad de vida analizadas, los resultados revelan que los que se encuentran más afectados son los indicadores relacionados con la salud, la movilidad, con el comportamiento emocional, con el ocio y trabajo y con las relaciones sociales. En concreto, cabe destacar de entre ellos la mayor

dedicación referida por los pacientes a la realización de pasatiempos y el menor número de horas de trabajo y el deseo de no volver a trabajar, que ya apunta a ser un problema como se ampliará más adelante, así como el descenso de la actividad sexual, indicador éste que presenta una constante y elevada alteración a lo largo de las tres fases del estudio, al igual que ocurre con el cansancio físico, y los indicadores del área emocional como las reacciones de irritabilidad y nerviosismo que también presentan una afectación importante y continua desde el inicio del estudio.

Respecto a la alteración del Comportamiento emocional, que se manifiesta de manera constante en nuestro trabajo y con peor evolución desde el inicio a la finalización del mismo, coincide con lo hallado en trabajos efectuados con propósitos similares al nuestro. Daly et al. (2000) tras analizar la calidad de vida a un grupo de pacientes en períodos recientes y a medio plazo después de haber sufrido un infarto, ponen de manifiesto que la calidad de vida empeora aunque no haya secuelas o limitaciones físicas. Los sujetos experimentan ansiedad, depresión, incertidumbre, miedo, abandono y tendencia a dejarse llevar. Se encontró que afrontar dicha situación postinfarto sin evitaciones, con optimismo y confianza en sí mismo favorecería la mejoría de dichas alteraciones psicológicas.

El período anterior al infarto ha sido descrito como altamente estresante en las personas, tanto en la vida privada como en la profesional (Sjostrom & Fridlund, 2007) llegándose a atribuir al estrés por parte de los pacientes, ser la causa más frecuentemente desencadenante de un infarto (King, 2002)

En pacientes con problemas coronarios, la depresión se asocia a mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa, es decir, es un factor de riesgo independiente de muerte, habiéndose encontrado hasta cinco años después de haber de haber tenido un infarto de miocardio que es un período de riesgo Aunque se desconoce si el tratamiento de la depresión puede mejorar la supervivencia, se recomienda que se reconozca en pacientes postinfarto de miocardio mayor riesgo de mortalidad (Carney et al., 2008). Muchas son las intervenciones que pueden mejorar dicho estado (Cossette et al., 2001; Lane et al., 2008; Mosack & Steinke, 2009). Ciertos fármacos para tratar la depresión han mostrado mejoras de la calidad de vida en pacientes

postinfarto desde el punto de vista subjetivo, lo que de manera objetiva también se pudo medir, incluso en algunos casos, mejorando el pronóstico de la enfermedad (Graham et al., 2008).

Según King (2002) el patrón de presentación de la enfermedad cardiovascular, el curso del tratamiento y los resultados varían entre hombres y mujeres por las variables fisiológicas y psicológicas asociadas al sexo, y según la posición socioeconómica (PSE). Los hombres identifican que el estrés laboral es un problema para la enfermedad cardiovascular, y las mujeres encuentran el problema en las relaciones difíciles. Los hombres reconocen si tienen un estilo de vida nocivo para la enfermedad cardiovascular, las mujeres en general evitan hablar de la actividad física o de la dieta. En cualquier caso es una constante el estrés, el miedo, la ira y la desesperación, lo que coincide con los ítems que hemos hallado alterados en los pacientes participantes en nuestro estudio: “Reacciono de forma irritable conmigo mismo”, “Reacciono de forma nerviosa o inquieta”, “Río o lloro de repente sin motivo”.

Aunque en nuestro trabajo los hombres presentaban una peor percepción del estado emocional que las mujeres, en la literatura la depresión ha sido hallada con mayor frecuencia en mujeres postinfarto de miocardio que en hombres, y debido a que en ellas la enfermedad cardiovascular evoluciona peor se decidió estudiar si dicha depresión podría ser la causa de la peor evolución en mujeres (Norris et al., 2007).

La relación entre la depresión y el apoyo social ha sido bien documentada (Barefoot et al., 2003; Berkman et al., 2003; Lett et al., 2007, 2009) encontrándose altos niveles de síntomas depresivos entre los más pobres y los más jóvenes, y más alteraciones emocionales en clases sociales más desfavorecidas (Barefoot et al., 2003). En nuestro trabajo encontramos que en personas con bajo nivel de estudios el comportamiento emocional era mucho peor que en quienes tenían mayor nivel de estudios con diferencias significativas tanto en la dimensión emocional como en los ítems “Reacciono de forma irritable conmigo mismo”, “Reacciono de forma nerviosa o inquieta”, “Río o lloro de repente sin motivo”, con una peor evolución en dicha área desde el principio del trabajo hasta la última medición.

Otra variable psicosocial asociada a malestar y a peor calidad de vida es la ansiedad. Se ha encontrado que la ansiedad sexual contribuye a la ansiedad generalizada aunque se desconoce en qué grado. Smith & Blumenthal (2011) encontraron que la satisfacción sexual y la edad avanzada se asociaban a bajos niveles de ansiedad en el período postinfarto, mientras que la presencia de factores de riesgo cardíaco aumentaba la ansiedad, lo que también variaba en función del sexo y el nivel de educación. Estos autores postularon que los adultos mayores podían tener más experiencia con el cuidado de la enfermedad y la salud. Por tanto, el estar menos sorprendidos por un evento cardíaco, o tener más confianza en la capacidad para tratar los problemas de salud, les hacía estar menos ansiosos. Los autores concluían que el factor “experiencia” podía jugar un papel en la ansiedad, aunque se necesitan más investigaciones en ese sentido. Otros autores encontraron que tomar el control personal de la propia salud podía tener un gran impacto positivo en el bienestar psicosocial, al encontrar en su estudio que aquellos pacientes con una mayor percepción de control se mostraron menos ansiosos, menos deprimidos, menos hostiles, y tuvieron un mejor ajuste psicosocial a los seis meses después de un evento cardíaco (Smith & Blumenthal, 2011).

5.3. Calidad de vida y características sociodemográficas

Respecto a la influencia de diferentes variables sociodemográficas sobre la calidad de vida de los pacientes postinfarto, que constituye uno de los objetivos de la presente investigación, los resultados revelan los hallazgos presentados a continuación.

El análisis de calidad de vida según el sexo hay que tomarlo con precaución debido al bajo número de mujeres en nuestra muestra. En función del sexo se ha hallado que los hombres perciben una peor calidad de vida que las mujeres, tanto en lo que se refiere a la calidad de vida global como en las distintas áreas de la misma a lo largo de las tres fases del estudio, aunque mantuvieron una estabilidad y una discreta mejoría desde el principio del estudio hasta el final del mismo. En cambio en las mujeres, aunque con puntuaciones algo peores que las de los hombres como acabamos de referir, se observa un empeoramiento de la calidad de vida global y de sus áreas a lo

largo del estudio, de tal modo que en la última fase se mostraron especialmente afectadas las áreas de Salud, Comportamiento emocional, Movilidad, Proyectos de futuro, y Tiempo de ocio y trabajo. En ambos sexos, las áreas más afectadas a lo largo del tiempo fueron Relaciones sociales, y Tiempo de ocio y trabajo, resultados que coinciden con los hallados por Johansson et al. (2006). En concreto, dentro de la dimensión de las relaciones sociales, el indicador que destacó por mantenerse más alterado y afectado en los hombres que en las mujeres en la fase inicial fue “He descendido mi actividad sexual por mi problema coronario”. Aunque la puntuación media de este indicador se niveló para ambos sexos a lo largo del estudio, no hubo mejoría del mismo.

Esta mayor afectación en hombres de la actividad sexual es lógica dado que requieren mayor esfuerzo físico para mantener relaciones sexuales y los efectos de la medicación sobre la función eréctil. En este sentido encuentran algunos autores que un 83% de los pacientes no conocen los efectos ni las indicaciones de la medicación administrada (Castro et al., 1991). El miedo, la limitación física, el cambio brusco en sus vidas, o la falta de información puede que también les haga inhibirse (Robinson, 1999; Rivera, 2000). Jiménez et al. (2000) hallan en pacientes isquémicos una disminución de satisfacción sexual y un importante grado de desinformación respecto a este tema.

Frente a la preocupación de los pacientes isquémicos sobre si la actividad sexual es segura, la información adecuada y el uso apropiado de fármacos para la disfunción eréctil puede aumentar perceptiblemente la calidad de vida (Mickley et al., 2001). El estrés, la ansiedad y la depresión se asocian de igual manera a una vida sexual menos relajada y a menor apetencia o deseo, que en ocasiones puede estar potenciado por un cambio en el rol personal o familiar o una pérdida de autoestima tras un infarto. La idea deformada de la magnitud del infarto, o de un mal pronóstico de la enfermedad se relaciona, entre otras disfunciones, con la del funcionamiento sexual (Petrie et al., 1996).

El hecho de que en nuestro estudio se haya observado en las mujeres un empeoramiento de su calidad de vida a lo largo del mismo está en consonancia con los trabajos que presentan una mayor comorbilidad de las

mujeres con enfermedades cardiovasculares. En efecto, tal como señalan Dallongeville et al. (2010) y Dueñas et al. (2011), las mujeres con enfermedad cardiovascular tienen mayor comorbilidad que los hombres, suelen ser de mayor edad que sus homólogos varones, con un nivel cultural más bajo, son viudas o viven solas más a menudo, con más obesidad, hipertensión, y colesterol unido a proteínas de baja densidad. Aunque presentan un menor tabaquismo las mujeres toman más hipotensores y antidiabéticos, pero no otros fármacos, y tienen más síntomas depresivos y peor adaptación psicosocial tras un evento coronario que los hombres (Dueñas et al., 2011).

El primer episodio en mujeres suele ser fatal, aunque la esperanza de vida de las mujeres es mayor frente a los hombres con enfermedad cardiovascular. En concreto alrededor de 8 años más frente a casi 7 para los hombres a la edad de 50 años, y la aparición de problemas cardiovasculares es de 3-4 años más tarde en mujeres que en hombres (Dueñas et al., 2011). Para las autoras el hecho de que aparezca un infarto más tarde puede ser debido al tratamiento inicial en el ingreso y a que el reconocimiento de síntomas en cada sexo es distinto y al parecer los infartos de miocardio silentes en mujeres son más frecuentes que en hombres, es decir, con mayor frecuencia en mujeres pueden pasar inadvertidos o ser identificados con otro diagnóstico. Además cabe señalar que una vez producido el IMA, las mujeres se someten menos a un programa de rehabilitación cardíaca que los hombres (Crimmins et al., 2008; Dueñas et al., 2011).

Es fundamental conocer las diferencias por género que presenta la enfermedad cardiovascular para un abordaje individual eficaz dado que el sexo, la edad, la angina previa, la situación y extensión del infarto han sido hallados como predictores de mortalidad hospitalaria independientes tras un infarto de miocardio (Ferriz et al., 1993). También cabe señalar que aunque la mortalidad en las mujeres en la última década ha disminuido de manera importante, aún queda mucho por hacer en cuanto a factores de riesgo y estilos de vida se refiere (Mosca et al., 2011).

Como se comentó, en nuestro estudio hemos hallado que los hombres manifiestan percibir una peor calidad de vida que las mujeres. Este resultado,

en cambio, no coincide con los hallazgos de otras publicaciones que encuentran que la calidad de vida es peor en las mujeres que en los hombres (Kristofferzon et al., 2005b; Dueñas et al., 2011), tanto en lo referente a la calidad de vida global como a las áreas de la misma, pues en nuestro trabajo aunque las diferencias en las puntuaciones de calidad de vida entre hombres y mujeres no eran grandes, se mantuvieron peores en todo el seguimiento para los hombres que para las mujeres.

Sin embargo, coincidimos con otros trabajos en cuanto a la alteración de la dimensión de salud física en hombres y mujeres (Dueñas et al., 2011) y también respecto a que los hombres mantienen su calidad de vida sin grandes cambios y con cierta estabilidad incluso con discretas mejorías en ciertas áreas a lo largo del tiempo. En el estudio de Dueñas et al. (2011) además, la mejoría observada en mujeres es menor a la observada en hombres. Por tanto, dicha tendencia se acerca a la observada en nuestro trabajo. Nuestros hallazgos coinciden de igual modo con Johansson et al. (2006) respecto a la tendencia seguida por hombres y mujeres en la evolución de su calidad de vida. Asimismo, coincidimos con Kristofferzon et al. (2005b) en que en las mujeres las áreas de calidad de vida más afectadas son la psicológica y la física.

Tal como se encuentra en la literatura científica, las mujeres piensan menos en sí mismas que los hombres y se demoran más que los hombres en buscar ayuda sobre el tratamiento, así como después de un problema cardíaco (Lefler & Bondy, 2004; Lovlien, Schei & Hole, 2007) y se retrasan más al buscar ayuda y tratamiento que los hombres minimizando síntomas porque no quieren molestar con sus problemas de salud (Kerr & Fothergill, 2002). Es conocido que la eficacia del tratamiento y la morbilidad y la mortalidad dependen de la demora de tiempo en iniciar dicho tratamiento, estando relacionado con cada hora de retraso (Lefler & Bondy, 2004). Por todo ello la percepción de la calidad de vida encontrada en otros trabajos en las mujeres, es peor que en los hombres.

Consideramos que estas discrepancias de los resultados obtenidos en otros estudios respecto a los hallados en la presente investigación pueda deberse quizás a motivos de índole cultural, que indiquen que ante una peor calidad

de vida objetiva por mayor sobrecarga, estrés y problemas fisiológicos, se minimicen los síntomas y se evite la realidad. En Andalucía, está aún arraigada la convicción del necesario sufrimiento y abnegación en las mujeres ante la enfermedad, lo que hace que de manera subjetiva tampoco reconozcan que su calidad de vida es peor.

En efecto, los patrones masculino y femenino de enfermedad cardiovascular son distintos. Las mujeres hablan escasamente de sus conductas personales, son más evasivas, aunque se apoyan más en familiares y amigos, gestionan peor su enfermedad en general y son más reacias a cambiar de estilos de vida y realizar ejercicio físico después del infarto que los hombres. Además, responsabilizan a las relaciones personales y las relaciones de pareja del infarto de miocardio (King, 2001) y relacionan su mayor riesgo de infarto de miocardio con las mayores demandas del hogar y se olvidan más de sí mismas (Dueñas, 2011). Los hombres, en cambio, atribuyen la responsabilidad del infarto de miocardio al trabajo y a comportamientos personales (King, 2001). Consideramos que todo ello tiene importantes implicaciones para nuestro trabajo y para elaborar programas y un seguimiento adecuado a las mujeres.

En cuanto a la relación entre la edad y la calidad de vida de los pacientes postinfarto, los datos obtenidos en la presente investigación revelan que en las fases iniciales (Fase I y II), los pacientes menores de 65 años percibían tener una menor calidad de vida y con áreas significativamente más afectadas que en los mayores de 65 años, concretamente las áreas de Salud, Comportamiento emocional y Relaciones sociales.

Sin embargo, en la última fase de estudio los mayores de 65 años empeoran en general en todo, y especialmente obtienen las peores puntuaciones con diferencias significativas en las áreas de Movilidad y Relaciones sociales.

Asimismo, al ser comparados con los menores de 65 años, las áreas que no se vieron afectadas fueron Salud, Perspectivas de futuro y Comportamiento de alerta.

Para ambos grupos la dimensión Tiempo de ocio y trabajo empeora desde la Fase I hasta la Fase III. Múltiples aspectos relativos a la ocupación del

tiempo, al estado emocional o de relaciones se vieron afectados de manera relevante, como es el caso del ítem “He reducido mi actividad sexual” afectado también en los más jóvenes. Sin embargo, este ítem pasa a ser significativo en la última evaluación del estudio, en pacientes mayores y no en los más jóvenes.

Los resultados hallados, que indican que los pacientes mayores de 65 años son los que peor se encuentran pasados entre 7 años y 7,5 años del infarto, coinciden con los obtenidos por Velasco et al. (1997) en que la calidad de vida era peor en los pacientes mayores de 50 años que en los menores de 50 años, aunque los valores de calidad de vida en ambos grupos eran peores que los obtenidos por nuestros pacientes. Es decir, tanto nuestros pacientes menores como mayores de 65 años manifestaban tener una mejor calidad de vida que los pacientes del mencionado estudio.

Ante los resultados obtenidos, consideramos que en la atención a los pacientes postinfarto las diferencias por edad deben tenerse en cuenta. Al igual que el sexo, la edad ha sido encontrada un factor de riesgo independiente para la evolución y el pronóstico en un infarto de miocardio (García et al., 1995). En un estudio en el que se efectuó un seguimiento durante 10 años a un grupo de pacientes postinfarto en la Comunidad de Madrid, se halló una alta tasa de incidencia y mortalidad por enfermedad cardiovascular y mucho más elevada en mayores dentro del grupo estudiado de edades entre 65 y 85 años (Novella et al., 2008).

En los pacientes de nuestro trabajo la dimensión de salud física estaba afectada de una manera importante en menores de 65 años. Los resultados obtenidos en las dos fases iniciales del presente estudio coinciden con los hallados por Doughty et al. (2002), dado que estos autores encontraron que la calidad de vida de los pacientes menores de 45 años estaba más alterada que la de los pacientes mayores de dicha edad, siendo la dimensión física la más afectada (Doughty et al., 2002).

Contrariamente a lo que habíamos hallado a los 6 y 12 meses, Barbareschi, Sanderman, Kempen & Ranchor (2009) encontraron en las personas de mayor edad evaluadas entre 6 meses y 1 año después del infarto, peor

calidad de vida y más alteraciones de la salud, sobre todo en ciertos dominios como el físico, el social y el emocional, aunque estos dos últimos menos acusado. Coincidimos con los resultados de estos autores en el sentido de que en la última medición de nuestro estudio, es decir pasados entre 7 años y 7,5 años, en los pacientes mayores la calidad de vida global y las áreas comportamiento emocional y relaciones sociales habían empeorado respecto a los más jóvenes.

Este empeoramiento de la calidad de vida en pacientes mayores de 65 años hallado en nuestro estudio, está en consonancia con otros estudios realizados en nuestro país (MSC, 2003; Marrugat et al., 2004) que indican que en pacientes mayores de 65 años, la incidencia, hospitalización, pronóstico y letalidad pasados 28 días del infarto de miocardio se encontró dramáticamente más frecuente y peor que en menores de 65 años. En el grupo de personas entre los 74 y 94 años el riesgo de muerte fue mayor que en el grupo de 34 a 64 años, independientemente de cualquier otra característica. Al parecer, referente al grupo de 74 a 94 años, los pacientes reciben menos tratamientos y procedimientos lo que podría ser razonablemente lógico en los mayores del mencionado grupo, pero quizás discutible en los menores del grupo citado (Marrugat et al., 2004). La mayor mortalidad en mayores también podía estar relacionada con la mayor demora entre inicio de síntomas e ingreso en sala una vez en urgencias, así como mayor comorbilidad en hombres con más edad (Novella et al., 2008). Se puede inferir, por tanto, que en los dos últimos estudios presentados, del mismo modo que en nuestro trabajo, también los mayores eran quienes peor calidad de vida percibían.

Es necesario tener en cuenta las peculiaridades de las personas mayores respecto al mayor riesgo de mortalidad, demora en los tratamientos etc., para poder pautar un tratamiento y diagnóstico más oportuno así como para una prevención secundaria más eficaz. Un estudio en el que las enfermeras domiciliarias seguían un plan de intervenciones psicosociales de educación y apoyo para mejorar la adherencia a programas o a la medicación y al tratamiento mostró ser eficaz en personas mayores, al conseguir los objetivos sobre cumplimiento general y conocimiento de su enfermedad y

autocuidados. Se apoyaba a los pacientes en los logros y se orientaba en la reanudación de las actividades de la vida diaria, lo que se consiguió al mejorar la autoestima y confianza para el desarrollo de dichas actividades, siendo además una opción, según los pacientes, cómoda para la adherencia a la rehabilitación cardíaca (Sinclair, Conroy, Davies & Bayer, 2005). En otro estudio efectuado por Carroll, Robinson, Buselli, Berry & Rankin (2001) en el que las enfermeras del mismo modo efectuaban intervenciones de educación, validación de logros, retroalimentación, estímulo-apoyo y resolución de problemas se logró mejorar la autoeficacia en personas mayores sin pareja que se encontraban solas, logrando un mejor afrontamiento y adaptación a la enfermedad y a sus cambios impuestos por ella. Los autocuidados y la autoeficacia se encuentran relacionados de manera importante como se expone a continuación. En un artículo efectuado por Muñoz, Cabrero, Richart, Orts & Cabañero (2005) en el que se efectuaban una revisión bibliográfica de los instrumentos existentes para medir los autocuidados, hallaron que las teorías de Orem, Lázarus y Folkman, y Bandura, eran las más usadas para el desarrollo de dichos instrumentos de medida de los autocuidados. Llamó la atención de los autores, que alrededor de la mitad de las medidas de autocuidados halladas en trabajos enfermeros, fundamentaban su estructura conceptual en dos teorías psicológicas: la teoría social cognitiva de Bandura, y la teoría del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman, a pesar de disponer dentro del modelo conceptual de la enfermería de una excelente teoría de los autocuidados, se trata de la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidados de Orem. Orem define los autocuidados como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Este hecho podría explicarse porque en la obra de Bandura el concepto central de su teoría social cognitiva es la autoeficacia, y los paralelismos entre el concepto de autocuidados y el de autoeficacia son importantes. Este autor define la autoeficacia como “las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras”. Desde esta perspectiva, los autocuidados podrían ser considerados como una capacidad, más que el simple conocimiento de saber hacer algo.

No es sinónimo de destrezas, sino el juicio de lo que potencialmente una persona podría llegar a hacer con esas destrezas que cree poseer. Esta teoría ha servido como base para el desarrollo de modelos explicativos de los comportamientos de salud.

Los pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca basada en ejercicios físicos menores de 65 años obtienen mejorías sustanciales en los aspectos fisiológicos, al compararlos con los mayores de 65 años, aunque en lo referente a aspectos emocionales y mentales también se hallaron mejoras en los pacientes mayores de 65 años (Izawa et al., 2010). Este dato es de suma importancia por los hallazgos de nuestro trabajo respecto a las alteraciones emocionales mantenidas en el tiempo, por lo que es preciso considerar que todos los pacientes deben ser subsidiarios de intervenciones y cuidados que mejoren su estado y se pueden beneficiar de ello.

Coincidimos con Steinke & Wright (2006) y Drory, Kravetz & Weingarten (2000) en que la actividad sexual se reduce postinfarto tanto en frecuencia como en grado de satisfacción para ambos sexos. Hemos comprobado que aparece de manera constante en nuestros pacientes como un problema a lo largo del trabajo.

Según Steinke & Wright (2006) la satisfacción sexual y la edad contribuyen a generar ansiedad lo que a su vez se relaciona con el sexo y el nivel de educación, contribuyendo todo ello a una peor percepción de la calidad de vida. Se ha hallado una relación, entre peor calidad de vida y ciertos aspectos de la sexualidad así como menor satisfacción sexual después de un infarto de miocardio (Drory et al., 2000; Günzler, Kriston, Agyemang, Riemann & Berner 2010; Kriston, Günzler, Agyemang, Bengel & Berner, 2010; Maroto et al., 2008; Pfiffner & Hoffmann, 2004; Steinke, 2000) llegando a establecerse como una posible causa del deterioro en las relaciones de pareja (Maroto et al., 2008). La incapacitación sentida después del infarto de miocardio provoca en el paciente gran inquietud, temor y ansiedad, por lo que se reducen las actividades habituales así como la sexual, dado que se tiene la creencia de que cualquier tipo de esfuerzo puede desencadenar un nuevo episodio o la muerte (Ames, 2004). Además durante el coito los pacientes pueden presentar disnea, angina o palpitaciones (Díaz, 2002). La edad avanzada, el

sexo femenino y la presencia de síntomas de insuficiencia cardiaca crónica se asocian a una mayor discapacidad (Ames, 2004).

Los trastornos sexuales más frecuentes en pacientes varones son disminución de la libido, disfunción eréctil, trastornos en la eyaculación e impotencia. Determinados aspectos juegan un papel decisivo en la reincorporación social y sexual del enfermo cardiaco, a saber su actividad funcional, la presencia de sintomatología, y determinados fenómenos psicológicos. Una estancia prolongada en el hospital tras un infarto de miocardio provoca un descenso en la capacidad física del paciente (Díaz, 2002).

En un estudio cualitativo realizado por Mosack & Steinke (2009) para examinar la sexualidad de los pacientes después de un infarto de miocardio en los períodos de recuperación temprana, intermedia y posterior, se encontraron problemas de identidad, de rol y de autoestima, así como problemas de salud física como impotencia, o de salud psíquica como ansiedad, depresión. También se hallaron nerviosismo y quejas por el tipo, modo, contenido y técnicas de la comunicación por parte del personal sanitario sobre el tema sexual (Mosack & Steinke, 2009).

Asimismo, Günzler et al. (2010) efectuaron un estudio multicéntrico transversal en Alemania en centros de RC. Tras evaluar a 261 hombres y 75 mujeres, hallaron asociación entre la disfunción sexual y la depresión, la ansiedad, la calidad de vida, tras haber controlado la edad o la gravedad de las enfermedades cardiovasculares como posibles factores de confusión. Durante el mes anterior al infarto de miocardio el 43,1% de mujeres refirieron una disfunción sexual, mientras que el 20,2% de los hombres declaró tener por lo menos disfunción eréctil moderada. Las mujeres con disfunción sexual se vieron afectadas en un grado significativamente mayor en comparación con las mujeres sin disfunción sexual, con respecto a la ansiedad y la calidad de vida psicológica. Los hombres con disfunción eréctil, por su parte, informaron que la depresión y la ansiedad fueron significativamente más fuertes en comparación con los hombres sin disfunción eréctil. Respecto a esto, conviene tener en cuenta el trabajo de Maroto et al. (2008) en el que encontraron que la disfunción eréctil a los 70 años es explicada en un 80%

por trastornos orgánicos frente a un 20% por etiología psicológica, aunque dicho estudio ha sido criticado por otros autores (Schwarz & Shen, 2008). Sjogren et al. (1983, citado en Steinke & Wright, 2006) encontraron en su estudio que el 63% de los hombres casados tenían relaciones sexuales satisfactorias antes de un infarto de miocardio, pero después del infarto de miocardio la satisfacción sexual se redujo significativamente hasta un 35-45% tanto en jóvenes como en mayores. Se halló también en el estudio de Steinke & Wright (2006) que en el grupo de mayores de 55 años podía haber menos presión sexual, por sentirse a esa edad más satisfechos consigo mismo, así como con menos presión sexual en comparación con la sentida en la juventud, o quizás también porque los adultos mayores le conceden menos importancia a la actividad sexual, aunque en ello hay discrepancias debido a que algunos mayores refieren mantenerse activos sexualmente. Varios factores de riesgo cardiovasculares medidos en este estudio se hallaron relevantes en la afectación de la función sexual, como son el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes y la insuficiencia cardíaca (Steinke & Wright, 2006; Steinke, Mosack, Wright, Chung & Moser, 2009).

Por otro lado, en un estudio realizado por Pfiffner & Hoffmann (2004) con un grupo de pacientes que fueron evaluados un año después de un infarto de miocardio, se observó un mayor riesgo de muerte en aquellos que estaban deprimidos, insatisfechos con su actividad sexual, y con escasos recursos económicos o pobres. Estos autores efectuaron una nueva medición a los 7 años y solo encontraron como predictores psicosociales de mayor mortalidad a los 7 años la ansiedad, la depresión y pacientes que colaboraban escasamente (Pfiffner & Hoffmann, 2004).

Como se ha expuesto, los pacientes con enfermedades cardíacas padecen problemas con la actividad sexual como consecuencia de su enfermedad, de los tratamientos o de la ansiedad y las preocupaciones, y las enfermeras juegan un papel importante en la orientación sexual a estos pacientes. (Jaarsma et al., 2010; Mosack & Steinke, 2009).

Jaarsma et al. (2010), evalúan a 157 enfermeras cardiológicas para conocer su opinión sobre si la enfermera es responsable de discutir con los pacientes sus preocupaciones sexuales y un 87% opinaba que era responsabilidad de

ellas, añadiendo que sobre todo si la demanda la iniciaba el paciente. Sin embargo según el estudio, la mayoría de los encuestados rara vez abordaban los temas sexuales, tan sólo en lo concerniente a los síntomas, la medicación o la enfermedad, y rara vez se abordaban temas más delicados o íntimos (por ejemplo, los juegos previos a la relación sexual, las posiciones). Una quinta parte de las entrevistadas reconocían tener información suficiente, otro grupo argumentaba que lo evitaban por respeto al paciente, por ansiedad o vergüenza en el paciente, al tratar dichos temas. Un 40% de ellas a veces dudaba en hablar de las preocupaciones sexuales con los pacientes por dudas sobre las respuestas (Jaarsma et al., 2010).

Al analizar la relación entre la calidad de vida de los pacientes y su situación de actividad laboral, ya sea incorporados o retirados del trabajo, cabe comentar que los problemas de costos directos e indirectos derivados de la enfermedad cardiovascular son bien conocidos, entre estos últimos están los costes derivados del gran número de incapacidades laborales de los pacientes después de haber sufrido un infarto de miocardio (Álvarez, Malillos, Dominguez, Lapresta & Numancia, 2008) y, además, teniendo en cuenta que el infarto de miocardio ocurre a menudo en personas en edad de trabajar, la pérdida de productividad laboral por tanto es alta (Álvarez et al., 2008).

En el presente estudio se ha hallado que en la fase reciente postinfarto de miocardio, los pacientes que estaban incorporados al trabajo presentan peor calidad de vida. Sin embargo, en la última fase del trabajo dichos pacientes presentan mejor calidad de vida total y de sus áreas. Las áreas que se vieron afectadas de una manera destacable fueron Salud y Sueño y descanso con peor estado en quienes seguían trabajando en la Fase I. Por el contrario, los pacientes retirados del trabajo fueron evolucionando negativamente desde la primera medición hasta la última, y a los 7 años-7,5 años presentaban peor calidad de vida que los activos y de manera relevante en las áreas Sueño y descanso, Comportamiento emocional, Relaciones sociales y Tiempo de ocio y trabajo. Como vemos, vuelve a observarse un patrón de alteración de áreas de la calidad de vida similar a los otros subgrupos analizados en el presente trabajo.

Respecto a la reincorporación laboral, encontramos en nuestro estudio en

personas en situación de baja laboral o jubilación una cifra alarmantemente alta (alrededor del 80%), pero dado que dicho grupo incluía a personas por encima y por debajo de los 65 años quisimos conocer la situación más exacta debido a la importancia que tiene a nivel social y personal la inactividad laboral después de la enfermedad, especialmente en personas con edades productivas laboralmente. Para analizar con más exactitud los datos, seleccionamos al grupo de personas menores de 65 años, es decir, aquellos que debían seguir trabajando, y dividimos la muestra por un lado en personas que estaban activas laboralmente, y por otro, personas que estaban de baja laboral o jubilación anticipada a causa del infarto. Encontramos que el grupo de pacientes menores de 65 años retirados del trabajo, se encontraban más afectados que los activos en la calidad de vida y en las áreas en las tres fases, aunque la puntuación media había mejorado en la Fase III respecto a las dos fases anteriores, salvo la dimensión Tiempo de ocio y trabajo que estaba más afectada en la última medición que en las anteriores. Encontramos diferencias significativas en la Fase II con peor puntuación siempre en retirados jóvenes en la calidad de vida y en las áreas Comportamiento emocional, Perspectivas de futuro, Relaciones sociales, Comportamiento de alerta, Comunicación y Tiempo de ocio y trabajo. En la última medición se mantenía afectada de manera significativa el área de Comportamiento emocional, y el de Relaciones sociales, apareciendo además Sueño y descanso. Es destacable el hecho de que quienes estaban retirados presentaran la dimensión de Tiempo de ocio y trabajo más afectada de manera significativa en las dos últimas mediciones, pues podría significar que desearían estar ocupados. El hecho es que los retirados presentaban mayor afectación que los activos con diferencias significativas en la 2ª medición en “Me apetece descansar la mayor parte del día”, “Reacciono de forma nerviosa o inquieta”, “Siento miedo a morirme”, “Soy una carga para mi familia y me siento inútil”, “Ahora tengo menos relaciones con otras personas” y “Deseo un trabajo distinto al que tengo”. Según lo expuesto, los pacientes estaban emocionalmente afectados y el hecho de verbalizar que deseaban otro trabajo distinto, pudiera ser debido a que la causa del cambio de trabajo, estaba en las circunstancias del puesto o de la cualificación profesional baja de nuestra muestra. Otro motivo que les impidiera volver al trabajo, podía ser

precisamente la inactividad laboral y quizás, el estado depresivo, que cada vez los hiciera estar más inactivos y sentirse menos capaces de emprender la nueva vida. Esta tendencia fue observada de nuevo en la última medición en retirados del trabajo.

Es decir, evidentemente los pacientes retirados perciben una calidad de vida de vida pobre comparada con personas activas, y quizás dicha inactividad sea el origen de problemas emocionales, de relación, de perspectivas con el futuro, de alerta y de comunicación, o al menos pueden contribuir a un descontento o insatisfacción que puede alterar el terreno personal y familiar. Coincidimos con Jiménez et al. (1999) y Jiménez et al. (2000) que encuentran en sus pacientes retirados del trabajo una calidad de vida peor que quienes trabajaban con cifras similares a las halladas en nuestro trabajo aunque nuestros pacientes presentaban una puntuación mejor.

Es cierto que después de un infarto de miocardio los pacientes encuentran su calidad de vida afectada, pero en infartos con evoluciones normales en pocas semanas el paciente vuelve a tener sus capacidades íntegras para la reincorporación laboral, lo que puede ser acelerado con un programa de rehabilitación cardíaca, que como demuestran Álvarez et al. (2008) acorta los tiempos de bajas por incapacidad laboral después de un infarto de miocardio. Aunque los beneficios personales de volver al trabajo son numerosos, tras un infarto de miocardio los pacientes se suelen sentir desalentados y la vuelta al trabajo puede verse dificultada por la presencia de depresión, de estrés, de angina, por la inactividad impuesta durante algún tiempo, por tener más edad, y por ser de género femenino, todo lo cual influye negativamente en la vuelta al trabajo siendo los más jóvenes y los rehabilitados los que se reincorporan en mayor número y antes que los mayores (Brink et al., 2008).

La influencia de la actividad laboral sobre la salud ha sido demostrada en diversos estudios. Se efectuó un estudio en mujeres con enfermedad cardiovascular para conocer la influencia de la actividad laboral, según el estado civil, sobre la manifestación de síntomas depresivos y la percepción de apoyo social (Blom et al., 2007). Los autores de estudio hallaron que las mujeres con enfermedad cardiovascular menores de 65 años de edad que estaban trabajando en el momento de la medición tenían menores niveles de

síntomas depresivos y una mejor integración social que quienes no trabajaban. Ante estos resultados concluyeron que mujeres con enfermedad cardiovascular que están desempleadas pueden tener un mayor riesgo para la depresión y el aislamiento social.

En el presente estudio hemos hallado que entre los pacientes con edad de estar trabajando, el 45,83% de ellos, se encontraban inactivos a los 6-12 meses del infarto. A los 2 años- 2,5 años esta cifra aumentó al 75% y al cabo de los 7 años-7,5 años permanecían retirados de la actividad laboral el 68,75% de los pacientes. Además, tanto en los pacientes con edades por encima y por debajo de los 65 años, la afectación de la dimensión Tiempo de ocio y trabajo fue una constante.

En la literatura se encuentran estudios efectuados en nuestro país, y los hallazgos son dispares. Para Morata & Domínguez (2007) el 48% de los pacientes volvieron al trabajo tras realizar un programa de rehabilitación cardíaca de 3 meses de duración. Durá (2005) halla en su trabajo que aquellos pacientes que han sido sometidos a rehabilitación, se han reincorporado al trabajo al cabo de 12 meses un 60%. En el estudio de Jiménez et al. (1999) a los 6 meses del infarto de miocardio sólo un 14% se reincorporó; en concreto obreros cualificados o trabajadores por cuenta propia y quienes poseían estudios secundarios.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo al respecto se encuentran dentro de los márgenes que hemos visto en otros estudios a pesar de que nuestros pacientes no han seguido ningún programa de RC. Son preocupantes las altas cifras de absentismo después de un infarto de miocardio aunque después de someterse a programas de rehabilitación cardíaca los pacientes se reincorporan mucho más rápido. Otros factores que retardan la reincorporación son la edad avanzada y el bajo nivel cultural. Smith Jr & O'Rourke (1988) encontraron que la vuelta al trabajo está relacionada fuertemente con aspectos como la educación, un empleo relacionado con la actividad física, la gravedad del infarto de miocardio y la percepción sobre el estado salud. Ha sido hallada una probable tendencia en no volver al trabajo cuando el infarto acontece cerca de la edad de jubilación o bien por el deterioro físico sentido tras un infarto de miocardio en mayores,

por lo que el ejercicio puede ser muy beneficioso y se hace imprescindible incorporarlo al plan de cuidados o prescripciones después del alta si el paciente no va a ser incorporado a un programa de prevención secundaria (Brink et al., 2008)

Se ha demostrado que la vuelta al trabajo de los pacientes tras un infarto de miocardio de bajo riesgo dos semanas después es segura en cuanto a estado fisiológico del paciente y capacidad física, lo cual tiene importantes repercusiones económicas y sociales si tenemos en cuenta que la media de tiempo habitual para la reincorporación suele ser de 6-8 semanas (Kovoor et al., 2006). Las tasas de muertes así como las complicaciones en cirugía y reingresos fueron menores en un grupo en el que los pacientes se sometían a una intervención de pruebas fisiológicas, recomendaciones de alta y estímulo económico para reincorporarse al trabajo, y se comparaban con otro grupo sin intervención. Los primero regresaron a los 51 días y el grupo sin intervención a los 75 días aproximadamente (Dennis et al., 1988).

Los programas de rehabilitación cardíaca mejoran la capacidad física y el control emocional. Este incremento de vitalidad, energía y ánimo favorece el afrontamiento y ajuste del paciente a su enfermedad, lo que a su vez mejora la capacidad de volver a la normalidad y con ello al trabajo. También se ha encontrado que los pacientes rehabilitados se reincorporan al trabajo mucho antes y abandonan menos el trabajo tras su reincorporación que los no rehabilitados (Álvarez et al., 2008).

5.4. Calidad de vida y posición socioeconómica

A continuación se comentan los resultados referentes a la relación entre la calidad de vida de los pacientes y su nivel de estudios, nivel de ingresos económicos anuales, lugar de residencia, tipo de convivencia y estado civil.

La posición socioeconómica guarda una importante relación con las enfermedades crónicas y en concreto con las enfermedades cardiovasculares. La posición socioeconómica se ha relacionado con mayor incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares, peor evolución e incluso con la mortalidad de pacientes con enfermedad cardiovascular, siendo

ésta más elevada en clases sociales más bajas (Graham et al., 2008; González et al., 2010; Regidor et al., 2003). Es decir, se ha demostrado que existe un gradiente inverso entre la posición socioeconómica y la morbilidad y la mortalidad cardiovascular total (González et al., 2010).

En la literatura científica ha sido objeto de estudio el estrés y los mecanismos biológicos que éste induce y cómo, a su vez, influye en el desencadenamiento de ciertos factores de riesgo cardiovascular, tales como la hipertensión arterial. Asimismo el estrés ha sido relacionado con las desigualdades sociales (Koch et al., 2007). Las creencias sobre la salud y ciertos recursos psicológicos similares para afrontar la enfermedad, usados preferentemente en estratos sociales bajos, han sido estudiados por reconocerse influyentes en el ajuste y adaptación ante la enfermedad cardiovascular (Barbareschi et al., 2009)

En la presente investigación se han evaluado aspectos de la posición socioeconómica, hallándose datos similares a los publicados en la literatura científica.

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes que percibían rentas menores de 9000 €/año se encontraban peor que quienes obtenían ingresos superiores a 9000 €/año tanto en lo referente a la percepción de su calidad de vida global como en las áreas de la misma, y esta percepción se mantuvo en las tres fases del estudio, coincidiendo con el estudio de Velasco et al. (1997) en el que se halló la peor percepción de calidad de vida en el grupo de pacientes de clase social baja, respecto a los de clase alta y media que percibían mejor su calidad de vida.

A lo largo de nuestro estudio observamos que la percepción de la calidad de vida global y de sus áreas mejoró en ambos grupos de manera muy discreta, y encontramos en la Fase III que dicha mejoría fue general a excepción de las áreas tiempo de ocio y comportamiento emocional, que presentaron peor puntuación en la Fase III que en la Fase I en ambos grupos. En todo el seguimiento la percepción de calidad de vida fue peor para quienes recibían rentas inferiores a 9000 €/año. Se puede observar que de nuevo se muestran como alteradas las mismas áreas que se han venido manifestando a lo largo

del estudio: el aspecto emocional y la dimensión de ocio y trabajo.

En un estudio efectuado por Regidor et al. (2003) se estudió la relación de los ingresos económicos y del nivel de estudios con la mortalidad en varones y en mujeres por enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular, y sólo encontraron asociación con las circunstancias socioeconómicas en mujeres. Las mujeres con menor nivel de estudios y con menor nivel de ingresos presentaron el mayor riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. El nivel de estudios y la clase social basada en la ocupación laboral son indicadores que se asocian con el riesgo de infarto agudo de miocardio. Encontraron también que las personas con nivel de estudios primarios o inferiores muestran un mayor riesgo de presentar esta patología que las que tienen una posición socioeconómica más alta, independientemente de la prevalencia de los factores de riesgo que se padezcan. Es decir, hallaron que existen determinantes sociales de salud que explican este exceso de riesgo, como son las desigualdades a nivel económico, la marginación social, la inseguridad laboral, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades para la educación (González et al., 2010).

En la presente investigación también se ha analizado la relación entre el nivel de estudios de los pacientes y su percepción de calidad de vida y los resultados obtenidos muestran que el 76,6% de los pacientes tenían estudios elementales y un 23,4% estudios medios o superiores. Se ha observado que los pacientes con estudios medios o superiores mejoraron la percepción de su calidad de vida global y de sus áreas desde la Fase I hasta la Fase III. En cambio, los pacientes con estudios elementales percibieron un empeoramiento de su calidad de vida global en la Fase III respecto a fases anteriores, así como de todas sus áreas. En esta última fase del estudio se obtuvieron diferencias significativas en la calidad de vida total y en las áreas Comportamiento emocional, Movilidad, Relaciones sociales, Comunicación, Tiempo de ocio y trabajo en dicha Fase III respecto a quienes tenían estudios medios o superiores. Coincidimos con el trabajo de Jiménez et al. (1999) cuya muestra era mayoritariamente de bajo nivel cultural y la percepción de su calidad de vida estaba bastante afectada. Consideramos que sería importante averiguar la causa de la afectación de áreas tan dispares (Comportamiento

emocional, Movilidad, Relaciones sociales, Perspectivas de futuro, Comunicación, Tiempo de ocio y trabajo) y que se pueden interrelacionar entre sí, pues la afectación de una parte del ser humano repercute sobre las demás, de tal modo que quien se siente más solo, sin satisfacción de ocupación o laboral, con dificultad para comunicarse y moverse o trasladarse, puede sentirse deprimido, aunque todo lo expuesto podría relacionarse también a la inversa.

Las desigualdades de oportunidades de personas que viven en el entorno rural respecto a quienes pueden tener un acceso más rápido a las urgencias y a los servicios sanitarios por vivir en la ciudad y, por tanto, en las inmediaciones de los centros sanitarios, han sido estudiadas. Por ello, dado que en nuestro trabajo alrededor de un 57% de los pacientes pertenecían al núcleo rural, quisimos saber cómo era percibida la calidad de vida según el lugar de residencia. Los resultados obtenidos muestran, aunque con puntuaciones muy similares, que la calidad de vida global y sus áreas eran peor percibidas por los pacientes que vivían en un pueblo que por los que vivían en la ciudad en la primera y última fase del estudio, aunque las valoraciones eran similares para los dos grupos. La dimensión Tiempo de ocio y trabajo empeoró en ambos grupos en la Fase III respecto a la Fase I.

Respecto a la relación entre el tipo de convivencia de los pacientes y su percepción de calidad de vida, los resultados revelan que en la primera fase del estudio, los pacientes que vivían sin pareja percibían una peor calidad de vida que aquellos que vivían con pareja. En la segunda medición encontramos que era al contrario y quienes vivían con pareja se encontraban peor, aunque en la tercera fase del trabajo de nuevo hallamos que la percepción de calidad de vida y de las áreas de calidad de vida eran peores para quienes vivían sin pareja que para quienes convivían con pareja. Estos resultados están en la misma línea con lo que afirman ciertos autores que asocian el hecho de vivir solo a una mayor mortalidad porque suele haber mayor aislamiento social, más comportamientos de riesgo, menor adherencia a tratamientos y programas y a hábitos saludables, vivir en pareja en tensión familiar o conyugal tienen efectos negativos en la salud, en especial sobre la salud sexual y sobre la percepción de calidad de vida (Norekval et al., 2010).

Otros autores encuentran que quienes “viven solos” presentan peor calidad de vida y una peor evolución o manejo de la enfermedad, pero no se relacionó con mortalidad ni reingresos (Bucholz et al., 2011). En el programa EUROACTION, basado en la familia, se buscaba la participación activa de la pareja del paciente y otros familiares y se demostró que la intervención familiar es muy apta porque las parejas casadas concuerdan en el estilo de vida y tienen una concordancia hacia el cambio. Se encontró que aquellos pacientes que realizaron los cambios más profundos tuvieron parejas que también estaban realizando cambios importantes en sus vidas (Wood et al., 2008).

En nuestro estudio hemos encontrado que pertenecer al grupo de pacientes con menor nivel de estudios, con bajos ingresos económicos, proceder del medio rural y vivir sin pareja, implica percibir peor calidad de vida. En concreto, una baja posición socioeconómica se relaciona con un peor funcionamiento físico y salud global, menor movilidad, peor percepción general de calidad de vida, malestar prolongado, aislamiento social y reacciones emocionales alteradas (Barbareschi et al., 2009). King et al. (2001) encontraron relaciones entre posición socioeconómica y rol personal, social y funcionamiento físico, y era en la posición socioeconómica más alta, en la que se hallaron mejores resultados en todas las dimensiones funcionales. Las mujeres, de posición socioeconómica más baja (pocos ingresos, según ocupación) tenían más afectada la autoestima y la autoeficacia frente al infarto, que las mujeres de posición socioeconómica más elevada. Una posición socioeconómica desfavorable facilita la aparición de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima, hostilidad) alteraciones sociales (familiares y de grupo) y un estrés significativo que pueden llevar a la adopción de conductas nocivas para la salud (Romero & Romero, 2010). Consideramos que todos estos factores son necesarios tener en cuenta para las valoraciones y asignar tratamientos a los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio.

5.5. Calidad de vida, apoyo social disponible y expectativas de autoeficacia

Otro de los objetivos planteados en la presente investigación fue analizar la relación entre la calidad de vida de los pacientes y la percepción de apoyo social y las creencias de autoeficacia. Respecto al apoyo social percibido, tanto el apoyo social funcional (AS), apoyo social afectivo (ASA), y apoyo social confidencial (ASC) percibido para el total de la muestra es adecuado (Bellón, Delgado, Luna & Lardelli, 1996; Broadhead et al., 1988; Revilla et al., 1991).

Al analizar la relación entre el apoyo social y las variables sociodemográficas, encontramos que quienes percibían un menor apoyo social funcional, afectivo y confidencial eran los hombres, los pacientes mayores de 65 años, los que estaban retirados del trabajo y quienes percibían ingresos menores de 9000 €/año.

Asimismo, la percepción del apoyo social y apoyo social confidencial era menor para aquellos pacientes que tenían estudios elementales y para quienes vivían sin la pareja, ya sea que vivían solos, o bien sólo con los hijos o con otros familiares, pero sin pareja. En cambio, los pacientes que vivían con la pareja, o bien con la pareja e hijos, percibían un menor apoyo social afectivo aunque en ambos casos las puntuaciones eran muy similares.

También se ha hallado que el lugar de residencia marca diferencias significativas respecto al apoyo social percibido. Concretamente, los datos obtenidos muestran que los pacientes que residen en la ciudad perciben un menor apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial respecto a los que viven en un entorno rural. Ello se corroboró al efectuar un análisis de regresión múltiple entre el apoyo social y aquellos factores que habían mostrado tener alguna influencia en él, quedando evidente que quienes vivían en la ciudad, tenían peor apoyo social confidencial y apoyo social afectivo disponible.

Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en el estudio de Bellón et al. (1996) con una muestra cuyas características sociodemográficas eran similares a las nuestras, y pertenecientes a la provincia de Granada. Los

autores encuentran que el apoyo social es menor en personas mayores, en quienes viven solos o sin pareja, en quienes tienen un nivel de estudios bajo, y peor salud física. Además relacionan las alteraciones emocionales y la mayor frecuentación de la asistencia sanitaria con un apoyo social menor.

La relación del apoyo social con aspectos físicos y psicológicos de las personas y por tanto con la calidad de vida ha quedado demostrada, incluso se ha relacionado además con la supervivencia. Lett et al. (2007) realizaron una investigación para comparar el impacto del apoyo social disponible con la mortalidad y el reinfarto no fatal en pacientes con infarto de miocardio, y hallaron que los mayores niveles de apoyo social percibido se asociaban con mejores resultados en los pacientes sin depresión o con bajos niveles de depresión, respecto a pacientes con mayor nivel de depresión en los que los resultados eran peores para la supervivencia y los eventos fatales de reinfarto. En la misma línea Leifheit et al. (2010) han asociado la percepción de bajo apoyo social con el aumento de ingresos hospitalarios y de la mortalidad postinfarto, así como con el peor estado de salud y con más síntomas depresivos, sobre todo en mujeres, en el primer año después de un infarto. Es importante reducir las alteraciones emocionales y, en concreto, la depresión por su influencia sobre el funcionamiento y la calidad de vida después de un infarto, pero sobre todo por la mencionada relación hallada con la morbilidad y mortalidad postinfarto (Barefoot et al., 2003; Leifheit et al., 2010; Lett et al., 2007). En un estudio de seguimiento con pacientes postinfarto, se encontró que quienes percibían tener un alto nivel de apoyo social medido al inicio del estudio, tenían puntuaciones más bajas en depresión a lo largo del tiempo (Barefoot et al., 2003).

Nuestros resultados coinciden en gran parte con los obtenidos en los trabajos expuestos, puesto que hemos hallado que quienes disponían de un adecuado apoyo social funcional presentaban mejores niveles de calidad de vida global, y sus relaciones sociales eran mejores, así como su comunicación y su tiempo de ocio y trabajo. Los pacientes que tenían un alto apoyo social confidencial disponible presentaban mejor estado emocional, y mejores relaciones sociales, en su tiempo de ocio y trabajo, y también en su calidad de vida global. Asimismo, los pacientes que disponían de un adecuado apoyo

social afectivo presentaba una mejor percepción de su calidad de vida global y de su salud física, su comunicación era mejor, así como sus relaciones sociales aunque esta última dimensión era influyente en menor medida. Por tanto, el apoyo social funcional influye de manera significativa sobre la calidad de vida y las áreas Relaciones sociales, Comunicación y Tiempo de ocio y trabajo. Asimismo, el apoyo social confidencial influye de manera significativa sobre la calidad de vida y las áreas de Comportamiento emocional, Relaciones sociales y Tiempo de ocio y trabajo; y por último, el apoyo social afectivo influye de manera significativa sobre la calidad de vida y las áreas de Salud y Comunicación.

Consideramos que estos resultados son de suma importancia para la aplicación en la práctica con los pacientes. Ciertas intervenciones se han mostrado eficaces en la mejora del aislamiento social y de la depresión (Berkman et al., 2003). Es aconsejable efectuar la evaluación y el seguimiento del apoyo funcional y la depresión para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo psicosocial que pueden beneficiarse del tratamiento. Otro modo útil de conocer los cambios y el aumento de riesgo psicosocial es midiendo los subcomponentes del apoyo social. Por ejemplo, el cambio o alteración del apoyo emocional se puede identificar con el cambio en las relaciones íntimas. Por su parte, los cambios de apoyo tangible se pueden identificar evaluando los contactos periféricos, número de niños, familiares, amigos que componen su red de apoyo. Los pequeños cambios hacia la aparición de depresión se pueden medir con la aparición de ciertos signos y síntomas como ansiedad, somatizaciones y alteraciones de la afectividad (Lett et al., 2009).

La calidad de vida relacionada con la salud mejora en todas las áreas en la medida en la que se dispone de un apoyo social adecuado, lo que parece especialmente importante en mujeres postinfarto que utilizan un afrontamiento más evasivo de la enfermedad. Al disponer estas mujeres de una red adecuada de apoyo social, plasmada en el apoyo de nietos y de amigos, así como de la iglesia, puede beneficiar su calidad de vida, como se ha señalado anteriormente (Kristofferzon et al., 2005a).

En el caso de los ancianos, el contacto con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos etc., les proporciona el afecto y ayuda (sea de tipo

material o no) necesarios para su bienestar integral. La disponibilidad de redes sociales y de apoyo social, con sus especificidades a la hora de proporcionarles ayuda en estados de alteración de la salud, son fundamentales (Martínez & García, 1995).

Se considera que son sistemas de apoyo de nuestro entorno cultural la familia, el matrimonio, los amigos y relaciones laborales. El matrimonio y las relaciones familiares son beneficiosas física y mentalmente y aportan alto grado de bienestar y son muy útiles en situaciones de crisis de salud. Los amigos tienen menos relevancia en problemas de enfermedad pero son fuente de integración social importante y de apoyo instrumental y emocional. Las relaciones laborales también se han encontrado fuente de sistema de apoyo, la pertenencia a grupos cohesionados de compañeros es un indicador de satisfacción laboral (Martínez & García, 1995).

Tal como se ha comentado anteriormente, otro de los objetivos planteados en la presente investigación ha sido analizar la influencia de las creencias de autoeficacia en la calidad de vida de los pacientes.

En cuanto a los resultados obtenidos respecto a las creencias de autoeficacia se halló que estaba en valores óptimos (Sanjuan et al., 2000). Es decir, nuestra muestra se valora con expectativas de autoeficacia alta.

Los resultados obtenidos muestran peores expectativas de autoeficacia en pacientes varones, pacientes menores de 65 años, retirados del trabajo, con estudios elementales, y con ingresos económicos por debajo de 9000 €/año, residentes en la ciudad y de estado civil casados o con pareja. Los análisis de regresión realizados revelan que un factor influyente y con diferencias significativas en la percepción de la autoeficacia es el tipo de convivencia (en pareja o sin pareja). Las expectativas de autoeficacia son peores en el grupo de personas que vivían sin pareja. Efectivamente, hallamos que vivir en pareja mejoraba las expectativas de autoeficacia tras haber efectuado interrelaciones conjuntas entre autoeficacia y ciertos factores como tipo de convivencia, edad, estudios, etc.

En la prevención de la enfermedad cardiovascular se sugiere que la actuación se dirija a conseguir un mayor nivel de autoeficacia en los pacientes, es decir,

mejorar la percepción de capacidad de la persona, por su influencia directa sobre la intención y la ejecución de conductas preventivas. Si la persona se siente capacitada para realizar una conducta, tendrá mayor intención de ejecutarla en un futuro próximo y será más probable que la realice, aunque hará falta evitar la presencia de impedimentos externos al sujeto que pueden influir sobre su intención (decisiones de las personas de su entorno, falta de oportunidades, etc.). En este sentido, cuantos menos inconvenientes se den en una situación, será más fácil que se presente la intención de realizar la conducta, pero no la conducta misma (Carpi et al., 2009).

En ancianos sin pareja que deben hacer frente a cambios en su vida a nivel físico y emocional después de un infarto, puede ser de gran ayuda el apoyo de una enfermera que mejore su autoestima y autoeficacia, ayudándoles a hacer frente a las situaciones en su domicilio y a desenvolverse de manera independiente (Carroll et al., 2001). Ciertas intervenciones desarrolladas por enfermeras y dirigidas a ancianos sin pareja para mejorar la autoeficacia se han mostrado eficaces en la recuperación de estas personas, como por ejemplo la promoción del ejercicio, la escucha activa y la gestión de la energía incluidas en programas de varias semanas (Hiltunen et al., 2005).

El perfil que se presenta y sobre el que habría que centrar la atención porque su calidad de vida podría ser mejorable es el de hombres con bajo nivel de ingresos, estudios elementales, sin trabajo y que residen en la ciudad. Con peor AUE si eran menores de 65 años casados, y peor apoyo social y apoyo social confidencial si eran mayores de 65 años y vivían sin pareja. En caso de que vivieran con la pareja o bien con la pareja o con la pareja e hijos, puntuaba peor el apoyo social afectivo

Conocer la percepción que un paciente tiene sobre su enfermedad y cuál es su nivel de autoeficacia pueden ser factores predictivos de la recuperación a largo plazo, dada la influencia que ejerce la autoeficacia sobre el óptimo manejo y mejora de la enfermedad. Según King (2002), la Rehabilitación Cardíaca y la recuperación, la vuelta al trabajo y la discapacidad a largo plazo, están relacionadas con la percepción del estado y de la enfermedad. Asimismo, el hecho de sentirse “menos autoeficaces” a su vez podría estar relacionado con bajos ingresos, ocupación y género, lo que coincide de nuevo

con los hallazgos de nuestro trabajo. También se han asociado las bajas expectativas de autoeficacia a la depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 2001, citado en Olivari & Urra, 2007) tal como encontramos en nuestra investigación. Por el contrario, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de los mismos. Se ha encontrado relación entre autoeficacia percibida y tres conductas de salud específicas: realizar ejercicio, manejo del estrés y control del dolor.

Respecto a la realización de ejercicio, las personas con una mayor percepción de autoeficacia se comprometen en mayor grado en programas regulares de actividad física y poseen sentimientos de efectividad mayores para practicar el ejercicio (Olivari & Urra, 2007). En efecto, ha sido relacionado el ejercicio físico y la autoeficacia, de tal manera que ha llegado a identificarse que el gasto calórico es un predictor de autoeficacia al hallarse mejores puntuaciones de autoeficacia paralelas al gasto calórico en un grupo de individuos sometidos a un programa de Rehabilitación Cardíaca (Gardner et al., 2003). El mantenimiento de altas expectativas de autoeficacia predice la actividad física que se va a tener. Entre los pacientes que se rehabilitan y están en riesgo de abandonar la actividad, o si han tenido previamente recaídas en dicho sentido, se mostró eficaz mejorar su autoeficacia para que dichos pacientes se mantuvieran más activos (Luszczynska & Sutton, 2006).

En cuanto a la relación entre autoeficacia y manejo del estrés, se ha demostrado reiteradamente que cuando las personas tienen un adecuado manejo de los estresores psicológicos, las distintas reacciones al estrés disminuyen (Olivari & Urra, 2007). La percepción de sobreprotección se asocia a baja calidad de vida, ansiedad y depresión y, por el contrario, la alta expectativa de autoeficacia se asocia al hecho de sentirse bien psicológicamente. La autoeficacia predice un adecuado manejo de la enfermedad, por ello se deduce que es preciso mejorar la autoeficacia en la planificación de cuidados sanitarios a los pacientes y abordar los temas de sobreprotección postinfarto de miocardio a los compañeros y parejas para evitar dicha sobreprotección (Joekees, Van Elderen & Schreurs, 2007).

Respecto a la influencia de la autoeficacia en el control del dolor, distintos

estudios han demostrado que la autoeficacia percibida influye en el aumento de la tolerancia-disminución ante las respuestas al dolor (Olivari & Urra, 2007).

Al analizar en la presente investigación la relación entre apoyo social y autoeficacia se halló que había una relación significativamente directa entre apoyo social confidencial y autoeficacia. Es decir, la autoeficacia mejoraba cuando aumentaba el apoyo social confidencial. Del mismo modo, la autoeficacia mejoraba al aumentar la percepción de apoyo social afectivo.

Cuando se estudió la relación entre calidad de vida y el apoyo social funcional, así como con el apoyo social confidencial y afectivo se encontró una clara influencia con diferencias significativas en todas las áreas, lo que pone en evidencia la gran influencia que sobre la percepción de la calidad de vida tiene la percepción de apoyo social disponible en los pacientes.

Es posible que los pacientes obtengan logros y metas difíciles de alcanzar, que lleguen a ser capaces de responder a imprevistos y buscar alternativas aunque sean situaciones difíciles para resolver los problemas, pero todo ello es más o menos alcanzable en la medida en la que perciban un apoyo social adecuado del que disponer, es decir, si reciben visitas y ayuda de amigos y familiares con asiduidad, comprueban el reconocimiento que ellos propugnan hacia su persona, ven que se preocupan de ellos, les dan compañía, amor y afecto, personas con las que pueden hablar y en quienes confiar y obtener ayuda si están enfermos en la cama. Es decir, en nuestros pacientes podría mejorar la autoeficacia si mejoraba el apoyo social. Todo ello a su vez influye sobre la percepción de la calidad de vida, y en la medida que la autoeficacia o el apoyo social se perciben como adecuados, la calidad de vida será mejor.

Consideramos que un hallazgo importante del presente trabajo es la importante influencia de la autoeficacia sobre la calidad de vida, que puede ser descrita como la relación de mayor peso del presente estudio por la fuerte relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Asimismo, se han hallado relaciones estadísticamente significativas entre la autoeficacia y todas las áreas de calidad de vida, salvo Sueño y descanso. Del mismo modo que en el caso de la calidad de vida global, altos niveles de

expectativas de autoeficacia se relacionaban con una mejora de las áreas de calidad de vida. Es de destacar la importante influencia que la autoeficacia ejerce sobre las áreas Proyectos de futuro y sobre Relaciones sociales, en las que la variabilidad en sus valores rondaba el 50%.

Es decir, altos niveles de autoeficacia pueden reducir hasta casi la mitad la afectación de la calidad de vida y de dichas áreas en pacientes postinfarto, dato de suma importancia para tener en cuenta en este estudio. La influencia de la autoeficacia en el resto de las áreas de calidad de vida también fue muy importante y directa. Los pacientes con mayor nivel de autoeficacia manifestaban tener mejor estado de salud física, emocional, así como una mejoría de las áreas movilidad, alerta, comunicación y tiempo de ocio y trabajo. Estos hallazgos son de gran trascendencia para las conclusiones de este estudio.

Todo ello se corroboró al analizar conjuntamente la calidad de vida y los factores que habíamos hallado significativos e influyentes sobre dicha calidad de vida con anterioridad en el presente trabajo, como AUE, lugar de residencia, tipo de convivencia, apoyo social, apoyo social afectivo, y apoyo social confidencial, edad, situación laboral, nivel de estudios o de ingresos económicos. Como decimos, para profundizar con detalle en el tipo y grado de relación existente entre dichas variables efectuamos un análisis de regresión múltiple entre calidad de vida como variable dependiente y el resto de variables como independientes, y en este análisis conjunto hallamos relaciones estadísticamente significativas tan solo para la autoeficacia y calidad de vida, de tal manera que la calidad de vida mejora de manera global y en cada aspecto o dimensión del ser humano, en la medida en que aumenta la autoeficacia.

La autoeficacia percibida y la capacidad para afrontar la enfermedad, las creencias, y la representación y concepto que se tiene de ella, son las bases para un desarrollo psicológico eficaz en personas con enfermedades coronarias (Lau-Walker, 2007). En un estudio efectuado por Lau-Walker (2007) se evaluaron las creencias frente a la enfermedad y la autoeficacia de pacientes con enfermedad coronaria a los tres años del alta, la mayoría de los cuales habían asistido a Rehabilitación Cardíaca. Se concluyó que la atención

de los síntomas y de la enfermedad durante el ingreso y antes del alta, así como la sensación de sentirse autoeficaz, de tener control personal y la capacidad de afrontar la enfermedad y las creencias sobre la duración de la enfermedad, podrían ser los aspectos que aumentaban la eficacia de los programas de Rehabilitación Cardíaca en el mantenimiento a largo plazo de cambios de estilo de vida.

Debido que elevadas expectativas de autoeficacia y la percepción de un adecuado apoyo social disponible mejoran la calidad de vida, será fácil de mantener bajo control a los pacientes si se aumenta y refuerza la autoeficacia de los pacientes después de un infarto de miocardio y se anima a los pacientes a mantener y conservar el apoyo social, teniendo especial cuidado en personas del medio rural, de sexo masculino y de bajo nivel de estudios e ingresos económicos.

5.6. La experiencia vivida por los pacientes con su enfermedad

Otro de los objetivos planteados en la presente investigación se centraban en conocer las percepciones y vivencias de los pacientes después de un infarto, así como sus problemas, experiencias y necesidades de salud percibidas desde que sufrieron el infarto. Con la información obtenida se pretendía proponer alternativas o sugerencias de intervención, de atención y de cuidados a pacientes postinfarto. Para alcanzar los estudios propuestos se realizó un estudio cualitativo, basado en la fenomenología, y la información fue recogida mediante entrevistas en profundidad y mantenidas personalmente con los pacientes.

La muestra participante en el estudio cualitativo, compuesta por 17 pacientes, tenía características sociodemográficas similares a las del estudio cuantitativo, cuyos resultados ya han sido comentados. Algo más de la mitad de los pacientes son menores de 65 años, de procedencia urbana, con estudios elementales. La mayoría de pacientes son hombres, están casados o tienen pareja, tienen un bajo nivel de ingresos económicos anuales, conviven con sus parejas o con sus parejas e hijos, y la mayoría de pacientes no tienen actividad laboral.

Respecto a los problemas manifestados por los pacientes, en general hacen referencia al desconocimiento, al aspecto emocional y de afrontamiento, al aspecto físico del cuidado de su salud, a la movilidad y ejercicio y a la sexualidad. Encontramos que los problemas de información y conocimiento se relacionaban con todos los problemas restantes, por lo que dedujimos que probablemente sus causas en parte se encontrarían en la información dada después de haber sufrido el infarto.

Tras un análisis de contenido de las entrevistas mantenidas con los pacientes se detectaron los siguientes ejes temáticos más importantes: la nueva vida y los cambios de rol, la atención y el seguimiento, la atención proporcionada a los pacientes, los cambios en el carácter, la necesidad de estar ocupado y sentirse realizado y la vuelta a casa. A continuación se comentan cada uno de ellos.

Desde el punto de vista de la fenomenología, el significado de la vida después de un infarto se corresponde con los cuatro existenciales de Van Manen: cuerpo vivido, espacio vivido, tiempo vivido, relaciones con los demás, como veremos a medida que se desarrolla el presente apartado.

El eje temático referente a la nueva vida y los cambios de rol tras un infarto de miocardio hace referencia al enfrentamiento a la vida estando enfermo, al estrés y la angustia que provoca la desconfianza de los profesionales y todo lo desconocido. El paciente manifiesta que el cuerpo no responde igual y predominan los síntomas y las limitaciones. El cambiar de un entorno seguro (el hospital donde te cuidan y velan mientras descansas) a un nuevo mundo (el hogar) con un cuerpo nuevo genera miedo e inseguridades sin poder realizar las mismas actividades que antes, privados quizás de trabajo, de aficiones y entretenimientos y quizás también con un cambio por la dependencias de otros, y un cambio en el aspecto de relaciones sociales. Además los pacientes perciben que tienen que “obedecer” pautas que en un principio son más rígidas respecto a la movilidad o el reposo, la dieta, la medicación y otras medidas de vida, que a medida que pasa el tiempo es necesario reevaluar para ajustar y adaptar a sus cambios y nuevas necesidades. Los pacientes suelen temer una pérdida del rol desempeñado a lo largo de toda su vida, máxime cuando no se trata de sustituir sus

actividades cotidianas por otras más tranquilas, sino casi siempre dichas actividades son eliminadas de su vida sin ser sustituidas por otras.

Los resultados hallados muestran que los pacientes entrevistados no se sienten satisfechos, lo cual se relaciona con su falta de seguridad o con no estar bien informados si las prescripciones y tratamientos no se adaptan a sus recursos y con su posición socioeconómica. Tienen sensación de desamparo porque consideran que no se les efectúa el control que ellos consideran necesario, ni el seguimiento, ya que no les llegan las citas que esperan para acudir a las revisiones de la asistencia especializada. En este sentido, la información adecuada o la visita o llamada de teléfono de un profesional sanitario, podría resolver dudas y aclarar la necesidad o no de ser atendidos por cardiólogos, salvo en los controles regulares.

Respecto al eje temático relativo a la atención y el seguimiento, en él subyacen determinadas realidades y falsas creencias relacionadas con la enfermedad.

Los pacientes conocen la existencia de los programas de rehabilitación cardíaca en otras ciudades, programas que son muy necesarios después de un infarto, tal como se ha puesto de manifiesto con anterioridad pero que por cuestiones políticas y económicas que escapan a su comprensión dichos servicios no se ofrecían en el momento de efectuar las entrevistas en nuestra provincia. Ello planteó a los pacientes problemas de equidad en la asistencia sanitaria y la percepción de estar a expensas de intereses políticos. Es preciso aclarar al respecto que el pasado mes de julio de 2011 se ha puesto en marcha en nuestra ciudad una unidad de rehabilitación cardíaca dependiente de la asistencia pública.

Algunos pacientes consideran que deben estar más controlados, aunque esta opinión puede deberse a una información inadecuada o a falsas creencias acerca de ello, es decir, a que para tener salud y un pronóstico favorable es preciso estar sometidos a controles y un seguimiento de la enfermedad continuado desde la asistencia especializada, y que en dicho seguimiento es necesario realizarse analíticas, exploraciones y pruebas diagnósticas y terapéuticas como predictores que garanticen su buena salud. En muchos

casos los pacientes evitaban la enfermedad o el tratamiento por desconocimiento, por estilo de afrontamiento, por la falta de aceptación de la enfermedad, por miedo a la realidad, o por elección debido a malas experiencias con los servicios sanitarios en cuanto a seguimiento en las citas o exploraciones especiales se refiere. En otros casos la causa eran las creencias falsas por cultura o por interés personal en el caso de personas con negación de la enfermedad que temían perder el estatus personal o familiar al estar “menoscabados por la enfermedad” o por “estar viejos” y así poder ser más evasivos en el cumplimiento de los tratamientos responsabilizando al azar o a “otros” si les llegaban los problemas y manteniendo su estilo personal de “poder”. Al evitar la enfermedad, parece que no existe. El no cumplir el régimen terapéutico deliberadamente por decisión o por cultura, les hacía sentirse menos enfermos si al desafiar a su cuerpo, éste respondía, por lo que entienden que “eso era algo que ya forma parte del pasado”. Un buen número de nuestros pacientes atribuyen a la edad el deterioro o las limitaciones físicas que padecen, lo cual es falso ya que la media de edad en esos casos no es alta, y sin embargo las limitaciones físicas como dolor al esfuerzo y disnea al caminar eran muy acusadas para que la causa fuera la edad.

En todos los casos los programas educativos pueden modificar esta creencia. Como es lógico, dichos pacientes presentaban una baja adherencia al tratamiento, a las recomendaciones de estilos de vida y presentaban ciertos comportamientos de riesgo.

En cuanto al eje temático relativo a la información proporcionada a los pacientes, cabe destacar que dicha información no ha cubierto las expectativas o necesidades de los pacientes en casi ningún caso, bien porque era escasa o inexistente, técnica y estandarizada, o inoportuna, o incluso a los pacientes no les ha llegado. La información proporcionada se caracteriza por ser genérica, sin ser individualizada a cada paciente ni a sus particularidades culturales. En algunos casos los pacientes consideraron que la información no les servía porque “hay que darla cuando se pida o se necesite”. Debían pensar en qué preguntar, cómo hacerlo y a quién, temían molestar a los profesionales con sus preguntas, dudaban si los estaban

molestando mucho, en algún caso se sentían intimidados si habían preguntado algo con lo que el médico los había reprimido, tal era el caso de preguntas sobre la disfunción sexual de un paciente. A propósito del tema sexual, a pesar de que el sexo ocupa una parte importantísima de la vida del ser humano como oportunidad para comunicar, sentir y satisfacerse, fue un tema eludido siempre y si se preguntaba apenas se abordó de manera tangencial. Sencillas explicaciones sobre las consecuencias de ciertos medicamentos, el reajuste de los mismos, podrían haber evitado la tremenda dificultad sentida, al enfrentarse a la imposibilidad de llevar a cabo relaciones sexuales con penetración o en la falta de deseo vivido. Algunos pacientes han vivido estos hechos como “lo peor de todo el proceso”, que se ve más exacerbado debido a la brusca aparición. La pérdida de rol sexual se percibe y se vive a veces por los pacientes como una falta de control sobre el propio cuerpo.

Otro eje temático hallado hace referencia a los cambios en el carácter tras un infarto, que suelen ser frecuentes. El impacto emocional producido con la llegada de la enfermedad, se ve agravado por los cambios de rol, más acusados en casos de sociedades machistas en las que se considera que “los hombres deben trabajar y ganar dinero”. En muchos casos los pacientes refirieron haber necesitado la ayuda de un psiquiatra o psicólogo para poder seguir adelante, pero dichos servicios fueron inexistentes. Algunos pacientes refirieron que la espiritualidad era una tabla de salvación para aferrarse a la vida quizás como una forma de afrontamiento para encontrar fuerzas.

El “estar ocupado y sentirte realizado” constituye otro de los ejes temáticos encontrados en el presente estudio. El trabajo tiene una gran influencia en el bienestar y la salud de los pacientes al sentirse útiles. Ello suele repercutir a nivel personal y familiar, y desde luego económicamente. Los pacientes son aún jóvenes, quieren sentirse útiles, pero es frecuente que prefieran no volver a trabajar porque consideran que pueden aspirar a un trabajo menos estresante, pesado o cansado, y prefieren “cuidarse” de este modo. Temen recidivas.

Los pacientes participantes en el presente estudio tienen escasa movilidad por incapacidad física, por inercia o por elección, por desconocimiento acerca

de la importancia del ejercicio sobre la salud, por pereza, o por desmotivación. Evidentemente la inactividad física hace que las personas se sientan menos capaces con mayores limitaciones e incapacidad física. El ejercicio y la actividad serían fundamentales. Además, la escasa movilidad y el aislamiento físico suelen conducir al aislamiento social. Quizás las relaciones sociales de los pacientes podrían haber mejorado si ellos hubieran tenido una actividad física habitual.

Ciertamente no han obtenido información al demandarla. Desde la asistencia sanitaria no han recibido el estímulo necesario para que iniciaran programas de ejercicios y actividades físicas pautadas. En este sentido habrían sido de grandísima utilidad los servicios de RC.

Otro de los ejes temáticos más importantes hallados en la presente investigación es el que hace referencia a la atención a los pacientes y la vuelta a casa. El período inmediatamente después del alta del hospital después de un infarto agudo de miocardio es un momento de tensión, vulnerabilidad y de múltiples dificultades a nivel psicológico del que poco se sabe. En dicho período los pacientes, especialmente cuando vuelven a casa después del alta, luchan contra sentimientos diversos como miedo, dudas, inquietud y preocupaciones, ansiedad, incertidumbre, depresión.

Se ha hallado que es la enfermedad cardiovascular la que modula los síntomas depresivos, y que los cambios en el rol personal y social son una respuesta directa al impacto de la enfermedad (Barbareschi et al., 2009). Es muy acusado el temor a recurrencias del infarto o deterioro de la salud, al aburrimiento y a la inercia en sus conductas, y estos sentimientos suelen aparecer independientemente de que haya o no limitaciones físicas importantes (Clark, 2003; Daly et al., 2000; Sjostrom & Fridlund, 2007). Los pacientes experimentan grandes dificultades con el manejo de su vida cotidiana, los problemas de salud, las modificaciones de estilo de vida, las reacciones emocionales y los cambios en la vida social y suelen sentir la falta de apoyo de su red social (Kristofferzon et al., 2008a).

En nuestro trabajo, los pacientes después del infarto batallan para estar mejor informados, o para lo que ellos consideran mejor supervisados y controlados

por los servicios sanitarios, pero la mayoría con el paso del tiempo no llegan a conseguirlo, acaban resignándose o adaptándose aún en condiciones que no les satisfacen, lo que les hace percibir tener una peor calidad de vida. Un estudio cualitativo realizado por Kristofferzon et al. (2008b) llega a conclusiones similares. Los pacientes reducen la angustia pasado un tiempo a pesar de no conseguir una estabilidad en su salud ni resolver sus problemas de falta de apoyo o de cuidados en los cambios sociales, emocionales y con la enfermedad, pero a pesar de ello siguieron adelante para volver a encontrar el equilibrio aunque, ciertamente, con grandes dificultades.

El proceso experimentado por las personas que han padecido un infarto de miocardio se puede definir como un proceso de transición desde la condición de la salud hacia la enfermedad, la invalidez, la vulnerabilidad o la cronicidad. Implica un proceso de transformación y de cambio no solo para la persona que lo padece sino para el entorno del que se rodea. A los importantes cambios físicos derivados de la propia enfermedad se les suma una serie de cambios emocionales que pueden favorecer o dificultar el proceso por el que atraviesan (Solano, Siles & Fernandes, 2009). Es preciso que las enfermeras asistan a dicho proceso e identifiquen los condicionantes que dificultarán o que compondrán el proceso. Después se asistirá al paciente y se ayudará a restaurar las áreas alteradas.

Tras el análisis de las entrevistas mantenidas con los pacientes se ha detectado una serie de aspectos que consideramos que se han de tener en cuenta. Es conveniente contemplar las diferencias con las que se presenta la enfermedad cardiovascular según el sexo, la edad o la posición socioeconómica. Las diferencias del patrón de aparición, del tratamiento y de los resultados en la enfermedad cardiovascular son importantes para planificar cuidados especiales.

Respecto a la edad, las pautas para realizar una dieta y actividad física, el ejercicio, o el control de la medicación debe dirigirse de modo distinto a mayores que menores. Respecto a las diferencias según el sexo, es de suma importancia planificar programas de educación que involucren a las mujeres en el reconocimiento de sus síntomas ante un infarto o sobre la necesidad de

acudir lo antes posible en busca de tratamiento. El patrón femenino o masculino de enfermedad cardiovascular es diferente, como se ha expuesto con anterioridad. Básicamente las mujeres tienen peor calidad de vida, son más ansiosas, sufridas y resistentes y más reacias a hacer cambios en sus estilos de vida lo que dificulta el manejo de su enfermedad (King, 2001) aunque planifican y organizaban con avidez su recuperación (Kerr & Fothergill, 2002; Kristofferzon et al., 2005a, 2005b, 2003) pero reciben menos ayuda sociosanitaria y menos información sobre la enfermedad y la rehabilitación cardíaca que los hombres (Kristofferzon et al., 2003). Ellas equiparaban la pérdida de rol de ama de casa, con la pérdida de rol laboral siendo de suma importancia en su recuperación la realización de tareas domésticas y las responsabilidades familiares (Kerr & Fothergill, 2002; Kristofferzon et al., 2003). Los hombres, por su parte, disponen de mayor apoyo social que las mujeres, se apoyan más en sus parejas, y le dan suma importancia volver al trabajo y mantenerse en buena forma física. Para los hombres son factores de riesgo para una peor calidad de vida relacionada con la salud, el consumo regular de tabaco y alcohol y el sobrepeso, mientras que para mujeres son la angustia psicológica, la presión en su rol habitual, y hacer menos ejercicio los predictores de peor calidad de vida (King, 2001; Kristofferzon et al., 2003).

Respecto a las diferencias por edad, los valores y la manera en que se vive la vida cambian durante las transiciones que ocurren a lo largo de los años. Los mayores han tenido más tiempo para asumir lo que significa depender y quizás enfermar, aunque nuestros pacientes mayores percibían peor calidad de vida que los jóvenes pasados 7 años-7,5 años del infarto.

El proceso de envejecer viene seguido por un menor interés en mantener los niveles materiales de la vida, las relaciones sociales superficiales y una obsesión por el cuerpo. En cambio, hay un interés más elevado en las experiencias vividas acompañadas por los cambios en las actitudes sobre la salud y un menor miedo la muerte (Johansson et al., 2006).

En un estudio con mayores Sutherland & Jensen (2000) se observó que no disponían de programas adaptados a sus peculiaridades. Manifestaban que los trataban “como a niños” y sugerían más apoyo emocional por parte del

personal, mayor variedad de opciones de ejercicio y un programa más largo y con más oportunidades para socializarse. Aparte del desarrollo de los programas de enseñanza individualizada para pacientes mayor encontraban necesario incluir a sus parejas y familias. Hay que apoyar los programas educativos con información en un formato impreso claro y conciso para que los mayores los puedan revisar y consultar en su casa. Reforzar el aprendizaje con un seguimiento con llamadas telefónicas o visitas domiciliarias. Las enfermeras deben buscar las fortalezas de las personas de edad avanzada para utilizarlas en su propio beneficio. Por ejemplo, los mayores tienen a menudo mayor determinación, buscan soluciones y alternativas para lograr sus objetivos y responden positivamente a los desafíos del cambio. Todo ello, reconocido por las enfermeras y potenciado, permite que los mayores se refuercen y se visualicen a sí mismos como fuertes y capaces en la promoción y cuidado de su salud (Sutherland & Jensen, 2000).

Respecto a la posición socioeconómica, las diferencias en dicho aspecto marcan con fuerza distintos patrones en las enfermedades. Desde el abordaje inicial al paciente, conviene conocer ciertos datos básicos sobre su nivel de estudios, si vive con alguien o si tiene personas de confianza próximas, el tipo de convivencia, su grado de estrés familiar y laboral, si se siente triste, deprimido o irritado y si se enfada fácilmente, pues será necesario efectuar cuestionarios específicos que detecten dichas alteraciones. Es preciso considerar que los pacientes con nivel socioeconómico bajo precisan un esfuerzo preventivo especial. En pacientes con alto riesgo cardiovascular o en aquellos con enfermedad cardiovascular establecida y factores de riesgo psicosociales hay que prescribir una intervención multimodal sobre el comportamiento, que integre la orientación individual o de grupo para los factores de riesgo psicosociales y que ayude a hacer frente al estrés y la enfermedad (Navarro et al., 2010)

En cuanto a las características personales, cabe señalar que las características individuales y de personalidad como la sensatez y la coherencia, las expectativas de autoeficacia (es decir, los recursos y los puntos fuertes que posee el individuo que despliega como respuesta a las

exigencias de la vida), el optimismo, la autoestima y la resistencia o capacidad de soportar, además del apoyo de los cónyuges, la familia y los profesionales sanitarios, son importantes para percibir una mejor calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedades cardiovasculares (Johansson et al., 2006). Los estilos de afrontamiento positivos y el optimismo se han relacionado con la calidad de vida del mismo modo (Daly et al., 2000).

Tener control sobre estos aspectos contribuye a favorecer la adaptación a la enfermedad y una mejor adherencia al tratamiento farmacológico o de programas de prevención secundaria. Por ello, es importante identificar dichos aspectos y así adaptar las intervenciones en el seguimiento a los pacientes. En este sentido, los profesionales de la salud también son un recurso importante para ayudar a los pacientes en su adaptación a los cambios, adaptándolos a sus particularidades.

Para conseguir cambios en los pacientes y ganar su confianza, es preciso mejorar la comunicación y la información. En el hombre existe una necesidad innata de comunicación con otros hombres sobre lo que piensa y siente, para cubrir sus necesidades mantener su salud y sobrevivir. Ambos conceptos son complejos y se interrelacionan de mil formas (Calvo, 2006). Conviene tener en cuenta que los factores socioeconómicos, la edad y el sexo como hemos visto, influyen en la comprensión del riesgo y de la información recibida, en la autoeficacia frente a la enfermedad y en la adopción del estilo de vida saludable y por ello hay que considerar dichos factores al brindar información (Murie, 2006).

En nuestro trabajo, algunos pacientes explicaban sentirse conformes “con lo que sabían y con la información recibida” aunque en su comportamiento se observara un conocimiento precario de temas básicos. Probablemente, una información deficitaria o nula en estratos sociales muy bajos origina un conformismo por desconocimiento, y dicho desconocimiento, a su vez, ocasiona pobres cuidados en salud. Según ciertas publicaciones los pacientes y sus familiares referían no tener información adecuada y que los profesionales sanitarios les proporcionaron poco o ningún apoyo (Sjostrom & Fridlund, 2007). Cuando la información se imparte, se hace de manera

estandarizada, y tras el alta los pacientes se sienten solos respecto a los profesionales sanitarios a quienes puedan consultar aparte de su médico de cabecera. Podría ser competencia de las enfermeras cubrir dicha parcela para lo que hay la situación actual requiere ser evaluada con urgencia (Hanssen et al., 2005).

Que la información llegue a ciertos estratos sociales es complicado. En ese sentido los medios de comunicación social, que actúan como vehículos de comunicación de la información y de conocimientos sobre temas de salud y enfermedad, pueden ser de gran utilidad. Por medio de ellos, la información y el conocimiento sobre dichos temas han podido llegar a un público masivo. Contribuyen así a divulgar y generalizar información y conocimientos involucrando a sectores marginados, pues la información para todos evita la primera forma de marginación que es el alejamiento de los problemas y del saber, por falta de conocimiento de la realidad. Esta divulgación en medios y personas favorece que se amplíe el universo mental del individuo y se inicie la comprensión de ciertos temas relajando a su vez barreras, por creencias culturales y posturas reacias en torno a la salud y a la enfermedad. Todo ello abre nuevas expectativas y permite que la sociedad avance impulsando mayor confianza en personas a los que su condición desfavorecida socialmente dificulta el acceso a determinados recursos (Calvo, 2006). No obstante, es prudente utilizar los medios masivos de comunicación de forma racional y con intervenciones que hayan mostrado ser coste-efectivas, teniendo en cuenta que en ocasiones los medios masivos de comunicación pueden promover un aumento de la utilización de los servicios sanitarios por generar dudas o estrés.

La inadecuada información conduce a menudo a la ansiedad, a la insatisfacción y al incumplimiento y por el contrario una información adecuada hace que el paciente se sienta más satisfecho, más involucrado y se encuentren mejores resultados en su salud.

En un estudio cualitativo en el que se pretendía conocer la satisfacción con la información recibida por parte de los pacientes, se concluyó que esta información solía llegar demasiado pronto cuando aún no hay condiciones para asimilarla o llegaba a destiempo, y no solía cubrir las necesidades de

información. Estimaban que era importante informar con documentos escritos bien estructurados y atractivos, y usar distintos medios como papel, vía electrónica, CDs, videos. El lenguaje a utilizar debía ser claro, sin tecnicismos, y se debía tener en cuenta que el estilo de comunicación fuera asertivo, cuidar el tono y la forma de transmitir la información, el lugar por último debía ser adecuado y sin barreras (Murie, et al., 2006). Los pacientes después de un infarto se consideran indefensos, sin saber lo que pasa, por lo que reclaman su derecho a estar informados. Consideran que “se ha de brindar la información como las medicinas” ... “no hay que demandarla” ... “y no se debe dar cuando aún no se necesita ni se asimila porque a veces es excesiva, o por el momento en el que se da, innecesaria”. Es preciso que la información sea conjunta incluyendo a la familia. Las necesidades emocionales postinfarto por ejemplo pueden ser muy bien atendidas por sus familias sobre todo los cónyuges que juegan un papel crucial en la adaptación emocional y cognitiva, en la autoestima y el compromiso con seguir las pautas para la reducción de los comportamientos de riesgo (Murie, 2006).

Involucrar a los pacientes en sus cuidados y en la autogestión de su salud mejora la satisfacción y la calidad así como la salud del paciente. Para ello es necesario que el paciente sea capaz de tomar decisiones, resolver problemas y de actuar, haciendo uso de los recursos disponibles (Murie, 2006). En una revisión sistemática sobre estudios que analizan las necesidades de información de los pacientes postinfarto de miocardio y sus familias (Scott & Thompson, 2003) se observó que las necesidades de información eran proporcionales al grado de dependencia del paciente. La información más frecuentemente solicitada era la relacionada con los factores de riesgo, seguida de la información sobre el corazón y su anatomía y fisiología, después sobre la medicación y la actividad física. En un nivel menor, pero aún importante, demandaban información sobre dieta y aspectos psicológicos.

Se espera que la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes que acaban de sufrir un infarto de miocardio siga acortándose. Consecuentemente, hay una necesidad constante para que se desarrollen y adapten los servicios dirigidos hacia los pacientes a las necesidades actuales de los pacientes en vez de las percepciones de los profesionales sanitarios

sobre las necesidades de los pacientes (Hanssen et al., 2005).

En los pacientes que hemos estudiado, en muchos casos como se ha expuesto la información ha sido inadecuada o inexistente, pero debemos considerar aspectos que a menudo influyen en que la información y la educación cumplan su objetivo y lleguen a su destino.

Varios son los obstáculos respecto a la impartición de información y educación a los pacientes: los relacionados con la persona que tiene que asimilar dicha información, con el profesional como instructor, con el proceso educativo y con el sistema de salud (Hanssen et al., 2005). Respecto a los obstáculos relacionados con la persona que tiene que asimilar la información, cabe señalar que en el aprendizaje de dicha información influye la falta de disposición y motivación y los obstáculos físicos y emocionales de los pacientes. Las inseguridades del paciente que conoce sus limitaciones de energía y su reducida movilidad frente al profesional que usa un lenguaje técnico y marca unas distancias, son los obstáculos físicos para la asimilación de la información nueva, igual que las barreras emocionales así como la negación y la ansiedad. Aunque la negación suele ser una forma adaptativa de afrontar la fase aguda del infarto de miocardio, es difícil entender y asimilar la información repartida durante esta fase cuando el paciente utiliza la negación como estrategia para aguantar su situación. Más preocupante es la negación en fases posteriores, en las que no son normales. Por otra parte, las deficiencias de los profesionales de la salud como instructores pueden incluir una evaluación incorrecta del contenido a informar, inadecuados objetivos, comprensión correcta de lo que el paciente necesita, la sobrecarga de clientes, la falta de motivación con el rol laboral y económico. Son frecuentes las creencias entre los profesionales de que saben informar, cuando a menudo son instructores de nivel bajo o, como mucho, adecuado. A menudo el entorno usado no es el adecuado y el paciente desiste de preguntar o de hacer ciertas preguntas. Los pacientes llegan a sentirse absurdos formulando ciertas cuestiones, o regañados al preguntar ciertos temas con lo que se plantean “no molestar” a los profesionales. A veces el paciente no puede preguntar algo, hasta que no percibe que le falta información sobre el tema en cuestión. Los pacientes demandan la opción de llamar a un profesional

sanitario al ser dados de alta en el caso de que tuvieran preguntas. Especialmente, los pacientes de mayor edad consideran que es un canal de comunicación útil para recibir información y otro tipo de apoyo tras la vuelta a casa, justificado además por el miedo a hacer el ridículo con preguntas “tontas”, que fue un factor inhibitor a la hora de hacer preguntas en el hospital. Las investigaciones han demostrado que las líneas telefónicas abiertas, o incluso el contacto con el paciente por una llamada programada de antemano, es un servicio poco aprovechado por los pacientes una vez dados de alta. Prefieren además no tener que acudir a los centros de atención primaria a recibir información por resultarles incómodo tener que desplazarse y esperar turnos, tener preparadas las preguntas, cuando sólo necesitan saber acerca de algunos temas, por lo que insisten en las líneas telefónicas Hanssen et al. (2005).

De todo ello se deduce la necesidad de efectuar programas de instrucción bien estructurados a los educadores de las personas que van a recibir información relacionada con su salud (Hanssen et al. 2005; León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004).

Algunos participantes del estudio de Hanssen et al. (2005) indicaron que les fue útil asistir a los grupos para escuchar las experiencias de otros pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio, y sugirieron que un encuentro de grupo que reuniera a los pacientes que ya habían salido del hospital sería un componente útil en la estrategia de la intervención (Hanssen et al., 2005).

El papel que tiene la adecuada información al paciente sobre la percepción del riesgo real es elevado. Es fácil que el paciente haga juicios demasiados optimistas o relativice en exceso la información recibida, pero hay que estar atentos pues ello puede influir en comportamientos de riesgo (Murie, 2006).

Para León (2004) siguiendo el modelo de creencias sobre salud formulado inicialmente por Hochbaum (1958, citado en León, 2001, p. 63-65) si la susceptibilidad y gravedad del riesgo sobre el problema de salud son bajas, será necesario que la clave para la acción sea intensa, lo que parece estar ocurriendo en nuestros pacientes, por lo que precisarían una intensa clave que promoviera en ellos la puesta en acción. Añadimos a ello, el hecho de

que los factores culturales y de la personalidad de los pacientes pueden actuar como factores modificadores, dificultando la acción y con ello, el cambio requerido en la conducta de salud.

En nuestra investigación, hemos encontrado grandes similitudes y algunas diferencias con diversos autores que estudiaban temas similares al nuestro. En la literatura científica se encuentran revisiones sistemáticas y otros estudios bien diseñados que han analizado cuáles son las intervenciones más eficaces para aplicar a sus pacientes con problemas coronarios. En el siguiente apartado se presenta una selección de las intervenciones y actividades recogidas en dichos estudios, que son de gran interés para el objetivo del presente trabajo y que forman parte de las sugerencias y propuestas intervención con los pacientes para conseguir que mejoren que se presentan a continuación.

5.7. Limitaciones y fortalezas del estudio

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentran las que se asocian a los estudios de seguimiento de una cohorte. Entre ellas citamos las dificultades de ejecución de este tipo de trabajos por los períodos prolongados durante los que son seguidos los pacientes, y los mayores costos.

Respecto a dichas limitaciones, podemos decir que han sido controladas por varios motivos. Por un lado, por la alta implicación personal de la investigadora en el tema por indagar desde una perspectiva enfermera, en temas de bienestar y calidad de vida de personas después de un infarto, dado la escasez de estudios existentes sobre ello. Por otro lado, esta investigación ha sido subvencionada por una beca de investigación del Instituto de Salud Carlos III, Fondo de Investigación Sanitaria dependiente del Ministerio de Salud y consumo, lo que ha reducido en cierto modo la dificultad de la ejecución y el seguimiento, al paliar los costes económicos de los desplazamientos a los domicilios de los pacientes, y poder contratar apoyo administrativo y personal para hacer transcripciones de cuestionarios y entrevistas.

Otra de las limitaciones presente en la mayoría de este tipo de estudios, son las pérdidas de pacientes de la cohorte por cambio de domicilio, abandono, o por la mortalidad experimental, que podrían provocar un tamaño muestral muy ajustado para obtener resultados fiables. Pero esta limitación se consideró y controló desde el principio. Para lo cual se decidió profundizar en la experiencia de los pacientes mediante el análisis cualitativo y ello ha permitido no solo enriquecer las conclusiones, sino además respaldar los hallazgos en subgrupos pequeños, como en los análisis de género, o según el tipo de convivencia de los pacientes. Por otro lado, las pérdidas por abandono o declinación de la colaboración en el seguimiento han sido mínimas, dado que hemos encontrado un alto índice de cooperación en la muestra del presente trabajo.

Consideramos al inicio del estudio que otro aspecto que fortalecería los resultados era el hecho de que nuestra muestra era representativa del universo del que proceden. Nuestros 108 pacientes presentaban un perfil sociodemográfico coincidente con el dibujado para esta enfermedad en otros estudios nacionales y de nuestra comunidad como se ha expuesto en el trabajo. Además el tamaño inicial de nuestra muestra es coherente con el de otros estudios efectuados sobre calidad de vida o sobre intervenciones para mejorar la calidad de vida de pacientes postinfarto y era importante mantener la presente línea de investigación en marcha para extraer conclusiones válidas, y de utilidad en nuestro medio y en contextos similares al nuestro.

- Entre las fortalezas del estudio, destacamos las siguientes:

Es el único estudio realizado en la provincia de Huelva sobre la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio y de las variables que inciden en la mejora de la misma. En efecto, a pesar de la influencia que ejerce la calidad de vida en el proceso de recuperación del paciente que ha sufrido un infarto de miocardio, son escasos los estudios realizados en Andalucía sobre la calidad de vida en pacientes postinfarto y, en concreto, son inexistentes en la provincia de Huelva. Se trata, por tanto, de un tema que no está suficientemente investigado en nuestro entorno más próximo y los resultados hallados tienen una enorme importancia y originalidad.

Se trata de un estudio longitudinal realizado en tres fases temporales, que ha aportado resultados de gran interés sobre la evolución de la calidad de vida de los pacientes postinfarto desde los seis meses del episodio coronario hasta transcurridos siete años y medio después del mismo.

Se ha profundizado en las vivencias y necesidades de los pacientes postinfarto utilizando una metodología cualitativa. Mientras que la mayoría de los estudios existentes en la literatura científica que tienen por objeto analizar la calidad de vida de los pacientes postinfarto utilizan una metodología cuantitativa, en esta investigación se ha utilizado ambas metodologías. Además, son aún más escasos los estudios de carácter cualitativo que hayan analizado mediante entrevistas en profundidad mantenidas personalmente con los pacientes, las percepciones y vivencias de ellos mismos después de un infarto, así como sus problemas, experiencias y necesidades de salud percibidas desde que sufrieron el infarto. Con la mencionada beca obtenida, se pudieron también contrastar los resultados de la parte cualitativa del estudio, ya que la muestra entrevistada había sufrido el infarto hacía 7 años, y temíamos que los resultados obtenidos pudieran ser muy distintos de las personas que habían tenido un infarto reciente. Por ello se efectuó un grupo de discusión con hombres y mujeres que habían sufrido un infarto un año antes de las entrevistas (julio 2008 a julio 2009) y los hallazgos han sido los mismos del estudio cualitativo efectuado a la muestra original, a excepción de uno: encontramos en pacientes de larga evolución un problema de baja autoestima crónica. Sin embargo en los pacientes del infarto reciente, la baja autoestima era situacional. Consideramos que dichos hallazgos añaden fortaleza al estudio.

La utilización de ambas metodologías ha enriquecido las conclusiones y ha respaldado los hallazgos obtenidos utilizando una y otra metodología.

Por todo ello, estimamos que era necesario efectuar este estudio. Los resultados obtenidos lo han confirmado al ser de gran riqueza e interés, además de novedosos, ya que, como se ha comentado, es el único estudio realizado en la provincia de Huelva sobre la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un infarto y de las variables que inciden en la mejora de la misma.

VI. CONCLUSIONES

6. Conclusiones

6.1. Conclusiones

En el presente estudio se ha explorado la evolución de la calidad de vida de una cohorte de pacientes postinfarto de miocardio seguida desde los seis meses del episodio coronario hasta transcurridos entre 7 años-7,5 años después del mismo. Además, se ha evaluado el nivel de apoyo social percibido y las expectativas de autoeficacia de estos pacientes, así como la influencia que estas variables psicosociales y determinados factores sociodemográficos ejercen sobre su calidad de vida tras el infarto. Asimismo, se ha profundizado a través de entrevistas personales con los pacientes en las vivencias y experiencias de los mismos respecto a su enfermedad, así como en sus problemas y necesidades derivadas de ésta. Por tanto, se han alcanzado los objetivos que fueron planteados al iniciar la presente investigación.

A continuación se exponen las conclusiones consideradas de mayor interés:

1. El perfil sociodemográfico de los pacientes participantes en el estudio se concreta en que son, en su mayoría, hombres, menores de 65 años y procedentes del medio rural. Casi todos están jubilados o pensionados, tienen estudios elementales, perciben un nivel de ingresos en su domicilio menor de 9000 € euros/año, y conviven en pareja y con sus hijos.
2. La calidad de vida de los pacientes se presentó ligeramente mejor a los 7 años-7,5 años del infarto (Fase III) que a los 6-12 meses del mismo (Fase I), y aunque a lo largo de todo el estudio la afectación de la calidad de vida ha sido moderada para la mayoría de pacientes, tampoco mejoró al cabo de 7 años del infarto. Por tanto la calidad de vida de los pacientes es mejorable. Los pacientes muestran un empeoramiento a lo largo del tiempo en las áreas de calidad de vida relacionadas con la salud física y aspectos emocionales, y de manera relevante en el entretenimiento y la ocupación laboral. Los pacientes han reducido el número de salidas fuera de casa, las distancias que caminaban y su actividad sexual. El tipo de

trabajo desarrollado es más liviano o ligero que el que desarrollaban, desean no trabajar más, tienen una mayor dedicación a pasatiempos en vez de a actividades físicas y reaccionan con mayor nerviosismo o inquietud que antes del infarto.

3. Los hombres presentan una peor calidad de vida que a las mujeres, y acusaron el descenso de la actividad sexual por el problema coronario más que ellas. Sin embargo, los hombres se estabilizaron y mejoraron discretamente a lo largo del tiempo, al contrario que las mujeres. En ambos grupos las áreas más afectadas fueron Relaciones sociales, y Tiempo de ocio y trabajo. Los menores de 65 años en las dos primeras fases del estudio mostraron peor calidad de vida y peor estado de salud física, emocional, y de sus relaciones. En la última fase del estudio los mayores de 65 años empeoran en general en todo. En ambos grupos, fue relevante la reducción de actividad sexual, y el Tiempo de ocio y trabajo empeoró progresivamente a lo largo del seguimiento. Los pacientes que estaban incorporados al trabajo mejoraron su calidad de vida a lo largo del tiempo, y por el contrario quienes estaban retirados del trabajo, fueron empeorando y presentaban finalmente un importante deterioro en su calidad de vida.
4. Entre los pacientes menores de 65 años, es decir en edad de trabajar, a los 6-12 meses del infarto un 45% no estaba incorporado al trabajo. Dicha cifra se elevó a los 2 años-2,5 años del infarto hasta un 75%, y se redujo de nuevo hasta un 68,75% en la medición a los 7 años-7,5 años del infarto.
5. Encontramos cifras de absentismo laboral alarmantes. Los pacientes en edad de trabajar (menores de 65 años) que estaban retirados del trabajo presentaron al final del estudio peor calidad de vida y todas las áreas más afectadas que los menores de 65 años que seguían trabajando. Especialmente relevante era la afectación de las áreas de descanso y sueño, relaciones sociales, y emocional. Se encontraban nerviosos, con miedo a la muerte, se sentían una carga en la familia, tenían menos relaciones con otras personas, preferían estar solos, descansando y

deseaban otro trabajo. Se podría inferir que la inactividad laboral empeora las relaciones, el aspecto emocional, y el descanso, o quizás la causa de la inactividad laboral fuera la alteración del estado emocional. El área de calidad de vida Tiempo de ocio y trabajo fue empeorando progresivamente hasta la última fase del estudio en quienes no trabajaban. Ello podría indicar que los pacientes desearían estar trabajando.

6. Hemos deducido que si en menores de 65 años la cifra de absentismo al final del estudio era de 68,75%, la causa no era que los pacientes se encontraran enfermos o limitados para no poder reincorporarse al trabajo puesto que los pacientes retirados del trabajo se encontraban mejor a los 7 años-7,5 años del infarto que en fases anteriores en aspectos tales como la salud física, el sueño y descanso, y la movilidad. Por tanto la causa no parece derivarse de la enfermedad y sus consecuencias. Los pacientes presentaban alteraciones emocionales, problemas de rol personal, social, y laboral. La inactividad laboral propicia estados emocionales bajos, baja autoestima y problemas de rol y ello a su vez puede generar apatía, falta de motivación y aislamiento. Por lo que sería aconsejable evaluar la adecuación profesional de los pacientes después de un infarto.
7. La calidad de vida y las áreas de calidad de vida eran peor percibidas en pacientes con rentas menores de 9000 €/año, y en los pacientes que vivían en un pueblo. Al finalizar el estudio se encontró que quienes no convivían con pareja presentaban peor puntuación de la calidad de vida y mayor número de áreas afectadas que quienes convivían con pareja.
8. Los pacientes del estudio disponen de adecuado apoyo social funcional, apoyo social confidencial, y apoyo social afectivo, siendo el apoyo social afectivo disponible el que más alto puntuó de los tres. El peor apoyo social tanto funcional, como afectivo, y confidencial, se observó en hombres, mayores de 65 años, retirados del trabajo, con ingresos menores de 9000 €/año. El apoyo social funcional y el apoyo social confidencial era menor para quienes tenían estudios elementales, y para quienes vivían sin

pareja. En quienes convivían sin pareja el apoyo social afectivo era mejor. El apoyo social disponible es menor para los que residen en la ciudad respecto a quienes viven en el medio rural. El apoyo social influye de manera importante sobre la calidad de vida y sobre las áreas de calidad de vida de relaciones, comunicación, y ocio y trabajo. El apoyo social confidencial influye en la calidad de vida e implica mejor estado emocional, mejores relaciones sociales, mayor satisfacción con el tiempo de ocio y trabajo, y con la calidad de vida. El apoyo social afectivo mejora la calidad de vida, la Salud física, y la Comunicación de los pacientes. Todo ello pone de manifiesto la gran influencia que sobre la percepción de la calidad de vida tiene el apoyo social disponible de las personas.

9. Las expectativas de autoeficacia percibidas por los pacientes del estudio eran altas. Peores expectativas de autoeficacia se hallaron en hombres, mayores de 65 años, retirados del trabajo, con estudios elementales, con ingresos económicos por debajo de 9000 €/año, y residentes en la ciudad. Entre las personas en edad de estar trabajando (menores de 65 años) los que estaban retirados mostraron peor autoeficacia. Convivir en pareja mejora las expectativas de autoeficacia, y de igual modo cuando aumenta el apoyo social afectivo y el apoyo social confidencial, mejora dicha autoeficacia. Por otro lado, las expectativas de autoeficacia influyen en la calidad de vida y en la totalidad de las áreas de calidad de vida, de manera que cuanto mayores expectativas de autoeficacia se posean, se observan mejoras importantes en el Comportamiento emocional, los Proyectos de futuro, las Relaciones sociales, la Comunicación, el Tiempo de ocio y trabajo, y la calidad de vida de los pacientes. Llegando a mejorar algunas de las áreas expuestas hasta un 50% más, dato que nos parece verdaderamente revelador en este estudio.
10. Para los pacientes, las vivencias con la enfermedad se han manifestado como cambios familiares, personales, laborales, y sociales tanto en aspectos físicos como emocionales y del entorno. El abordaje cualitativo en este estudio ha permitido encontrar que los problemas de los pacientes por orden de importancia, eran de conocimiento, de actividad- reposo y ejercicio, de desempeño de roles y relaciones, de promoción y cuidados

para la salud, de sexualidad, de afrontamiento y resistencia ante el estrés, y de autopercepción personal.

11. Los pacientes afrontan la nueva vida modificando sus vidas pero según su criterio por desconocimiento y por sentirse desatendidos, y por ello sienten ansiedad, miedo, y desconfianza. La irrupción y los cambios bruscos que provoca la enfermedad conlleva un fuerte impacto emocional, a menudo no resuelto con el paso del tiempo, lo que provoca estrés, nerviosismo, ansiedad, sentimiento de impotencia a causa de las dudas y los cambios que deben adaptar a su vida.
12. La sintomatología física y el malestar hallados en ciertos pacientes después del infarto, condicionaba su vida normal y dicho estado se ha relacionado con la medicación, con los esfuerzos y el ejercicio, la movilidad, la sexualidad, la dieta. Ello puede mejorar con reajustes de medicación, con ejercicios y actividad física programada, con información y cambios de hábitos.
13. El Conocimiento deficiente se relaciona con problemas de actividad, de sedentarismo, de desempeño del rol y de interacción social, de manejo inefectivo del régimen terapéutico, de sexualidad, de afrontamiento y de autopercepción. En ocasiones el desconocimiento era tan rotundo, que los pacientes ignoraban que pudieran obtener más información sobre ciertos temas o estar mejor, y argumentaban que estaban bien informados y que no necesitaban saber más. Los pacientes recibían una información tan deficiente y a destiempo, que no la asimilaban, y por ello esperaban impacientes las citas con el cardiólogo. La información no cubría sus necesidades por no ajustarse a sus valores culturales, a sus prioridades o sus posibilidades socioeconómicas, laborales, de género, y de edad. Los pacientes refieren no haber obtenido en ninguna ocasión una información específica para temas como la actividad o la sexualidad que estuviera pautada o en programas. La información solía ser generalizada, trataba sobre tabaco y dieta, y era muy técnica y escasa sobre el control de la enfermedad. En ocasiones los profesionales rechazaban informar sobre algunos temas como el sexual, llegándose a identificar como un tabú.

14. Una vez dados de alta, los pacientes demandan gran cantidad de atención la mayoría de las veces sin que su enfermedad o su estado lo justifiquen, sino causada por la falta de información, por percibir escasez de seguimiento, demoras en las citas, o desconexión entre atención especializada y primaria que provoca en ellos temores e inseguridad. Ello genera en ellos insatisfacción y quejas. La frustración con las demoras en las citas se transforma en resignación con el tiempo. Se halló un alto nivel de incumplimiento de las recomendaciones y tratamiento asociando a ello conductas de riesgo y exceso de confianza. El desconocimiento y los valores y creencias guardan relación con ello.
15. Los pacientes reclaman asociaciones o grupos de personas con enfermedades similares donde realizar actividades de ocio, formativas, ejercicio, etc. Reclaman también atención de psiquiatras o psicólogos. Los pacientes reducen sus salidas de ocio o con los amigos, no trabajan habitualmente, tienen problemas en sus relaciones sexuales, se sienten más dependientes de sus familias que antes, y su rol personal se afecta. El mayor aislamiento y los cambios en los roles implica en los pacientes sentimientos de inutilidad, y de falta de sentido en la vida. Se detectan niveles de afectación variable de su autoestima.
16. Los pacientes tienen un gran desconocimiento general y específico sobre temas relacionados con su enfermedad y sus autocuidados a pesar de que hayan sido informados. Se observa en ellos múltiples alteraciones emocionales después de los 7 años del infarto. La reducción en la actividad sexual, y en el ocio y entretenimiento han sido otros problemas constantemente referidos por los pacientes. Todos esos aspectos son mejorables y en muchos casos, unos dependen de los otros.
17. Los pacientes no han sido incluidos en programas de seguimiento, de educación o de información después del infarto, por lo que poder participar en ellos evitaría ciertos problemas que se mantienen en el tiempo, y de manera indirecta se conseguiría mejorar la calidad de vida. Es preciso diferenciar los cuidados a los pacientes postinfarto de miocardio según el sexo, la edad, la ocupación laboral, el nivel de

estudios, de ingresos, el lugar de residencia, y el tipo de convivencia. Pues según dichos aspectos las diferencias son marcadas.

18. Es necesario realizar intervenciones al paciente y su familia desde la estancia hospitalaria, y continuar de manera coordinada con atención primaria. Para ello es útil realizar una valoración integral de las necesidades en función del entorno, las preferencias y los recursos de pacientes y familias. Las intervenciones y programas dirigidos al paciente y su familia, deben partir de las Recomendaciones efectuadas por Sociedades y Grupos de expertos, y de las Guías de Práctica Clínica disponibles. Se pueden seleccionar intervenciones sencillas, complejas, individuales o inmersas en programas multidisciplinarios, en función de los recursos disponibles y los objetivos a alcanzar. La diversidad de intervenciones recogidas en la literatura científica que han mostrado ser eficaces facilita la puesta en marcha de actuaciones para ayudar a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes después de un infarto de miocardio.

VII. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN Y LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

7. Propuestas de intervención y líneas futuras de investigación.

7.1. Programas e intervenciones con implicaciones para la práctica

La eficacia de los programas de rehabilitación cardíaca en los problemas físicos, emocionales y de relaciones sociales son indiscutibles. Benefician tanto en aspectos personales del paciente como en la mejora de la autoestima, del apoyo social, facilitando la vuelta al trabajo e incidiendo por tanto en su bienestar y en su calidad de vida, además los capacita para hacer frente y controlar su enfermedad, y para reducir la morbimortalidad.

Pero el acceso a los programas de rehabilitación cardíaca está limitado por la escasez de servicios de rehabilitación cardíaca disponible desde la asistencia pública debido a temas políticos y económicos. Por otro lado, recientemente diversas publicaciones muestran las discrepancias entre profesionales sobre el costo-efectividad de dichos programas frente a otros programas de prevención secundaria. Ya sea en unos u otros programas, los pacientes deben recibir asesoramiento y un seguimiento más estrecho que les permita obtener mejores condiciones de vida.

Los pacientes con infarto de miocardio presentan afectaciones del estado de salud, del emocional, de la movilidad, y del ocio y trabajo. La correlación entre todas las áreas implica que la salud mental puede influir sobre la física, o la social sobre la laboral, etc. Por ello entendemos que si los pacientes mejoran su movilidad mejorarán su salud y las relaciones sociales, saldrán más y se sentirán mejor y más animados, con más vitalidad y más capacidad para mantener relaciones sexuales satisfactorias y sin temor, y con capacidad para recuperar su vida cotidiana y para volver al trabajo. Todo ello les hará sentir que tienen control sobre sus propias vidas, mayor capacidad para afrontar y decidir, con lo que ciertas alteraciones psicológicas quizás desaparezcan. Así será posible que perciban que su calidad de vida es mejor. Pero ¿por dónde empezar?

Empezaremos seleccionando programas e intervenciones que nos puedan ser útiles. Entre ellos cabe destacar los siguientes:

7.1.1 Intervenciones para el control de los factores de riesgo

Son numerosas las intervenciones de educación, apoyo, asesoramiento conductual para aspectos físicos y psicológicos, reuniones de grupo, y ejercicio físico, para modificar los estilos de vida, lo que a su vez mejora el estado funcional del paciente y por tanto logra mejorar la percepción de calidad de vida y el bienestar de los pacientes (Plaza et al., 2007). En un estudio efectuado por Plaza et al. (2007) se realizó un programa de prevención secundaria para el control de los factores de riesgo de 2-3 meses de duración. Se trataba de seguir un protocolo en el que el cardiólogo iniciaba el programa en la primera visita del paciente en la que se efectuaban los controles habituales y después se pautaba un programa de entrenamiento, si no había contraindicación y el tratamiento. Se facilitaron consejos sobre alimentación, tanto oral como escrita, y para evitar el estrés, y según hábito tabáquico, de consumo de alcohol u otros. A los fumadores se les dieron consejos e instrucciones sencillas en las consultas del cardiólogo, de la enfermera y del psicólogo, y en las reuniones de grupo. El cumplimiento terapéutico fue excelente. En caso de alteraciones psicológicas, se pidió hoja de consulta al psicólogo de la unidad. Si no había contraindicación para el ejercicio, el enfermo era remitido al médico rehabilitador de la unidad para la valoración. Se realizaban reuniones de grupo con todos los integrantes del equipo con enfermos y familiares una vez por semana y trataban sobre el estilo de vida saludable, el ejercicio, los hábitos nocivos, el estrés, etc. El ejercicio indicado era principalmente aeróbico en el gimnasio de la unidad, dirigido por una fisioterapeuta y bajo supervisión. La intensidad y la duración del entrenamiento fueron crecientes en el transcurso del programa. Al comenzar y finalizar las sesiones, la fisioterapeuta medía las constantes vitales. Según estos autores, en su estudio encontraron que el entrenamiento cardiovascular y la mejoría clínica y de los factores de riesgo cardiovascular produjeron un aumento de la eficiencia del trabajo cardiaco, con lo que aumentó la capacidad funcional un 26%. Al final del programa, el paciente

obtenía un informe con los resultados obtenidos, las recomendaciones dietéticas, el tratamiento farmacológico y la reincorporación socio laboral.

En una revisión sistemática de estudios que efectuaban intervenciones enfermeras para evaluar si mejoraban los resultados en pacientes con enfermedad coronaria, se valoró la eficacia de dichas intervenciones. La estrategia de intervención principal fue la educación, el asesoramiento conductual y el apoyo combinando los modos de intervención. En la mayoría de los estudios se demostró que las intervenciones enfermeras eran eficaces para la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular alcanzando los objetivos del control de la presión arterial, los lípidos, la actividad física, el tabaquismo, la dieta, la pérdida de peso, la utilización de la asistencia sanitaria, la mortalidad, la calidad de vida y los resultados psicosociales. No obstante, recomiendan ampliar los estudios para establecer la duración, tipo, frecuencia y estrategia más adecuada para dichas intervenciones y realizar un análisis costo-efectividad y establecer un consenso respecto a las medidas de resultado a utilizar más efectivas (Allen & Dennison, 2010).

Moreno et al. (2011) realizaron el estudio MIRVAS que constaba de una intervención multifactorial sobre los factores de riesgo como prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular demostrando su eficiencia. Dicha intervención se efectuaba por enfermeras y médicos en visitas a los 2, 5, 12, 24 y 36 meses tras el alta, y en cada visita se realizó una intervención enfermera que constaba de educación sanitaria, modificación de estilo de vida, evaluación de la adherencia al tratamiento y una evaluación médica que constaba de evaluación clínica y modificación del tratamiento. Los resultados fueron excelentes, ya que se logró a los 36 meses, una mejoría en la alimentación y actividad y ejercicio, control de hipercolesterolemia y de hiperglucemia en el grupo de la intervención respecto al grupo control con el que se comparaba, y ello redujo el riesgo de mortalidad. Concluyen que un control integral e intensivo de factores de riesgo cardiovascular a los tres años, consigue reducir el riesgo absoluto de morbilidad cardiovascular en un 28,5% y el de mortalidad total en un 11,9%. Esta reducción de mortalidad cardiovascular se debe a una mayor adecuación de los tratamientos a las guías internacionales y, como consecuencia, un mejor control de los factores

de riesgo cardiovasculares. Todo ello pone de manifiesto que la asistencia y manejo habitual a los pacientes con riesgo o enfermedad cardiovascular es deficitaria.

7.1.2. Programas de RC: ejercicio e intervenciones psicosociales y educativas

Como ha quedado expuesto en la primera parte de este trabajo, en la última década se han publicado diferentes revisiones sistemáticas y meta-análisis en los que se evaluaba la eficacia de someter a los pacientes con problemas coronarios a rehabilitación cardíaca con ejercicios e intervenciones psicosociales y educativas, frente a la rehabilitación cardíaca basada sólo en ejercicios llegando a conclusiones similares y aparentando ser el ejercicio, más beneficioso que otras intervenciones en la mejora de la calidad de vida o la reducción de la mortalidad (Clark et al., 2005; Heran et al., 2011; Jolliffe et al., 2001; Rees et al., 2004; Taylor et al., 2010). En un metaanálisis realizado sobre 37 ensayos clínicos, Dusseldorp et al. (1999) examinan los efectos de programas de rehabilitación cardíaca de intervención psicoeducacional (educación para la salud y manejo del stress) a pacientes coronarios. Parten de la hipótesis de que dichas intervenciones dentro de los programas consiguen controlar ciertas alteraciones emocionales, factores de riesgo coronario (tensión arterial, colesterol, obesidad) y cambiar conductas inadecuadas (fumar, sedentarismo, hábito dietético). Añaden que al parecer, dichos cambios son más fáciles de conseguir y eficaces con intervenciones psicoeducativas que con una rehabilitación cardíaca basada en ejercicio físico, y que se reducen las repeticiones de eventos cardíacos y por tanto las complicaciones y la mortalidad. Por su parte, en una revisión sistemática publicada por el NHS Centre for Reviews and Dissemination (University of York, 1998) se aconseja combinar el ejercicio, las intervenciones psicológicas y las educativas, y las intervenciones de consejo a los pacientes en rehabilitación cardíaca para obtener mayores beneficios.

Posteriormente Jolliffe et al. (2008) actualizaron su revisión y concluyeron que aunque con poca diferencia la rehabilitación basada en el ejercicio parece ser efectiva en la reducción de muertes por causas cardíacas y en mejorar la

calidad de vida de las personas, e indicaron que el ejercicio solo no es tan eficaz como cuando se combina con medidas de rehabilitación integral, aunque era preciso seguir profundizando en dicho aspecto.

Como se ha expuesto, una amplísima revisión sistemática muy reciente sobre 47 estudios efectuada por Heran et al. (2011) ha evaluado la eficacia de la rehabilitación cardíaca basada en ejercicios y con intervenciones psicosociales y educativas frente a la mortalidad por cualquier causa y por infarto de miocardio, la morbilidad y los reingresos. Según los resultados, la rehabilitación cardíaca es eficaz en la reducción de la mortalidad total y cardiovascular a largo plazo y en la calidad de vida de los pacientes, pero no redujo el riesgo total de infartos.

Recientemente se ha publicado un estudio en el que se buscaba si existían beneficios en la rehabilitación cardíaca con ejercicios como en el caso de programas de prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares. Se encuentra, que las intervenciones con o sin ejercicio son efectivas para reducir el infarto de miocardio recurrente y por lo tanto reducir la mortalidad total (Jelinek, Clark, Oldridge, Briffa & Thompson, 2011).

7.1.3. Intervenciones para el estrés y las alteraciones emocionales

En la prevención de la enfermedad coronaria es importante considerar que el estrés es un factor de riesgo importante (Sjostrom & Fridlund, 2007).

En un estudio efectuado por Linden, Stossel & Maurice (1996) en el que combinaron ejercicio y formación para la reducción del estrés y de la angustia emocional, hallaron que se reducía la mortalidad y la morbilidad, la angustia psicológica y algunos factores de riesgo biológico.

Ciertas intervenciones para el control del estrés han mostrado reducciones en los niveles de ansiedad y depresión. Dichas intervenciones fueron combinadas con estrategias educativas y de ejercicio bien en la rehabilitación o en el contexto de otros programas de prevención secundaria que incluía intervenciones psicológicas. Las intervenciones de control del estrés incluían aprendizaje de la relajación, el uso de técnicas cognitivas como el entrenamiento de autoinstrucción y la prueba de provocación cognitiva, o la

consideración de estrategias específicas de afrontamiento para utilizar en los momentos de estrés (Rees, Bennett, West, Davey & Ebrahim, 2008). En un estudio similar efectuado con mujeres para controlar el estrés en el que se educaba para controlar los factores de riesgo, para el autocuidado, enseñar técnicas de relajación, para autocontrolar el estrés familiar y laboral y para afrontar la enfermedad, se halló un efecto protector del programa de intervención al reducir hasta tres veces el número de muertes en el grupo de la intervención (Orth et al., 2009). Se aconseja que los tratamientos y las terapias en casos de depresión y bajo apoyo social se efectúen de forma individual y no en grupo. En un estudio encontraron que al incluir pacientes a terapias en grupo, habiendo estado previamente en terapias individuales, se reducía la supervivencia aunque este hecho es preciso estudiarlo más a fondo (Saab et al., 2009)

En un ensayo clínico (Cossette et al., 2001) en el que las enfermeras efectuaban intervenciones psicosociales individualizadas a los pacientes después del infarto y evaluaban síntomas de depresión, ansiedad y disfunción social, se examinaban los resultados en relación a los cambios individuales a corto, medio y largo plazo en el estrés psicológico, incluyendo ansiedad, depresión, mortalidad y reingresos hospitalarios. La intervención comenzaba en el hospital para ambos grupos y se continuaba durante un año. La enfermera realizaba al menos dos visitas domiciliarias pero dependían en función de las necesidades del paciente, y efectuaba entre visitas contactos telefónicos con el paciente. Para planificar las intervenciones se exploraba sobre:

- la enfermedad: la condición física actual del paciente y sus percepciones desde que tuvo el infarto.
- el estado emocional: su estado de ánimo, la autoestima, la incertidumbre, ansiedad y depresión.
- el régimen terapéutico: el que seguía o lo que no entendió acerca de los medicamentos, los factores de riesgo, los niveles de actividad, y la dieta.
- la familia: cómo eran sus relaciones y reacciones con el cónyuge o pareja, con los niños, y otros miembros de la familia, los problemas o

preocupaciones sexuales.

- el trabajo: las cuestiones de empleo o no, los ingresos y los pagos, el trabajo doméstico, y la jubilación.
- otros factores de estrés en la vida del paciente.

En la primera visita, por lo general, se efectuaba formación sobre la enfermedad cardíaca o su tratamiento y se planificaba una segunda visita en algún momento durante el mes siguiente. Había un equipo de enfermeras y tres psiquiatras en el equipo y se planificaban las intervenciones para la siguiente visita según las necesidades detectadas. Se trabajaban las principales fuentes de estrés detectadas por medio de una combinación de apoyo emocional, reestructuración cognitiva, educación, y derivación a médicos de familia, cardiólogos, u otros recursos de salud en casos necesarios. Después de la segunda visita las intervenciones continuaron si era necesario hasta que la enfermera y el equipo del proyecto consideró que el paciente no necesitaba de contacto adicional y solo se realizaba un control mensual. Los pacientes que necesitan de la intervención continua al finalizar el proyecto fueron los menos, pero se derivaron a los servicios de atención primaria, médicos de familia o psiquiatras. Los pacientes en el grupo de tratamiento recibieron un promedio de 6 a 7 horas de atención de enfermería, con una media de cinco a seis visitas durante un período de 7 a 8 meses, aunque algunos pacientes sólo recibieron dos visitas. Otros que constituían sólo una cuarta parte del total del grupo de intervención, precisaron de 15 a 20 visitas a lo largo de un año. Las enfermeras siempre estuvieron disponibles entre las visitas al proporcionar un número de teléfono del proyecto. A los pacientes del grupo control no se le efectuaban las visitas ni se les proporcionaba seguimiento telefónico. Los resultados apoyan la hipótesis de que las intervenciones para reducir el malestar psicológico tienen la capacidad de mejorar el pronóstico (reingresos, muertes) y el estado psicológico (depresión y ansiedad) de los pacientes después de un infarto de miocardio (Cossette et al., 2001).

En una revisión Cochrane se evaluaban intervenciones psicológicas para la depresión en la insuficiencia cardíaca que incluía en programas educativos, de relajación o de ejercicios y tratamiento psicodinámico e interpersonal, y

otras intervenciones psicosociales como la terapia de apoyo y de asesoramiento no directiva y terapias de conversación. Encontraron los investigadores que las reducciones de los síntomas de depresión y las mejoras en la capacidad de realizar ejercicios podían ser el resultado de las intervenciones psicológicas, pero advierten que dichos estudios tenían bajo rigor metodológico, por lo que según los autores de dicha revisión sistemática, es preciso efectuar ensayos clínicos aleatorizados controlados de intervenciones psicológicas para la depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca para investigar el impacto de las mismas sobre la depresión, la calidad de vida, los factores de comportamiento de riesgo para la enfermedad coronaria, la morbilidad cardíaca, los costes y la mortalidad, dado el reducido número de tales ensayos en esta área (Lane et al., 2008).

7.1.4. Intervenciones para mejorar la sexualidad del paciente coronario

Otro tema preocupante para nuestros pacientes es el sexual. Ciertas intervenciones han mostrado ser eficaces en la mejora de las relaciones sexuales. La falta de información a nivel sexual por parte del personal sanitario incide negativamente en estos enfermos {{1855 Díaz, E. 2002}}. Entre los consejos que deben darse al paciente en el alta hospitalaria y a su pareja sobre el momento y modo de reanudar las actividades normales debe incluirse la sexualidad (Díaz, 2002). Debido a que se ha hallado que la información sobre estos temas es necesaria para los pacientes pero inadecuada o insuficiente, surge la necesidad de educación y asesoramiento adicional a los proveedores de información a pacientes postinfarto y sus familiares sobre la sexualidad y los problemas sexuales, para poder orientarlos adecuadamente y mejorar su bienestar (Maroto et al., 2008; Mosack & Steinke, 2009; Jaarsma et al., 2010; Steinke et al., 2009).

La ausencia o disminución de actividad sexual en una pareja con una relación personal armónica, suele ser consecuencia del miedo a las complicaciones o a la muerte durante el acto sexual, lo que se da en un porcentaje muy bajo. Sin embargo, los factores externos al coito (sentimientos de culpa, necesidad de quedar bien, efectuar el acto sexual después de ciertos alimentos o comidas copiosas) influyen de forma importante en dicha actividad sexual

(Díaz, 2002).

La disfunción sexual puede mejorar siguiendo una serie de pautas, independientemente de la edad y el sexo de los pacientes. Con el fin de disminuir la ansiedad y el miedo a la muerte durante el coito, es aconsejable hablar con la pareja antes del alta hospitalaria o en el momento de realizar el diagnóstico, y proporcionar mayor información a nivel individual y/o grupal con el fin de disminuir el estrés y conseguir un encuentro sexual satisfactorio y libre de temor. El personal de enfermería deberá orientar al paciente y a su pareja en la reanudación de la actividad sexual informándoles de la baja incidencia de complicaciones y el bajo coste energético del coito (Ames, 2004; Díaz, 2002).

En un primer momento se aconsejará al paciente que asuma un rol pasivo en las relaciones, evitando así la presión en la realización del acto y liberándole de culpas o fracasos. También se tratarán otros aspectos de riesgo que disminuyan la actividad sexual, como la medicación, consumo de tabaco o alcohol, etc. Se trata de lograr una Rehabilitación Cardíaca Integral (Ames, 2004). También se aconsejará sobre diversos aspectos como el tipo de habitación más adecuada, el momento idóneo y las posturas en que es más aconsejable realizar el acto sexual. En el caso de aparición de sintomatología durante la actividad sexual se les indicará la necesidad de solicitar ayuda médica especializada de la misma forma que si estos síntomas aparecieran de forma independiente a la actividad sexual. La mejora de la capacidad funcional del paciente es otro aspecto interesante. Se programarán ejercicios de mejora de la flexibilidad articular que aumentará su capacidad física, lo que redundará en una mejor práctica de la actividad sexual y una disminución en los trastornos psicológicos (Díaz, 2002).

Faltan estudios para profundizar en cuáles son las intervenciones específicas más adecuadas para estos pacientes. Es preciso discriminar cuál es la contribución sobre la calidad de vida de la ansiedad sexual y la depresión sexual en comparación con la ansiedad y depresión generalizada. En suma, la ansiedad es común tras un infarto de miocardio y la ansiedad elevada contribuye a peores resultados en el período de recuperación. Se ha

encontrado que la insatisfacción sexual y la edad contribuyen a ciertos niveles de ansiedad postinfarto, por lo que antes y después del alta de un paciente, la atención a dichos aspectos podría mejorar los resultados psicosociales (Mosack & Steinke, 2009; Jaarsma et al., 2010; Steinke et al., 2009). Es necesario detectar los trastornos de ansiedad, depresión e insatisfacción descritos y desarrollar intervenciones eficaces para reducir los niveles de ansiedad, ya que pueden influir positivamente en la relación sexual y ello, como hemos visto, al menos en el bienestar y en la calidad de vida.

7.1.5. Intervenciones para mejorar el rol ocupacional

Los pacientes inactivos laboralmente presentan alteraciones diversas después de un infarto que limitan su bienestar. Su calidad de vida es más baja que la de las personas que se reincorporan al trabajo. Los programas de rehabilitación cardíaca han mostrado ser eficaces favoreciendo la vuelta al trabajo. Sería importante discriminar si es la inactividad física la que altera el estado psicológico, si el estado psicológico incapacita para acudir al trabajo, o si ambos están condicionados por un trabajo inadecuado. El caso es que los costos de derivados del absentismo laboral son elevadísimos en nuestro país siendo un tema de suma preocupación para el estado español.

En vista de las diferencias de rol entre hombres y mujeres, las expectativas respecto al trabajo son diferentes. Quizás sea más fácil satisfacer a mujeres que a hombres puesto que las mujeres con mayor asiduidad combinan roles familiares y domésticos, con el trabajo fuera del hogar, por lo que para una mujer puede ser más fácil recuperar su rol personal y sentirse más satisfecha que un hombre, volviendo a cumplir con sus quehaceres y obligaciones domésticas y familiares, aunque ha quedado demostrado que la calidad de vida de las mujeres que trabajan fuera del hogar es mejor que la de quienes no tienen un trabajo fuera.

Otros aspectos influyentes en la vuelta al trabajo se repasan a continuación nuevamente. La categoría profesional influye en la rapidez con la que las personas se reincorporan al trabajo después de un infarto. Vuelven antes al trabajo quienes tienen mayor satisfacción con su puesto y se sienten realizados en él, que quienes tienen menor cualificación profesional o tienen

un trabajo físico. El nivel cultural se relaciona del mismo modo con la reincorporación laboral. Se reincorporan antes personas con mayor nivel cultural y de estudios que quienes tienen un menor nivel. Por último, estados depresivos o de limitaciones físicas y circunstancias estresantes en los trabajos condicionan la vuelta al trabajo.

Es habitual que tras un infarto sea necesario reubicar al paciente en otro puesto de trabajo, pero las posibilidades son muy escasas cuando la cualificación es baja.

Las pérdidas económicas a las que se ven sometidos los países a causa de las bajas laborales o incapacidades transitorias prolongadas, o bien las permanentes y las jubilaciones anticipadas son intolerables, insostenibles e innecesarias. Ello debería ser objetivo prioritario para políticos y autoridades sanitarias, máxime cuando ciertas intervenciones físicas y educativas en programas de rehabilitación cardíaca o fuera de ellos han mostrado efectos beneficiosos sobre la funcionalidad física y emocional de los pacientes y, por tanto, reparados para su reincorporación a actividad habitual.

7.1.6. Intervenciones para mejorar el rol personal

El rol personal se fortalece en la medida en la que las personas se sienten útiles y ocupadas y físicamente bien y activas, por lo que se podría considerar que la vuelta al trabajo beneficiaría a quienes –sin tener problemas emocionales- perciban alterado su rol personal. Otra forma de fortalecer la autoestima y la autoeficacia es fortaleciendo o ampliando la red de apoyo social, asistiendo a ciertas actividades sociales, mediante el asociacionismo y mediante la ayuda a iguales, sin olvidar la importancia del ejercicio físico para el bienestar y para sentirse autoeficaz. La pertenencia a asociaciones de pacientes coronarios, las visitas hospitalarias a otros pacientes como forma de apoyo a ellos y a sus familias, o la asistencia de apoyo con llamadas telefónicas podría dar sentido a muchos pacientes después de un infarto.

Un importante ensayo clínico demostró que el ejercicio y la educación para el manejo y reducción del estrés y de la angustia emocional mejora los marcadores de riesgo cardiovascular más que la atención médica habitual.

Efectuaban intervenciones de entrenamiento con ejercicios aeróbicos supervisados y, además, intervenciones para aprender a gestionar adecuadamente el estrés en los pacientes con cardiopatía isquémica estable (Blumenthal et al., 2005).

En la reducción de la angustia y de alteraciones emocionales a los pacientes puede ser eficaz que sientan que la enfermera les presta colaboración y apoyo emocional por medio de escucha y comprensión activa, consuelo y aliento y asesoramiento en temas variados (Cossette et al., 2002). Incluso el optimismo, un estilo de afrontamiento positivo y tener confianza en sí mismo es beneficioso en el postinfarto para resolver problemas emocionales y mejorar la evolución de la enfermedad. Estos hallazgos pueden ayudar a las enfermeras en los hospitales y la comunidad ayudar a los supervivientes de infarto agudo de miocardio para reforzarse internamente, prepararse y hacer frente eficazmente a las experiencias durante la convalecencia (Daly et al., 2000).

Por todo lo expuesto, hoy día más que cuestionar los beneficios de la rehabilitación cardíaca frente a otro tipo de programas, se pretende determinar qué tipo de intervenciones son más eficaces dentro de los mismos.

7.1.7. Intervenciones para el bienestar general de los pacientes.

El ejercicio y el entrenamiento para los músculos menores y la resistencia, concentrados en los músculos de piernas y brazos tienen un efecto positivo sobre la calidad de vida relacionada con la salud y sobre otras variables físicas, comparado incluso con el entrenamiento de los músculos mayores con la bicicleta. Uno de los mayores beneficios del ejercicio de los músculos de piernas y brazos es que no se sobrecarga la capacidad cardíaca más allá de sus límites entre otras ventajas halladas. Es fundamental no obstante que dicho ejercicio se efectúe de forma continuada para que se mantenga eficaz (Johansson et al., 2006).

Respecto al apoyo y la educación, se puede decir que son escasos los trabajos que estudian el efecto del apoyo y la educación sobre la calidad de

vida relacionada con la salud, a pesar de ser un tema central para la enfermería. Ciertas intervenciones educativas o de apoyo comprenden la enfermedad, los autocuidados, el control de síntomas y de factores de riesgo, del estrés, el apoyo telefónico, y la visita domiciliaria. En suma, se puede afirmar que el apoyo y la educación, cuando se comparan con los cuidados convencionales, mejoran la calidad de vida, reducen las admisiones hospitalarias y, quizás, no son más caros. Se ha considerado que algunos de los resultados logrados con las intervenciones podrían estar relacionados con la oportunidad de recibir un contacto social. No obstante, hacen falta muchos más estudios que examinen el efecto que tiene sobre los pacientes y su calidad de vida, la educación, el apoyo y la gestión del estrés que ofrecen los enfermeros (Johansson et al., 2006).

Hoy día, a partir de los diversos estudios publicados que comparan la rehabilitación cardíaca tradicional con otro tipo de intervenciones o con rehabilitación se abren nuevas perspectivas de cuidados.

Como ha quedado expuesto con anterioridad, la rehabilitación cardíaca caracterizada por programas multidisciplinarios, a largo plazo, que incluyen consejo dietético y prescripción de ejercicio junto con el tratamiento médico, es cara y no se ha demostrado de forma definitiva que sea más eficaz para reducir los criterios clínicos consistentes de valoración cuando se compara con el ejercicio solo. De todas formas, ayudar a los pacientes con enfermedad coronaria a conseguir un estilo de vida saludable "debería ser obligatorio" y una prioridad importante para los médicos y autoridades sanitarias. Existe una urgente necesidad de ofrecer programas de prevención secundaria a través de rehabilitación cardíaca para todos los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, y también a los que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad. O al menos, aunque la mayoría de los hospitales podría ofrecer servicios de prevención y rehabilitación, los programas de intervención coordinada rara vez se ofrecen (Kotseva et al., 2008; Kotseva, 2009; Kotseva & Wood, 2009; Wood et al., 2008).

Sinclair et al. (2005) según se ha expuesto, efectúan un ensayo clínico para valorar el efecto de la rehabilitación cardíaca domiciliaria y el apoyo

domiciliario en visitas a las 1-2 y 6-8 semanas después del alta hospitalaria. Era guiado por una enfermera que animaba a autocontrolar la enfermedad y su régimen de tratamiento, aprender autocuidados, y orientar sobre la reanudación de las actividades diarias, y acceder a servicios comunitarios. Eran pacientes mayores, y se halló que pudiera ser este tipo de tratamiento incluso más eficaz que el hospitalario que no es individualizado ni adaptado a mayores. Se logró mejor autocontrol de la enfermedad, mejora de la autoestima y la confianza, y reducción de los ingresos o al menos de la duración de los mismos (Hiltunen et al., 2005).

El estudio EUROACTION (Wood et al., 2008), coordinado por un equipo de enfermeras, multicéntrico (8 países europeos) multidisciplinar y ambulatorio, contaba con el apoyo de la pareja de pacientes con enfermedad coronaria, que eran individuos en alto riesgo de enfermedad cardiovascular y con otros familiares (3000). Se trataba de emprender cambios y mantenerlos, y los resultados han sido muy favorables al compararlos con pacientes y familiares con el tratamiento habitual. La adherencia fue mayor que a la de programas de RC. Se logró una disminución del número de fumadores, se redujo el consumo de grasas saturadas e incrementó la ingesta de frutas, verduras y pescado graso en pacientes coronarios. Los individuos en riesgo y los familiares mostraron un aumento significativo solamente en el consumo de frutas y verduras. Se alcanzaron también los objetivos de control de la presión arterial de forma significativa, tanto en coronarios como en sujetos en riesgo. Se redujo la cifra de colesterol en ambos grupos. Se incrementó la prescripción y adherencia a fármacos necesarios para la presión arterial y colesterol.

Este ejemplo de modelo de cuidados y prevención en personas con enfermedad cardiovascular o en riesgo de ella sigue un criterio muy actual en el que se considera que no debe haber la separación actual entre prevención primaria (en personas de alto riesgo) y prevención secundaria (personas con enfermedad cardiovascular), puede realizarse en la práctica diaria, conviviendo con los servicios de rehabilitación cardíaca, adaptados a las necesidades económicas y culturales de las zonas.

El debate se ha reactivado con la publicación de una revisión sistemática (Dalal et al., 2010; Taylor et al., 2010) en la que se comparaba el efecto de la rehabilitación cardíaca con base domiciliaria frente a la ofrecida en centros de rehabilitación cardíaca, estudiando la mortalidad y la morbilidad, la calidad de vida relacionada con la salud y los factores de riesgo cardiaco modificables en pacientes con enfermedad coronaria y se concluyó que las formas de rehabilitación cardíaca basadas en el hogar y en centros de rehabilitación cardíaca parecen ser igualmente eficaces en la mejora de los resultados clínicos y de salud relacionados con la calidad de vida en pacientes con bajo riesgo de otros eventos. Las personas que realizaron la rehabilitación cardíaca en el domicilio presentaron mayor adherencia. No hubo diferencia constante en los costes de la asistencia sanitaria de las dos formas de la RC. Aunque hay detractores de una rehabilitación cardíaca domiciliaria con ejercicio no supervisado, otros argumentan que es necesario entender que la rehabilitación cardíaca domiciliaria no significa que el paciente se va a casa con un DVD de consejos y es obvio pensar que el personal está perfectamente educado en formar y supervisar, pero mantiene que dar servicios de ejercicios no supervisados es igual que costoso que los servicios tradicionales. Teme que la rehabilitación cardíaca domiciliaria se vea como una panacea en casos de bajo presupuesto en vez de ser la alternativa para pacientes bien seleccionados y de bajo riesgo.

La evidencia existente de la prevención secundaria basada en el ejercicio físico sobre la morbilidad y mortalidad es indiscutible, pero hay que abrir la perspectivas a otros programas y otras intervenciones debido a que hoy día el papel de la rehabilitación cardíaca sobre la salud cardiovascular se encuentra sometido a una revisión por sociedades científicas y expertos, y mientras se alcanza consenso en ciertos aspectos que es preciso definir como son los componentes controvertidos de dicha rehabilitación cardíaca y los que no lo son respecto a en qué condiciones debe hacerse, la duración, frecuencia y tipo de intervenciones, y dado que en la prevención secundaria también otras intervenciones tienen una evidencia similar y en todo ello influyen criterios económicos (Dalal et al., 2010).

Estos hallazgos, junto con el hecho de ausencia de diferencia en los costes

de salud y la adherencia de los pacientes mayor en los domicilios a la rehabilitación cardíaca y a las recomendaciones, confirma la evidencia de la eficacia de los programas de rehabilitación cardíaca domiciliaria (Grima, García, Luengo & León, 2011).

7.1.8. Intervenciones con las nuevas tecnologías

En los últimos tiempos se publican estudios que valoran la eficacia y pertinencia de intervenciones de educación, control y seguimiento a los pacientes por medio de las nuevas tecnologías.

El seguimiento telefónico iniciado por profesionales de la salud en el ámbito hospitalario se considera una forma adecuada de intercambio de información, proporción de asesoramiento y educación sanitaria, manejo de los síntomas, reconocimiento de las complicaciones de forma temprana y proporción de apoyo para los pacientes después del alta.

En una revisión sistemática se evaluaron intervenciones de seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud (enfermera, médico, trabajadores sociales, farmacéuticos) para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio. En el artículo no aparecen resultados que concluyan que el seguimiento telefónico al alta de los pacientes sea una intervención efectiva aunque algunas investigaciones mostraron que el seguimiento telefónico es factible y que los pacientes aprecian estas llamadas. El hecho de que los estudios realizados sobre este tema eran de baja calidad metodológica precisa que los resultados se interpreten con cautela ya que no pudieron establecerse conclusiones firmes por lo que hay que continuar investigaciones en esta línea (Mistiaen & Poot, 2010).

Otra revisión sistemática sobre llamadas telefónicas de apoyo por parte de compañeros a pacientes que sufrieron infarto de miocardio (Dale et al., 2008) se asociaron a los seis meses con un cambio en la dieta en los grupos de intervención por encima de la observada en el grupo de atención habitual. También se observó que la intervención de apoyo de compañeros disminuyó significativamente la sintomatología de depresión. Aunque esta revisión aporta algunas pruebas de que las llamadas telefónicas de apoyo de

compañeros pueden ser eficaces para ciertos temas que preocupan en lo relacionado a la salud, pocos estudios fueron de alta calidad y, por lo tanto, los resultados deben ser interpretados con cautela. Hubo muchas limitaciones metodológicas que limitaron la generalización de los resultados. En términos generales, se necesitan más estudios bien diseñados para aclarar el coste-efectividad clínica de las llamadas telefónicas de apoyo de compañeros para mejorar la salud y el comportamiento relacionado con la salud (Dale et al., 2008).

Murray, Burns, See Tai, Lai & Nazareth (2005) encuentran en su revisión sistemática, los efectos positivos de los programas de educación sanitaria interactiva sobre personas con enfermedades crónicas. Hallan que están mejor informados, sienten mejor apoyo social, presentan mejores resultados conductuales y clínicos. Aunque concluyen que se necesitan más estudios de alta calidad, con tamaños de la muestra más grandes, para confirmar estos resultados preliminares.

Otra revisión sistemática realizada por Currell et al. (2000) encuentra que el establecimiento de sistemas para la atención de pacientes mediante tecnologías de telecomunicaciones es factible, pero añaden que hay poca evidencia de sus beneficios clínicos. Los estudios suministraron resultados variables y no conclusivos para resultados tales como medidas psicológicas y acerca del costo-efectividad de los sistemas de telemedicina. La revisión demuestra que se necesitan investigaciones adicionales y que es factible llevar a cabo ensayos clínicos aleatorios sobre dicho tema.

En una revisión sistemática se evaluaba los efectos de los medios masivos de comunicación sobre la utilización de los servicios sanitarios. La mayoría de las campañas de los medios masivos de comunicación descritas en los estudios incluidos eran intervenciones planificadas que intentaron promover el uso de servicios sanitarios específicos en ciertas patologías, entre las que se encontraba el uso de los servicios de urgencias para pacientes con presunto infarto de miocardio. Todas las campañas utilizaron una variedad de medios, como la radio, la televisión, los periódicos, los carteles y los folletos, pero ninguno de ellos utilizó medios electrónicos, como Internet. Los efectos de las

intervenciones de medios masivos de comunicación orientadas a reducir el retraso en el ingreso al hospital de los pacientes con presunto infarto de miocardio aumentó el número de pacientes observados en el servicio de urgencias como resultado de las campañas, aunque la proporción de infarto de miocardio permaneció relativamente estable. Los resultados indican que los medios masivos de comunicación pueden tener un impacto sobre la utilización de los servicios sanitarios como resultado de las campañas planificadas y la cobertura no planificada. Los medios masivos de comunicación también pueden influir en la conducta de salud individual, en la utilización de la asistencia sanitaria, en las prácticas de asistencia sanitaria y política sanitaria. En la práctica clínica debe considerarse a los medios masivos de comunicación como una de las herramientas que puede estimular el uso de los servicios eficaces y desalentar los de efectividad no comprobada. Sin embargo los medios masivos de comunicación han sido una fuente tanto de esperanza como de frustración en la promoción del bienestar social en temas de información sobre salud, por crear expectativas a veces falsas o provocar alarma innecesariamente. Sin embargo, debido a las limitaciones de los estudios no hay conclusiones definitivas y se aconseja continuar con investigaciones mejor diseñadas para valorar en profundidad la influencia que pueden ejercer dichos medios de comunicación en la salud, y evaluar el costo efectividad del uso de los medios masivos de comunicación, para promover o desalentar el uso de los servicios sanitarios y la efectividad de estos canales y de los nuevos canales de comunicación de masas, es decir, de Internet; Grilli et al., 2001).

La búsqueda de información sobre salud en Internet por parte de los ciudadanos pertenece a un fenómeno más amplio conocido como eSalud. Este término, nacido a finales de la década de los noventa, recoge la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), especialmente Internet, en el ámbito de la salud y ello no supone sólo un cambio tecnológico, sino que se trata de cambios sociales, económicos y culturales inherentes a los últimos tiempos. Por ello los sistemas de salud buscan ubicarse en el lugar que les corresponde no sin mucha prudencia, por los riesgos que el uso de la red de manera incontrolada en temas de salud

implica (Lupiáñez, 2011).

En la actualidad, la presencia de las TIC viene acompañada de múltiples avances a nivel de tecnología sanitaria y de un incremento de información accesible pero no por ello fiable. En efecto, el aumento de la información disponible de manera rápida, implica un aumento de protagonismo del ciudadano cuando se trata de tener acceso a la información (de más o menor rigor) que él obtiene para administrarla (con mejor o peor criterio) en base a las fuentes de donde recupera dicha información y de la interpretación que de ella se hace, lo cual incorpora el riesgo que pueda derivarse de usar cualquier tipo de información obtenida.

La educación sanitaria es clave en la prevención de las complicaciones de la enfermedad cardiovascular y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes después de un infarto de miocardio. Desafortunadamente el acceso a ciertos servicios de educación y seguimiento individualizado es limitado, pero necesario para resolver las dudas y preocupaciones que a los pacientes les surgen a medida que adaptan su enfermedad a su vida y a su entorno. Ellos perciben su vida mermada a causa de la medicación y los síntomas que condicionan su actividad física y laboral habitual. A veces refieren que las restricciones en la dieta, en el tabaco o el alcohol, condicionan y limita su actividad social. Todo ello puede cambiarse o al menos mejorar con consejos, educación y alternativas al paciente. Las nuevas tecnologías en este caso pueden ser de utilidad, y entre ellas, las llamadas telefónicas o el uso de Internet y de telemonitorización.

Según ciertos estudios, la telemonitorización puede influir en la morbilidad (Domingo et al., 2011). Cada vez hay más adeptos debido a que ocupa huecos descubiertos en temas de información, apoyo y sentimiento de estar más controlado, y en sociabilización y sentimientos de ser útiles a otras personas en circunstancias similares. Un uso adecuado y racional podría quizás reducir costes.

Se realizó un estudio prospectivo de un año de intervención con diseño de comparación antes/después, utilizando una plataforma de telemedicina interactiva en un programa multidisciplinario de insuficiencia cardíaca en un

hospital universitario (Domingo et al., 2011). El sistema de telemedicina remota Motiva (Philips) es una plataforma interactiva que transmite los datos a través de una conexión de Internet de banda ancha desde el domicilio del paciente (utilizando el televisor de este) hasta una estación de trabajo de la unidad de insuficiencia cardíaca del hospital. Éste puede ser el gran inconveniente para pacientes que no tienen acceso a dicho recurso, aunque tenerlo en consideración podría cambiar las circunstancias en el sentido de disponibilidad de salas preparadas para ellos desde servicios sociosanitarios, ayuntamientos o asociaciones de vecinos, o asociaciones de pacientes. El sistema permite el envío de información por parte del personal sanitario que realiza la telemonitorización y se muestra en el televisor del paciente (vídeos educativos, cuestionarios para establecer el estado basal del paciente, mensajes personalizados y alarmas) y existe un equipo de automonitorización automático (báscula y esfigmomanómetro) en el domicilio del paciente para el registro del peso, la frecuencia cardíaca y la presión arterial; estos datos se visualizaban gráficamente en el televisor del paciente y se transmitían y se analizaban al profesional que realizaba la telemonitorización. La programación regular de las visitas incluye un mínimo de una visita trimestral por parte de enfermería, visitas semestrales de médicos y visitas electivas por geriatras, psiquiatras o médicos rehabilitadores. Cada paciente lleva un registro de su peso, que se revisa en cada visita, su presión arterial y su frecuencia cardíaca. La educación sanitaria realizada de forma personal y se refuerza con folletos impresos para los pacientes y sus familiares.

Los autores concluyen que la telemonitorización con o sin apoyo telefónico puede evaluar y detectar problemas y complicaciones precoces, y mejorar la comunicación con profesionales sanitarios en la insuficiencia cardíaca o en otras enfermedades cardiovasculares, que la telemonitorización redujo significativamente el número de hospitalizaciones y los días de ingreso en el hospital, y que los pacientes percibieron una mejora significativa de su calidad de vida, en especial en la dimensión física.

Mucho queda por investigar sobre nuevas tecnologías y su uso en la salud. Se argumenta en contra que ciertas intervenciones menos complejas efectuadas en enfermedades crónicas se han mostrado efectivas del mismo

modo que la telemonitorización es independiente del formato de implementación, ya sea por vía telefónica, consultas ambulatorias u otras estrategias, y que se han publicado intervenciones costosas y intervenciones complejas mostrando ser de igual o menor eficacia que intervenciones más simples (Ferrante, 2011). Por ello se aconseja interpretar los resultados con cautela y profundizar en investigaciones sobre dichos temas.

En suma, los programas de intervención y seguimiento constan de intervenciones preventivas, campañas de educación sanitaria, de promoción de hábitos saludables y educación terapéutica, y para conseguir efectividad en ellos, se precisa el trabajo en equipo multidisciplinar (Graham et al., 2008; Navarro et al., 2010). Para que el paciente alcance la mayor autonomía posible es preciso complementar los programas de intervención y seguimiento con actividades de Educación Terapéutica que contemplen el fomento de los autocuidados, la implicación en el tratamiento, y la mejora del cumplimiento terapéutico. Se trata de que los pacientes se hagan partícipes con sus familias en todo el proceso. Disponer de material escrito complementario, les servirá como parte del proceso educativo. En el seguimiento, es importante reforzarles los logros en cuanto a cambios en el estilo de vida, y evaluar con ellos los objetivos planteados. Las intervenciones preventivas se planificarán en cualquier nivel asistencial, estrategias preventivas sobre estilos de vida y/o tratamiento farmacológico, basadas en objetivos terapéuticos acordados con los pacientes. En el seguimiento y evaluación se pretende conocer lo aprendido, cómo lo incorporan a sus vidas y reforzar dichos conocimientos en el tiempo.

Los problemas hallados al estudiar a esta muestra que había padecido un infarto, rondan continuamente alrededor de déficits de información, de conocimiento, y de educación por parte de los pacientes. El significado dado a sus vivencias involucra los cambios en sus cuerpos, en sus entornos físicos, laborales y sociales y en las limitaciones impuestas por la enfermedad respecto a la movilidad o al desempeño del rol habitual.

En unos casos los pacientes necesitan tan sólo programas de seguimiento en los que se efectúe formación y educación sobre la propia enfermedad, el

control de los síntomas y de los factores de riesgo, y cómo proporcionarse los autocuidados, adherirse a las recomendaciones y tratamientos farmacológicos, medidas higiénicas y de vida.

En otros casos es la carencia de información la que de forma directa provoca los problemas (¿qué y a quién preguntar?... dudas e inseguridades por los síntomas, por las limitaciones, con el tratamiento y el seguimiento) en otros casos hay una necesidad de información detectada de manera indirecta (sensación de desamparo, preocupaciones, incumplimiento).

Por último es necesario reforzar los logros y mejorar la autoestima de los pacientes, sus alteraciones emocionales, facilitar reunirse con iguales o aumentar el apoyo social, instruir en la movilidad y en los ejercicios que pueden y deben desarrollar, y quizás corregir las creencias erróneas que hacen que afronten la enfermedad de manera evasiva.

Programas multidisciplinarios o intervenciones de apoyo y de ejercicio físico podrían contribuir a alcanzar dichos objetivos y a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes postinfarto, si no de manera ideal, sí de manera adecuada. Derivar a los pacientes a su médico de familia en caso de detectar en ellos la necesidad de control por parte del cardiólogo, psiquiatra, psicólogo o trabajador social, o algún otro problema cuya competencia sea de otra disciplina.

Como explica Carro (2011) para efectuar intervenciones rentables y eficaces del tipo de las realizadas en el estudio EUROACTION es preciso... “que cada médico: a) asegure la comunicación, tanto con el paciente como con su entorno familiar más próximo; b) integre al personal de enfermería para implementar los cambios de estilo de vida, y c) mantenga los programas a largo plazo en las condiciones más adecuadas. Todo ello contribuirá a pasar de un estancamiento y medicalización excesiva a una prevención cardiovascular eficaz”

7.2. Sugerencias de intervención

El primer paso debe ser la prevención. Es importante que la prevención se inicie antes de que aparezcan lesiones, ello aporta ventajas y mayor éxito. Es

un cambio de concepto: prevenir a través de la promoción de la salud y de los cambios en los estilos de vida poco saludables.

Sociedades científicas y expertos nacionales invitan a reflexionar en la necesidad de la prevención cardiovascular sobre todo en la población sana, y no tanto a personas enfermas, ya que según se ha evidenciado, incidiendo en el estilo de vida de la población en general lograremos una verdadera prevención cardiovascular. Además 1/3 de los infarto de miocardio se dará en personas sanas, es en ellos en los que hay que actuar y prevenir.

Pueden ser medidas sencillas con intervenciones telefónicas, o programadas y presenciales de enfermería. Recordemos las tres normas básicas para lograr la salud cardiovascular:

- no fumar (beneficia de manera directa e indirecta, dependiente o independiente, más que ningún otro factor)
- llevar un dieta equilibrada fundamental mantener el peso, restringir la sal, alcohol moderado, control de calorías y de las grasas
- realizar ejercicio físico de forma regular. Es el talismán de la salud, de manera fácil incide en distintos factores de riesgo, pero también tiene su efecto en la prevención de trombosis, sobre la circulación coronaria, y sobre los mecanismos autonómicos de la circulación.

Si así se llevan a cabo esas 3- 4 normas se puede llegar a prevenir en un 90% la enfermedad cardiovascular, por lo que se insta enérgicamente a difundir en la población general, en personas sanas, en colegios etc., sobre los estilos de vida adecuados.

- Una vez que el paciente ha tenido un infarto, los profesionales de la salud deben realizar un control y seguimiento estrecho a los pacientes. Efectuar un diagnóstico adecuado de predictores de peor calidad de vida a los pacientes puede evitar la cronificación de aspectos como los encontrados en la muestra del presente trabajo, y quizás también la percepción de los pacientes de su calidad de vida será mejor.

- Los cambios hallados en la calidad de vida a lo largo del seguimiento a los pacientes estudiados han sido muy discretos, y así hemos encontrado afectaciones posteriores en aspectos que se predecían de fácil resolución

desde la etapa reciente postinfarto. Un ejemplo claro es el asesoramiento acerca de los autocuidados, del ejercicio y esfuerzo que podría haber evitado problemas hallados para el desempeño de un nuevo rol, la adaptación personal y probablemente laboral al nuevo estado.

- El seguimiento preciso de los problemas iniciales en ciertas dimensiones de nuestros pacientes habría evitado la afectación en otras como hemos explicado. Por ejemplo, la atención al área de salud para adecuar la medicación al nuevo estado físico, al dolor o la dificultad respiratoria por secuelas en la patología coronaria, podría haber favorecido en nuestros pacientes una mayor movilidad y deambulación, subir escaleras, permanecer menos inactivos y relacionarse más, sentirse más útiles entre los suyos y más capaces sexualmente. Asimismo promover el apoyo social en los pacientes y reforzar sus creencias de autoeficacia para procurar un mayor autocontrol de su enfermedad contribuiría a mejorar su calidad de vida.

- El uso y ajuste de ansiolíticos o de tranquilizantes podría haber favorecido el descanso y sueño, la menor irritabilidad y sensación de desagrado con la familia. Es preciso considerar que la atención o no de un área afectada repercute positiva o negativamente en todas las demás. La adaptación y afrontamiento a nuevas situaciones puede reducir el miedo al futuro, a la muerte, la inseguridad, la hostilidad, el malestar, la postración o el aislamiento.

- Es necesaria la puesta en contacto de los pacientes con asociaciones u otros pacientes que padecen alteraciones similares. Además de los logros individuales y familiares, se alcanzan objetivos y mejoras a nivel sociosanitario.

- El seguimiento y consejo específico a los diferentes grupos según la edad, el género y también en función de la procedencia y sus recursos socioeconómicos y culturales debe ser otro objetivo para los profesionales del equipo que han de atender a los pacientes y sus familias, puesto que los problemas para dichos subgrupos son diferentes. El equipo de salud debe trabajar la calidad de vida de los pacientes de manera integral y coordinada, puesto que todas las dimensiones de un ser humano se interrelacionan entre sí.

- La desinformación es la causa a menudo de que los pacientes incumplan el régimen terapéutico, de la insatisfacción con la asistencia sanitaria, de la desconfianza y los temores, entre tantos otros problemas que hemos abordado en este trabajo. Proporcionar la información adecuada a pacientes y familiares con enfermedad cardiovascular y características afines incide de manera directa en la mejora de su calidad de vida y, además, podría reducir la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios por parte de aquellos que tienen dudas y temores sobre su salud, se sienten solos o no han sido correctamente informados.
- En la presente investigación hemos hallado que los pacientes, durante su estancia hospitalaria, se sintieron satisfechos con el trato y con la información recibida. Sentían que su enfermedad estaba bajo control. Salvo en un caso, los pacientes de este trabajo no han seguido ningún programa de rehabilitación cardíaca o programas de educación, o ejercicio físico. No obstante, los pacientes antes de ser dados de alta hospitalaria recibieron información sobre el infarto y otros aspectos relacionados en un grado variable; en ocasiones la información fue muy escasa y en otros casos un poco más amplia. Por otro lado, nuestro sistema sanitario dispone de citas periódicas de especialidades de alrededor de doce meses lo sumo incluyendo las demoras, para el caso de aquellos pacientes que están controlados y se encuentran en buen estado, que en la mayoría de ocasiones suele ser un tiempo adecuado para efectuar un control de rutina. Bien es cierto que en algunos casos más graves dichas citas son excesivamente demoradas, bien por exceder del año, o bien porque el paciente requiere un control más continuado y menos distanciado, aunque el paciente que lo necesita puede acudir a urgencias en cualquier momento, o bien si no es precisa atención urgente será su médico de familia quien evalúa otras alternativas para el control y el seguimiento.
- Pero ¿por qué ésa información no se interioriza en ellos? ¿Por qué perciben los pacientes que no hay en absoluto un seguimiento ni información? ¿El problema es la comunicación? Es posible que sea la causa y a ello quizás haya que dedicar mayores esfuerzos.
- Las intervenciones de información, educación, y seguimiento a los

pacientes pueden mejorar sus autocuidados y su bienestar y hacerles sentir que tienen el control de su enfermedad. Se podría incrementar así la confianza en los profesionales, y evitar que pacientes y familiares perciban que dichos profesionales sanitarios están desinteresados por su salud. Asimismo, es preciso realizar intervenciones para cambiar los estilos de vida según los problemas y características de los pacientes.

- Las intervenciones y protocolos de actuación a pacientes postinfarto y familiar principal deben estar coordinados entre atención primaria y atención hospitalaria. Antes del alta del hospital el paciente debe llevar hecha y registrada la valoración integral de sus problemas, necesidades, y preferencias según su entorno y cultura, así como iniciadas las intervenciones básicas de movilidad y educación de la enfermedad sobre los factores de riesgo, sobre autocuidados, asociaciones etc. En atención primaria se reevalúa al paciente y familia y según sus protocolos, se continúan o modifican las pautas iniciales en función de la evolución del paciente, sus recursos, su entorno, su apoyo familiar o social, etc., derivándolo si fuera necesario a otros profesionales.

- Por último, cabe señalar que en cualquier nivel asistencial es preciso proporcionar a los pacientes y familias recursos informativos fiables, como páginas web, contactos para terapias ocupacionales, dirección y teléfonos de asociaciones, folletos y manuales sencillos. Las consultas telefónicas o bien el uso de otras tecnologías pueden ser de ayuda a los pacientes mayores dependientes, al proporcionar una posibilidad de mayor contacto y apoyo. La utilidad se hace extensiva a otros pacientes en casos de necesitar resolver dudas o problemas puntuales.

7.3. Líneas futuras de investigación

Las perspectivas futuras que hemos considerado de interés para la presente línea de investigación, son las siguientes:

- Realizar estudios más amplios con muestras mayores, que evalúen las características de la comunicación entre el profesional, el paciente y su familia sobre la enfermedad y sus cuidados. Realizar ensayos clínicos que evalúen la

eficacia de intervenciones educativas, preventivas, y de seguimiento por parte de enfermeras para los autocuidados de la enfermedad cardiovascular, la medicación, el ejercicio, la movilidad, la actividad sexual, la ocupación laboral, el cambio de los estilos de vida y el control de los factores de riesgo cardiovascular. Realizar estudios que evalúen los protocolos de seguimiento establecidos entre atención primaria y atención especializada con los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

- Realizar una guía de intervenciones enfermeras a pacientes con problemas coronarios seleccionadas de las Guías clínicas y las revisiones sistemáticas de la literatura basadas en la mejor evidencia disponible. Promover la realización de protocolos de actuación diferenciados a pacientes cardiovasculares según la edad, el género, la posición socioeconómica y el nivel de estudios y la procedencia. Planificar intervenciones novedosas que incorporen llamadas telefónicas y otras nuevas tecnologías y evaluar después la eficacia de las mismas. En función de los resultados obtenidos con los programas de intervención, se pueden efectuar recomendaciones que, recogidas en Guías de Práctica Clínica, sean utilizadas en los centros sociosanitarios, en atención especializada y atención primaria con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las personas.

- Evaluar en los pacientes las creencias de autoeficacia y el apoyo social del que disponen como medida anticipatoria de la calidad de vida que pueden tener y en función de ella diseñar programas de intervención dirigidos a fomentar dichos factores psicosociales en pacientes postinfarto..

- Es preciso aplicar intervenciones sencillas pero de evidencia contrastada sin altos presupuestos o sofisticadas instalaciones, que quizás sean menos eficientes pero no menos eficaces que las tradicionalmente usadas. Ello será fundamental para efectuar intervenciones domiciliarias a los pacientes, campo en el que las enfermeras desarrollan tradicionalmente una labor insustituible, y que las publicaciones más relevantes y recientes reconocen, como ha quedado expuesto en este trabajo, como una de las tareas de mayor costo-efectividad en el ámbito sanitario.

VIII. REFERENCIAS

Referencias

- Al-Hassan, M., & Sagr, L. (2002). Stress and stressors of myocardial infarction patients in the early period after discharge. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 181-188.
- Allen, J. K., & Dennison, C. R. (2010). Randomized trials of nursing interventions for secondary prevention in patients with coronary artery disease and heart failure: Systematic review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 207-220.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. (1994). The Spanish version of the Nottingham health profile: A review of adaptation and instrument characteristics. *Quality of Life Research*, 3, 385-393.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. (1995). La versión española del SF- 36 Health Survey (cuestionario de salud SF- 36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alsén, P., Brink, E., Brändström, Y., Karlson, B., & Persson, L. (2010). Fatigue after myocardial infarction: Relationships with indices of emotional distress, and sociodemographic and clinical variables. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 326-334.
- Alsen, P., Brink, E., Persson, L. O., Brandstrom, Y., & Karlson, B. W. (2010). Illness perceptions after myocardial infarction: Relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 1-10.
- Álvarez, N., Malillos, M., Domínguez, A., Lapresta, C., & Numancia, R. (2008). Return to work after acute myocardial infarction (AMI): Rehabilitation treatment versus conventional treatment after AMI. *Rehabilitación*, 42(5), 224-230.
- Alvarez, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paidós.
- Ames, R. (2004). Actividad sexual postinfarto ¿más tarde o más temprano? *Revista Peruana de Cardiología*, 30(3), 171-175.

- Amezcu, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Antman, E., Anbe, D., & Armstrong, P. (2004). ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary: A report of the american college of Cardiology/American heart association task force on practice guidelines (writing committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). *Circulation*, 110(5):588-636.
- Aquino, R., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: Análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 15(4), 679-84.,
- Arnold, S., Herrick, L. M., Pankratz, V. S., & Mueller, P. S. (2007). Spiritual well-being, emotional distress, and perception of health after a myocardial infarction. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 9(1). [Online] Descargado el día 28/10/2010 de http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_advanced_nursing_practice/volume_9_number_1_3/article/spiritual_well_being_emotional_distress_and_perception_of_health_after_a_myocardial_infarction.html
- Arós, F., Loma, A., Alonso, JJ., Cabadés, A., Coma, I., García, L., García, E., Lopez, E., Pabón, P., San José, JM., Vera, A., & Worner, F. (1999). Guías de actuación clínica de la sociedad española de cardiología en el infarto agudo de miocardio. *Revista Española de Cardiología*, 52(11), 919-956. [Online] Descargado el día 20/09/2011 en <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/guias-actuacion-clinica-sociedad-espa%C3%B1ola-cardiologia-infarto-208/guias-practica-clinica-1999>.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Merino, J., García, M.M., Sánchez, J.J., Daponte, A., Cabrera, A., Esnaola, S., Ramos, J.L., Anitua, C., & Rohlfs, I. (2002). Desigualdades de género en salud: La conciliación de la vida laboral y familiar (V). En J. M. Cabasés. (Ed.), *Invertir para la salud. Prioridades en*

- salud pública. Informe SESPAS* (pp. 73-90) Barcelona: Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris.
- Astin, F., Atkin, K., & Darr, A. (2008). Family support and cardiac rehabilitation: A comparative study of the experiences of south Asian and white-European patients and their carer's living in the united kingdom. *European Journal of Cardiovascular nursing*, 7(1), 43-51.
- Astin, F., Closs, S. J., McLenachan, J., Hunter, S., & Priestley, C. (2008). The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 325-332.
- Badía, X., Salamero, M., & Alonso, J. (2002). *La medida de la salud: guías de escala de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- Bagheri, H., Memarian, R., & Alhani, F. (2007). Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: Determined by an analysis of quality of life. *Journal Clinic Nursing*, 2, 402-406.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 4, 191-215.
- Barbareschi, G., Sanderman, R., Kempen, G., I.J.M., & Ranchor, A.V. (2009). Socioeconomic status and the course of quality of life in older patients with coronary heart disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 197-204.
- Barefoot, J. C., Brummett, B. H., Williams, R. B., Siegler, I. C., Helms, M. J., Boyle, S. H., Clapp, N., & Mark, D. B. (2011). Recovery expectations and long-term prognosis of patients with coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 171(10), 929-935.
- Barefoot, J. C., Burg, M. M., Carney, R. M., Cornell, C. E., Czajkowski, S. M., Freedland, K. E., Hosking, J.D., Khatri, P., Pitula, C.R., & Sheps, D. (2003). Aspects of social support associated with depression at hospitalization and follow-up assessment among cardiac patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23(6), 404-412.

- Barth, J., Critchley, J., & Bengel, J. *Intervenciones psicosociales para el abandono del hábito de fumar en los pacientes con cardiopatía coronaria (Revisión Cochrane traducida)*. (En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Online] Descargado el día 28/10/2010. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Beach, E., Maloney, B., & Plocica, A. (1992). The spouse: A factor in recovery after acute myocardial infarction. *Heart Lung*, 21, 30–8.
- Beach, E. K., Smith, A., Luthringer, L., Utz, S. K., Ahrens, S., & Whitmire, V. (1996). Self-care limitations of persons after acute myocardial infarction. *Applied Nursing Research*, 9(1), 24-28.
- Beck, C. A., Joseph, L., Belisle, P., & Pilote, L. (2001). Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 142(2), 271-279.
- Bellón, J., Delgado, A., Luna, J., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-63.
- Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., Czajkowski, S.M., DeBusk, R., Hosking, J., Jaffe, A., Kaufmann, P.G., Mitchell, P., Norman, J., Powell, L.H., Raczynski, J.M., & Schneiderman, N., (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICH) randomized trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3106-3116.
- Berkman, L. F., Leo-Summers, L., & Horwitz, R. I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 117(12), 1003-1009.
- Binaux, N., Gobbe, S., Pain, S., & Travers, B. (2010). Rehabilitation after a myocardial infarction. *Revue de L'infirmiere*, 157, 23-25.

- Blom, M., Georgiades, A., Laszlo, K. D., Alinaghizadeh, H., Janszky, I., & Ahnve, S. (2007). Work and marital status in relation to depressive symptoms and social support among women with coronary artery disease. *Journal of Women's Health, 16*(9), 1305-1316
- Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Babyak, M. A., Watkins, L. L., Waugh, R., Georgiades, A., Bacon S.L., Hayano, J., Coleman, R.E., & Hinderliter, A. (2005). Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 293*(13), 1626-1634.
- Borrello, G., Curcio, F., & Mazza, M.,L. (1995). Quality of life after an episode of myocardial infarct. *Minerva Cardioangiologica, 43*(7-8), 315-327.
- Botas, B., Marqués, A., Rodríguez, A., Refojo, A., & Gómez, A. (2005). Implantación de un programa educativo a pacientes con cardiopatía isquémica en la UCI. *Excelencia Enfermera, 2*(6). [Online] Descargado el día 13/07/2011 de http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=6&idArticulo=1112703651237
- Bowman, G., Watson, R., & Trotman-Beasty, A. (2006). Primary emotions in patients after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing, 53*(6), 636-645.
- Brekke, B., & Gjelsvik, B. (2009). Secondary cardiovascular risk prevention we can do better. *The Lancet, 373*(9667), 873 – 875. Descargado el día 03/09/2011 de <http://rpuhu.uhu.es/ebsco-web/ehost/detail?sid=35438788-2f5c-4b9a-bcbb-23fa17b0dc5e%40sessionmgr114&vid=2&hid=104>
- Brink, E., Brändström, Y., Cliffordsson, C., Herlitz, J., & Karlson, B. (2008). Illness consequences after myocardial infarction: Problems with physical functioning and return to work. *Journal Advance Nurse, 64*(6), 587-594.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement of

- social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723.
- Brotons, C., Permanyer, G., Moral, I., Ribera, A., Cascant, P., Pinar, J., Pacheco, V., Ortuño, R., González, S., Mundet, X., Martí, J., Romea, S., Benet, J., Orfila, F., Fito, R., Llargués, E., Deig, E., Rubio, E., Recasens, I., Martínez, R., Sanjuan, R., Farràs, C., Martínez, C., Gutiérrez, Ll., Satué, B., Aguilar, C., & Pepió, J.M. (2002). Prevención secundaria del infarto de miocardio y calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina Clínica*, 119(1), 9-12.
- Brotons C., Moral I., Soriano N., Rodrigo MP., Kloppe P., & Rodríguez, A. (2011). Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria: Estudio PRESEAP. *Revista Española de Cardiología*, 64,13-20. [Online] Descargado el día 21/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/ensayo-clinico-aleatorizado-evaluar-eficacia-un-programa-13190093-epidemiologia-factores-riesgo-prevencion-2011>
- Brotons, C., & Permanyer, C. (1997). La evaluación de resultados (outcomes) y de su relevancia clínica en cardiología: Especial referencia a la calidad de vida. *Revista Española de Cardiología*, 50, 192-200. [Online] Descargado el día 13/07/2007 en <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/C500307.PDF>
- Brotons, C., Ribera, A., Permanyer, G., Cascant, P., Moral, I., Pinar, J., & Oldridge, N. (2000). Adaptación del cuestionario de calidad de vida postinfarto MacNew QLMI para su uso en la población española. *Medicina Clínica*, 115(20), 768-71.
- Brunner, E. J., Rees, K., Ward, K., Burke, M., & Thorogood, M. (2010). Intervenciones dietéticas para la reducción del riesgo cardiovascular (Revisión Cochrane traducida). [Online] En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 06/10/2010. Disponible En:

Http://www.Update-Software.Com. (Traducida De , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Bucholz, E. M., Rathore, S. S., Gosch, K., Schoenfeld, A., Jones, P. G., Buchanan, D. M., Spertus JA., & Krumholz, H. M. (2011). Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 108(7), 943-8
- Cabello, R., Navajas, N., Soriano, M., & Moreno, C. (1999). Rehabilitación cardíaca. *Enfermería Intensiva*, 10(1), 22-29.
- Cabrera, F., Gómez, J., Ruiz, M., Jiménez, M., Rodríguez, I., Espinosa, J., Pérez, F.C., Alonso, J.H., & Galván, E.T.. (2001). Garantía y mejora de calidad de la atención al paciente con infarto agudo de miocardio. Implantación de un programa de calidad. *Revista Española de Cardiología*, 54(1) 43-48. [Online] Descargado el día 13/07/2010 en <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/garantia-mejora-calidad-atencion-al-paciente-infarto-13014-cardiologia-clinica-2001>
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 473-482.
- Calderín, G. M. (2006). Cardiovascular rehabilitation program indications and contraindications. *Rehabilitación*, 40(6), 301-308.
- Calderón, C. (2009). *Evaluación de la calidad de la investigación en salud: Criterios, proceso y escritura*. [Online] Descargado el día 19/07/2011 en la URL <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2767>
- Calderón, C. (2009). Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura [49 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 17,
- Calvo, M. (2006). Comunicación, salud e internet: Desde la fiabilidad de la información. *Salud y Cuidados. Publicación Electrónica Periódica*,

Científica y Divulgativa de Salud y Enfermería. [Online] Descargado el día 06/10/2011 de <http://www.saludycuidados.com>

Campbell, N. C., Thain, J., Deans, H. G., Ritchie, L. D., & Rawles, J. M. (1998). Secondary prevention in coronary heart disease: Baseline survey of provision in general practice. *British Medical Journal*, 316(7142), 1430-1434.

Cannon, C. P. (2009). Can the polypill save the world from heart disease? *Lancet*, 373(9672), 1313-1314.

Carlsson, R., Lindberg, G., Westin, L., & Israelsson, B. (1997). Influence of coronary nursing management follow up lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart*, 77(3), 256-9.

Carney, R. M., Blumenthal, J. A., Catellier, D., Freedland, K. E., Berkman, L. F., Watkins, L. L., Czajkowski, S.M., Havano., J., & Jaffe, A. S. (2003). Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 92(11), 1277-1281.

Carney, R. M., Freedland, K. E., Steinmeyer, B., Blumenthal, J. A., Berkman, L. F., Watkins, L. L., Czajkowski, S.M., Burg, M.M., & Jaffe, A. S. (2008). Depression and five year survival following acute myocardial infarction: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 133-138.

Carpi, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J., & Buunk, A. (2009). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9(2). Descargado el día 17/09/2011 de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewArticle/515>

Carro, A. (2011). Prevención cardiovascular estancada: Barreras profesionales. *Revista Española de Cardiología*, 64(4), 346-347. [Online] Descargado el día 04/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/prevencion-cardiovascular-estancada-barreras-profesionales-90002091-cartas-al-editor-2011>

- Carroll, D. L., & Gonzalez, C. E. (2009). Visiting preferences of cardiovascular patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24(4), 149-154.
- Carroll, D. L., & Rankin, S. H. (2006). Comparing interventions in older unpartnered adults after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 83-89.
- Carroll, D. L., Rankin, S. H., & Cooper, B. A. (2007). The effects of a collaborative peer advisor/advanced practice nurse intervention: Cardiac rehabilitation participation and rehospitalization in older adults after a cardiac event. *Journal of cardiovascular nursing*, 22(4), 313-319.
- Carroll, D. L., Robinson, E., Buselli, E., Berry, D., & Rankin, S. H. (2001). Activities of the APN to enhance unpartnered elders self-efficacy after myocardial infarction. *Clinical Nurse Specialist*, 15(2), 60-66.
- Case, R., Moss, A., Case, N., McDermott, M., & Elberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction: Impact on prognosis. *JAMA*, 267, 515-9.
- Castells, X., Mercadé, L., & Riu, M. (2002). Envejecimiento y utilización hospitalaria. En J.M. Cabasés (Ed.). *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS* (pp. 495-510) Barcelona: Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris.
- Castillo, E., & Vasquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
- Castro J. (1991). Información y calidad de vida tras un infarto. *Revista ROL de Enfermería*, XIV(160), 27-30.
- Clark, A. M. (2003). "It's like an explosion in your life...": Lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 544-553.
- Clark, A. M. (2010). Home based cardiac rehabilitation. *British Medical Journal (BMJ)*, 340, b5510. [Online] Descargado el día 02/09/2011 de <http://rpuhu.uhu.es/ebSCO-web/ehost/detail?vid=10&hid=104&sid=85b1fc22-36bb-466c-b749-044e06e13b32%40sessionmgr111&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ>

%3d%3d#db=aph&AN=66229986

- Clark, A. M., Hartling, L., Vandermeer, B., & McAlister, F. A. (2005). Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine*, 143(9), 659-672.
- Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37-44.
- Cossette, S., Frasure, N., & Lespérance, F. (2001). Clinical implications of a reduction in psychological distress on cardiac prognosis in patients participating in a psychosocial intervention program. *Psychosomatic medicine*, 2, 257-266.
- Cossette, S., Frasure, N., & Lespérance, F. (2002). Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction, 39(5), 479-494.
- Coster, S., & Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 508-528.
- Cuesta, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25. Obtenido el día 03/04/2010 en la URL http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_25.pdf
- Currell, R., Urquhart, C., Wainwright, P., & Lewis, R. (2000). Telemedicina versus atención al paciente cara a cara: Efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención a la salud (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Online] Descargado el día 12/09/2011 Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.),
- Crimmins, E. M., Hayward, M. D., Ueda, H., Saito, Y., & Kim, J. K. (2008). Life with and without heart disease among women and men over 50. *Journal of Women & Aging*, 20(1-2), 5-19.

- Critchley, J., & Capewell, S. (2003). Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*.
- Choo, J., Burke, L. E., & Pyo Hong, K. (2007). Improved quality of life with cardiac rehabilitation for post-myocardial infarction patients in Korea. *European journal of cardiovascular nursing, 6*(3), 166-171.
- Christensen, R., Kristensen, P. K., Bartels, E. M., Bliddal, H., & Astrup, A. (2007). Efficacy and safety of the weight-loss drug rimonabant: A meta-analysis of randomised trials. *Lancet, 370*(9600), 1706-1713.
- Dalal, H., & Evans, P. (2003). Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. *British Medical Journal, 326*(7387), 481-484.
- Dalal, H., Evans, P. H., & Campbell, J. L. (2004). Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *British Medical Journal, 328*(7441), 693-697.
- Dalal, H. M., Zawada, A., Jolly, K., Moxham, T., & Taylor, R. S. (2010). *British Medical Journal (online), 340*, b5631-b5631.
- Dale, J., Caramlau, I., Lindenmeyer, A., & Williams, S. (2008a). Llamadas telefónicas de apoyo por parte de compañeros para mejorar la salud (revisión cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.* [Online] Descargado el día 06/10/2011. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Dallongeville, J., De Bacquer, D., Heidrich, J., De Backer, G., Prugger, C., Kotseva, K., Montave, M., & Amouvel, P. (2010). Gender differences in the implementation of cardiovascular prevention measures after an acute coronary event. *Heart, 96*(21), 1744-1749.
- Daly, J., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Salamonson, Y., Davidson, P., Jackson, D., Chin, C., & Wade, V. (2000). Health status, perceptions of coping, and social support immediately after discharge of survivors of

- acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 9(1), 62-69.
- Davidson, P., Digiacomio, M., Zecchin, R., Clarke, M., Paul, G., Lamb, K., Hancock, K., Chang, E., & Daly, J. (2008). A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease. *Journal of Women's Health*, 17(1), 123-134.
- Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. (2000). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. [Online] obtenido el día 03/08/2010 de <http://www.bioeticanet.info/documentos/HELSINKI2000.pdf>
- Dennis, C., Houston, N., Schwartz, R., Ahn, D., Kraemer, H., Gossard, D., Juneau, M., Taylor, C.B., & DeBusk, R. (1988). Early return to work after uncomplicated myocardial infarction: Results of a randomized trial. *JAMA*, 260(2), 214-220.
- Díaz, E. (2002). Actividad sexual en pacientes cardiopatas. *Revista Mexicana de Enfermería en Cardiología*, 10(3), 106-108.
- Dixon, T., Lim, L., & Heller, R. (2001). Quality of life: An index for identifying high-risk cardiac patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(9), 952-60.
- Domingo, M., Lupóna, J., González, B., Crespo, E., López, R., Ramosa, A., Urrutia, A., Pera, G., Verdú, J.M., & Bayes, A. (2011). Telemonitorización no invasiva en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca: Efecto en el número de hospitalizaciones, días de ingreso y calidad de vida. Estudio CARME (Catalan remote management evaluation). *Revista Española de Cardioogía*, 64(4), 277-85.
- Doughty, M., Mehta, R., Bruckman, D., Das, S., Karavite, D., Tsai, T., & Eagle, K. (2002). Acute myocardial infarction in the young. the university of Michigan experience. *American Heart Journal*, 143(1), 56-62.
- Doumas, M., & Douma, S. (2009). Interventional management of resistant hypertension. *Lancet*, 373(9671), 1228-1230.
- Drory, Y., Kravetz, S., & Weingarten, M. (2000). Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *American*

Journal of Cardiology, 85(11), 1283-1287.

- Dueñas, M., Ramirez, C., Arana, R., & Failde, I. (2011). Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: A follow-up study. *BMC (biomed central) Cardiovascular Disorders*, 11, 24. Descargado el día 05/09/2011 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/11/24>
- Durá, M. (2005). *Factores pronósticos del cumplimiento de los objetivos de un programa de rehabilitación cardíaca*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. [Online] obtenido 03/10/2011 en la URL <http://dialnet.unirioja.es/servlet/portadatesis>
- Dusseldorp, E., Van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 18(5), 506-519.
- Ebrahim, S., Beswick, A., Burke, M., & Davey Smith, G. (2011). Intervenciones sobre múltiples factores de riesgo para la prevención primaria de la cardiopatía coronaria (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 1*. [Online] Descargado el día 12/09/2011 de <http://www.bibliotecacochrane.com/>
- Espinosa, S., Bravo, J., Gómez-Doblas, J., Collantes, R., González, B., Martínez, M., & de Teresa, E. (2004). Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 57(1), 53-59. [Online] Descargado el día 14/06/2011 de <http://www.revespcardiologia.org/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/rehabilitacion-cardiaca-postinfarto-miocardio-enfermos-bajo-riesgo-13056508-epidemiologia-factores-riesgo-prevencion-2004>
- Esteve, M., & Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada con la salud: Un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica*, 108, 458-59.
- European Foundation for the improveent of living and working conditions 2010 (2010). *Work related stress*. [Online] obtenido 07/01/2011 en la URL

<http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn1004059s/tn1004059s.pdf>

Fahey, T., Schroeder, K. & Ebrahim, S. (2010). Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos (*Revisión Cochrane traducida*). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Online] Descargado el día 06/10/2010. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Glynn, L., Murphy, A.W., Smith, S.M., Schroeder, K. & Fahey, T. (2010). Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos (*Revision Cochrane traducida*). En: Número . Oxford: Update Software Ltd. [Online] Descargado el día 06/10/2011. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de , 2010 Issue 3 Art no. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Farkas, J., Cerne, K., Lainscak, M., & Keber, I. (2008). Return to work after acute myocardial infarction- listen to your doctor! *International Journal of Cardiology*, 130(1), e14-e16. Descargado el día 20/09/2011 de [http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(07\)01511-2/fulltext](http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(07)01511-2/fulltext)

Fauci, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2008). *Harrison Principios de medicina interna* (17ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.

Ferrante, D. (2011). Programas de manejo en la insuficiencia cardiaca: un paso mas allá de la farmacología. *Revista Española de Cardiología*, 64(4), 258-259. Descargado el día 07/10/2011 de <http://www.revespcardiologia.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/programas-manejo-insuficiencia-cardiaca-un-paso-mas-90002074-editoriales-2011>

Ferriz, J. A., Vera, A., Suárez, G., Torrado, E., Rodríguez, J.J., Álvarez, J. M., & Garrido, M. R. (1993). The female sex and mortality after acute myocardial infarct. *Revista Española de Cardiología*, 46(12), 796-801.

Fisterra. (2011). *Fisterra.com. atención primaria en la red*. [Online] obtenido

- 01/10, 2011, en la URL
http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/19/revis_sist.asp
- Fleury, J., & Moore, S. M. (1999). Family-centered care after acute myocardial infarction. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 73-82.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Fontaine, O., Kulbertus, H., & Etienne, A. (1998). *Stress e cardiología*. Lisboa: Climepsi Editors .
- Gálvez, A. (2001). *Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada: Fundación Index
- Gambino, K. K., Zumpano, J., Brennan, D. M., & Hoogwerf, B. J. (2010). High school body mass index and body mass index at entry to a cardiac disease risk prevention clinic and the association to all-cause mortality and coronary heart disease: A PreCIS database study. *Journal Cardiovascular Nursing*, 25(2), 99-105.
- García, E., Andrés, E., Pablo de, C., & León, M. (2010). Cardiología preventiva y rehabilitación. *Revista Española de Cardiología*, 63(1), 40-8. [Online] Descargado el día 09/10/2010 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/cardiologia-preventiva-rehabilitacion-13146751-temas-actualidad-cardiologia-2009-2010>
- García, J. C., Valverde, B., Romero, D., García, J. T., Lopez, V., Rojas, J., Ribas, J., Pavón, M., González, M., & Cruz, J. M. (1995). La edad es factor pronóstico independiente en el infarto agudo de miocardio. Curso clínico del infarto en el anciano. *Anales de Medicina Interna*, 12(2), 61-64.
- Gardner, J. K., McConnell, T. R., Klinger, T. A., Herman, C. P., Hauck, C. A., & Laubach Jr, C. A. (2003). Quality of life and self-efficacy: Gender and diagnoses considerations for management during cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23(4), 299-306.

- Garrido, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema*, 5, 337-347.
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R., & Pickering, T. (1992). Social support in social interaction: A moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54(3), 324-336.
- Giallauria, F., Battimiello, V., Veneziano, M., De Luca, P., Cipollaro, I., Buonincontro, M., Vigorito, C., & Del Forno, D. (2007). Psychosocial risk factors in cardiac practice. *Monaldi Archives for Chest Disease = Archivio Monaldi Per Le Malattie Del Torace / Fondazione Clinica Del Lavoro, IRCCS [and] Istituto Di Clinica Tisiologica e Malattie Apparato Respiratorio, Universita Di Napoli, Secondo Ateneo*, 68(2), 74-80.
- Giallauria, F., Lucci, R., Pietrosante, M., Gargiulo, G., De Lorenzo, A., D'Agostino, M., Gerundo G, Abete P, Rengo, F., & Vigorito, C. (2006). Exercise-based cardiac rehabilitation improves heart rate recovery in elderly patients after acute myocardial infarction. *The Journal of Gerontology. Serie A, biological sciences and medical sciences* 61A(7), 713-717.
- Gil, E., Conti, F., Pinzón, S., Prieto, M., Solas, O., & Cruz, M. (2002). El análisis de texto asistido por ordenador en la investigación cualitativa. *Index de Enfermería, edición digital*, 36-37, 24-28. Descargado el día 7/8/2011 de http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37_articulo_24-28.php
- Gold, D., Anderson, D., & Serxner, S. (2000). Impact of a telephone-based intervention on the reduction of health risks. *American Journal of Health Promotion*, 15(2), 97-106.
- Gómez, M. A. (2000). *Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo. Definición, clasificación y metodología*. [Online] obtenido 27/05/2011 en la URL <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>
- González de Haro, M.D. (2006). *La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas: Un marco de referencia para los cuidados de*

- enfermería*. Lección inaugural curso académico 2006-2007. Huelva: Universidad de Huelva.
- González, G., Grau, M., Muñoz, M., Martí, R., Sanz, H., Sala, J., Masiá, R.; Rohlf, I.; Ramos, R.; Marrugat, J.; & Elosua, R. (2010). Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Revista Española de Cardiología*, 63(9), 1045-53. [Online] Descargado el día 03/08/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/posicion-socioeconomica-e-infarto-agudo-miocardio-estudio-13154327-epidemiologia-factores-riesgo-prevencion-2010>
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., Dallongeville, J., Backer, G., Ebrahim, S., Gjelsvik, B., Herrmann, C., Hoes, A., Humphries, S., Knapton, M., Perk, J., Priori, S., Pyörälä, K., Reiner, Z., Ruilope, L., Sans, S., Reimer, S., Weissberg, P., Wood, D., Yarnell, J., & Zamorano, J. (2008). Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. Versión corregida 22/07/2009. *Revista Española de Cardiología*, 61(01), 82-82. [Online] Descargado el día 03/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/guias-practica-clinica-prevencion-enfermedad-cardiovascular-version-13114961-guias-practica-clinica-2008>
- Grau, M., Elosua, R., Cabrera, L., Guembe, M., Baena-Díaz, J., Vega, T., Félix, F.J., Zorrilla, B., Rigo, J., Lapetra, J., Gavrila, D., Segura, A., Sanz, H., Fernández, D., Fitó, M., & Marrugat, J., (2011). Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: Análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional. Estudio DARIOS. *Revista Española de Cardiología*, 64(04), 295-304. [Online] Descargado el día 03/09/2011 de <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/factores-riesgo-cardiovascular-espa%C3%B1a-primera-decada-siglo-90002079-epidemiologia-factores-riesgo-prevencion-2011>
- Greenland, P., Alpert, J. S., Beller, G. A., Benjamin, E. J., Budoff, M. J.,

- Fayad, Z. A., Foster, E., Hlatky, M.A., Hodgson, J.McB. , Kushner, F.G., Lauer, M.S., Shaw, L.J., Smith, S.C., Taylor, A.J., Weintraub, W.S., Wenger, N.K., Shaw, Smith, Ss.c., Taylor, A.J., Weintraub, W.S., & Wenger, N.K. (2010). 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: A report of the American college of cardiology Foundation/American heart association task force on practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(25), 50-103.
- Grilli, R., Ramsay, C., & Minozzi, S. (2001). Intervenciones de medios masivos de comunicación: Efectos sobre la utilización de servicios sanitarios (Revisión cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 06/10/2010 Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Grima, A., García, E., Luengo, E., & León, M. (2011). Cardiología preventiva y rehabilitación cardiaca. *Revista Española de Cardiología*, 64, 66-72. [Online] Descargado el día 04/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/cardiologia-preventiva-rehabilitacion-cardiaca-13190548-temas-actualidad-cardiologia-2010-2011>
- Group WHOQOL. (1993). Study protocol for the world health organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-9.
- Günzler, C., Kriston, L., Agyemang, A., Riemann, D., & Berner, M. M. (2010). Sexual dysfunction and its consequences in patients with cardiovascular diseases. [Sexuelle Funktionsstörungen bei Herzkranken und die Folgen] *Herz*, 35(6), 410-419.
- Gurwitz, J., McLaughlin, T., Willison, D., Guadagnoli, E., Hauptman, P., Gao, X., & Soumerai, S. (1997). Delayed hospital presentation in patients who have had acute myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 126(8),

593-599.

- Guterbaum, T., & Gaede, P. (2011). Intervención sobre múltiples factores de riesgo para prevenir la enfermedad cardiovascular. Un enfoque basado en la evidencia. *Revista Española de Cardiología*, 64(3), 173-174. [Online] Descargado el día 03/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/intervencion-multiples-factores-riesgo-prevenir-enfermedad-cardiovascular-90000656-editoriales-2011>
- Hagan, N. A., Botti, M. A., & Watts, R. J. (2007). Financial, family, and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance. *Heart & Lung*, 36(2), 105-113.
- Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., & Hanestad, B. R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 37-44.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2010). Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (revisión cochrane traducida). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 06/10/2010 Disponible En: <Http://www.Update-Software.Com>. (Traducida De , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Heran, B. S., Chen, J. M., Ebrahim, S., Moxham, T., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D.R., & Taylor, R. S. (2011). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (6)(7). Descargado el día 29/08/2011 de <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001800.html>
- Herdman, T. H., & North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2008). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008*. Barcelona: Elsevier.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2008). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: McGraw-Hill.

- Hiltunen, E. F., Winder, P. A., Rait, M. A., Buselli, E. F., Carroll, D. L., & Rankin, S. H. (2005). Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 30(6), 221-229.
- Hoffmann, A., Pfiffner, D., Hornung, R., & Niederhauser, H. (1995). Psychosocial factors predict medical outcome following a first myocardial infarction. *Coronary Artery Disease*, 6(2), 147-52.
- Indian Polycap Study (TIPS), Yusuf, S., Pais, P., Afzal, R., Xavier, D., Teo, K., Eikelboom, J., Sigamani, A., Mohan, V., Gupta, R., Thomas, N. (2009). Effects of a polypill (polycap) on risk factors in middle-aged individuals without cardiovascular disease (TIPS): A phase II, double-blind, randomised trial. *Lancet*, 373(9672), 1341-1351.
- Instituto Nacional de Estadística (2011). *Análisis y estudios demográficos*. [Online] obtenido septiembre/ 2, 2011, en la URL www.ine.es/inebase
- Instituto Nacional de Estadística (2001). *Encuesta de calidad de vida en el trabajo de 2001* [Online] obtenido 07/01, 2011, en la URL <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft22/p029&file=inebase>
- Isla, P., Gómez, M. J., Gil, D., Merino, O., Roig, C., Vivas, E., & Ortigosa, L. (2003). Factores de riesgo y autovaloración del paciente en un primer episodio de cardiopatía isquémica. *Enfermería Clínica*, 13(5), 267-78.
- Izawa, K. P., Watanabe, S., Oka, K., Hiraki, K., Morio, Y., Kasahara, Y., Osada, N., Omiva, K., & Iijima, S. (2010). Age-related differences in physiologic and psychosocial outcomes after cardiac rehabilitation, 89(1), 24-33.
- Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T., & Philipse, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 21-7.
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., Norekval, T.M., Smith, K., & Thompson, D.R. (2010). Sexual

- counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 9(1), 24-29.
- Jelinek, M., Clark, A. M., Oldridge, N. B., Briffa, T. G., & Thompson, D. R. (2011). Reconciling systematic reviews of exercise-based cardiac rehabilitation and secondary prevention programmes for coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 18(2), 147-149.
- Jiménez, M., Gómez, C., Sáenz, C., Salustiano, U., Lacasa, J., & Pombo, M. (1999). Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. *Revista Española de Cardiología*, 52(7), 467-74.
- Jiménez, P., Arribas, B., Encinas, A., Navarro, F., & San José, L. (2000). Sexualidad y cardiopatía isquémica. *Enfermería en Cardiología*, 19, 34-38.
- Joekes, K., Van Elderen, T., & Schreurs, K. (2007). Self-efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 4-16.
- Johansson, P., Dahlstrom, U., & Brostrom, A. (2006). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 5-15.
- Jolliffe, J., Rees, K., Taylor, R., Thompson, D., Oldridge, N., & Ebrahim, S. (2001). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease Cochrane database of sistematics reviews (online) (1). Descargado el día 11/09/2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11034729>
- Jolliffe, J. A., Rees, K., Taylor, R. S., Thompson, D., Oldridge, N., & Ebrahim, S. (2008). Rehabilitación basada en ejercicios para la cardiopatía coronaria. (Revisión Cochrane Traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd*. Descargado el día

- 11/09/2011. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). <http://www.update-software.com/pdf/CD001800.pdf>
- Jolly, K., Taylor, R., Lip, G. Y., Greenfield, S., Raftery, J., Mant, J., Lane, D., Jones M., Lee, KW., & Stevens, A. (2007). The birmingham rehabilitation uptake maximisation study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: Cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technology Assessment*, 11(35), 1-118.
- Karner, A., Goransson, A., & Bergdahl, B. (2003). Patients' conceptions of coronary heart disease-a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 43-50.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kerr, E., & Fothergill, F. (2002). The recovery mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction, *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 31(5), 355-367.
- King, K. B. (2001). Emotional and functional outcomes in women with coronary heart disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), 54-70.
- King, R. (2002). Illness attributions and myocardial infarction: The influence of gender and socio-economic circumstances on illness beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 431-438.
- Kinnersley, P., Edwards, A., Hood, K., Cadbury, N., Ryan, R., Prout, H., Owen, D., MacBeth, F., Butow, P., & Butler, C. (2007). Intervenciones anteriores a las consultas para ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades de información (revisión cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 15/09/2011. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Koch, E., Romero, T., Manríquez, L., Paredes, M., Ortúzar, E., Taylor, A., Román C., Kirschbaum A., & Díaz, C. (2007). Desigualdad educacional y socioeconómica como determinante de mortalidad en Chile: Análisis de sobrevivencia en la cohorte del proyecto San Francisco. *Revista Médica de Chile*, 135(11), 1370-1379.
- Kotseva, K., Wood, D., Backer de, G., Bacquer de, D., Pyörälä, K., & Keil, U. for the EUROASPIRE Study Group. (2009). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: A comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *The Lancet*, 373, 929-940.
- Kotseva, K. (2008). Global preventive policies. strategies at European and worldwide level. *Revista Española de Cardiología*, 61(9), 960-970. [Online] Descargado el día 03/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/pt/node/2067346>
- Kotseva, K., & Wood, D. (2009). The challenge for preventive cardiology. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16(2), 19-23.
- Kovoor, P., Lee, A. K. Y., Carrozzi, F., Wiseman, V., Byth, K., Zecchin, R., Dickson, C., King, M., Hall, J., Ross, DL., Uther, JB., & Denniss, A. R. (2006). Return to full normal activities including work at two weeks after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 97(7), 952-958.
- Kristofferzon, M., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: Gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 360-74.
- Kristofferzon, M., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2005a). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 113-124.
- Kristofferzon, M., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2005b). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart & Lung*, 34(1), 39-50.

- Kristofferzon, M. L., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope--experiences of swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 367-375.
- Kriston, L., Günzler, C., Agyemang, A., Bengel, J., & Berner, M. M. (2010). Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation. Findings of the SPARK project in 493 patients. *Journal of Sexual Medicine*, 7(6), 2044-2055.
- Krzych, L.,J., Woźnica, A., Pawlak, A., Skarysz, J., Eysymontt, Z., Chromañska, B., Krupka, I., Bochenek, A., & Cisowski, M. (2009). Quality of life in young, professionally active men undergoing on-pump coronary artery bypass grafting--short-term follow-up results. *Kardiologia Polska*, 67(10), 1078-1085.
- Kubzansky, L. D., Park, N., Peterson, C., Vokonas, P., & Sparrow, D. (2011). Healthy psychological functioning and incident coronary heart disease: The importance of self-regulation. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 400-408.
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2005a). Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 28/10/2010. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2005b). Intervenciones de autoayuda para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 18/10/2010. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D., & Lip, G. (2000). Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after

- myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 229-38.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D., & Lip, G. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: Effects of depression and anxiety. *Journal Psychosomatic Medicine*, 63(2), 221-30.
- Lane, D., Chong, A., & Lip, G. (2008). Intervenciones psicológicas para la depresión en la insuficiencia cardiaca (*Revisión Cochrane Traducida*). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 18/10/2010. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Lau-Walker, M. (2007). Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 187-198.
- Lawrence, M., Kerr, S., Watson, H., Paton, G., & Ellis, G. (2010). An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behaviour following stroke: Findings from a focus group study of patients and family members. *BMC (biomed central) Family Practice*, 11, 97-107.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclé de Brouwer.
- Lefler, L. L., & Bondy, K. N. (2004). Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: A meta-synthesis. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(4), 251-268.
- Leifheit-Limson, E. C., Reid, K. J., Kasl, S. V., Lin, H., Jones, P. G., Buchanan, D. M., Parashar, S., Peterson, P.N., Spertus, J.A., & Lichtman, J. H. (2010). The role of social support in health status and depressive symptoms after acute myocardial infarction: Evidence for a stronger relationship among women. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(2), 143-150.
- Lenderink T, Hernández AV, Boersma E, Martínez-Sellés M, Juárez M, Sánchez PL, Vidán MT, Simoons ML, Fernández-Avilés F, Bueno H. & Bueno, H. (2010). Prediction of 30-day mortality in older patients with a first acute myocardial infarction. *Cardiology*, 115(1), 1-9.

- León, M., Mazón, P., Marcos, E., & Gracia, E. (2009). Temas de actualidad en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 62(1), 4-13.
- León Rubio, J., Cantero, F., & León Pérez, J. (2011). Diferencias del rol desempeñado por la autoeficacia en el burnout percibido por el personal universitario en función de las condiciones de trabajo. *Anales De Psicología*, 27, Mar. 2011. Descargado el día: 12 octubre 2011. Disponible:<<http://revistas.Um.es/analesps/article/view/123161>>.
- León Rubio, J. M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A., & Herrera, I. M. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya UOC.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., Burg, M.M., Mitchell; P., & Jaffe, A.S., Schneiderman, N. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychology*, 26(4), 418-427.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., Burg, M.M., Mitchell; P., Jaffe, A.S., & Schneiderman, N. (2009). Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 248-258.
- Lim, L., Valenti, L., Knapp, J., Dobson, A., Plotnikoff, R., Higginbotham, N., & Heller, R. (1993). A self-administered quality-of-life questionnaire after acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(11), 1249-56.
- Linden, W., Stossel, C., & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156(7), 745-752.
- Lovlien, M., Schei, B., & Hole, T. (2007). Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. *European Journal of*

Cardiovascular Nursing 6(4), 308-313.

- Lozano, F., De Pablos, C., Artigao, R., Morales, D., Madrid, A., Del Rey, J., Rebollo, J.M., Barrios, V., Moro, C., & Maroto, J. (1998). Influencia de un programa de rehabilitación cardíaca tras infarto de miocardio en los factores de riesgo y la capacidad funcional a largo plazo. *Revista Española de Cardiología*, 51 (suppl5), 9.
- Luengo, R., Leal, J., Gray, A., Petersen, S., & Rayner, M. (2006). Cost of cardiovascular diseases in the United Kingdom. *Heart*, 92(10), 1384-1389.
- Lupiáñez, F. (2011). Salud e internet: Más allá de la calidad de la información. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 849-850. [Online] Descargado el día 10/01/2011 de <http://www.revespcardiol.org/pt/node/2505384>
- Luszczynska, A., & Cieslak, R. (2009). Mediated effects of social support for healthy nutrition: Fruit and vegetable intake across 8 months after myocardial infarction. *Behavioral Medicine*, 35(1), 30-37.
- Luszczynska, A., & Sutton, S. (2006). Physical activity after cardiac rehabilitation: Evidence that different types of self-efficacy are important in maintainers and relapsers. *Rehabilitation Psychology*, 51(4), 314-321.
- Mahtani, V. (2010). Síntesis de resultados. En B. Duque, L. García, F. Hernández, J. López, V. Mahtani, L. Perestelo, Y. Ramallo, M. Trujillo y V. Yanes (Ed.). *Introducción a la metodología de investigación en tecnologías sanitarias* (77-96) Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.
- Mahtani, V., Axpe, M., Serrano, P., González, I., & Fernández, E. (2006). *Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias*. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Nº 2006/01 (ed.).
- Maroto, J., Artigao, R., Morales, M., De Pablo, C., & Abaira, V. (2005). Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. *Revista Española de*

- Cardiología*, 58(10), 1181-1187. [Online] Descargado el día 11/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/rehabilitacion-cardiaca-pacientes-infarto-miocardio-resultados-10-13079912-epidemiologia-factores-riesgo-prevencion-2005>
- Maroto, J., Pablo de, C., Morales, M., & Artigao, R. (1996). Rehabilitación cardíaca. Análisis de coste- efectividad. *Revista Española de Cardiología*, 49(10), 753-8.
- Maroto, J., Portuondo, T., Lozano, M., Allona, A., Pablo de, C., Zarzosa, M., Morales, M.D., Muriel, A., & Royuela, A. (2008). Disfunción eréctil en pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 61(9), 917-22. [Online] Descargado el día 17/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/disfuncion-erectil-pacientes-incluidos-un-programa-rehabilitacion-13125512-epidemiologia-factores-riesgo-prevencion-2008>
- Márquez, S., Villegas, R., Briones, E., Sarmiento, V., Reina, M., Sáinz, I., Velasco, J.A., & Ridocci, F. (2003). Implantación y características de los programas de rehabilitación cardíaca en el sistema nacional de salud español. *Revista Española de Cardiología*, 56(8), 775-82. [Online] Descargado el día 19/11/2011 de <http://www.revespcardiol.org/en/node/2026477>
- Marrugat, J., Sala, J., Manresa, J. M., Gil, M., Elosua, R., Perez, G., Albert, X., Pena, A., & Masía, R. (2004). Acute myocardial infarction population incidence and in-hospital management factors associated to 28-day case-fatality in the 65 year and older. *European Journal of Epidemiology*, 19(3), 231-237.
- Martínez, M., & García, M. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 10(1), 61-74.
- Martínez, M., García, M., & Mendoza, M. (1995). Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los ancianos andaluces.

Intervención Psicosocial, 4(11), 47-63.

- Mahtani Chugani, V., Axpe Caballero, M., Serrano Aguilar, P., González Castro, I., & Fernández Vega, E. (2006). *Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Nº 2006/01 ed.). Madrid: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Nº 2006/01.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care - assessing quality y in qualitative research. *British Medical Journal*, 320(7226), 50-52.
- McAlister, F., Lawson, F., Teo, K., & Armstrong, P. (2001). Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: Systematic review. *British Medical Journal*, 323, 957-962.
- McLean, S., & Timmins, F. (2007). An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 141-150.
- Mead, A., Atkinson, G., Albin, D., Alphey, D., Baic, S., Boyd, O., Cadigan, L., Clutton, L., Craig, L., Flanagan, C., Greene, P., Griffiths, E., Lee, N.J., Li, M., McKechnie, L., Ottaway, J., Paterson, K., Perrin, L., Rigby, P., Stone, D., Vine, R., Whitehead, J., Wray, L., & Hooper, L. (2006). Dietetic guidelines on food and nutrition in the secondary prevention of cardiovascular disease – evidence from systematic reviews of randomized controlled trials (second update, january 2006). *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 19(6), 401-419.
- Mehta, R., Montoye, C., Gallogly, M., Baker, P., Blount, A., Faul, J., Mehta RH, Montoye CK, Gallogly M, Baker P, Blount A, Faul J, Roychoudhury C, Borzak S, Fox S, Franklin M, Freundl M, Kline-Rogers E, LaLonde T, Orza M, Parrish R, Satwicz M, Smith MJ, Sobotka P, Winston S, Riba AA, & Eagle, K. (2002). The GAP steering committee of the American college of cardiology. Improving quality of care for acute myocardial infarction:

- The guidelines applied in practice (GAP) initiative. *JAMA*, 287,1269-1276.
- Mejía, J. (2004). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*, VIII (13), 277-299.
- Meland, E., Maeland, J., & Laerum, E. (1999). The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(1), 11-7.
- Mendes de León, C., Dilillo, V., Czajkowski, S., Norten, J., Schaefer, J., Catellier, D., & y Blumenntal, J. (2001). Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction: The ENRICH pilot study. Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease. *Journal Cardiopulmonar Rehabilitation*, 21(6), 353-62.
- Mendola, W., Fenny, D., & Patrick, D. (1978). Quality of life and coronary artery bypass surgery patients. *Social Sciences Medicine*, 13, 457-461.
- Mercado, F., Alcántara, E., Lara, N., Sánchez, A., & Tejada, L. (2002). La atención médica a la enfermedad crónica: Reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 461-471.
- Mickley, H., Agner, E., Saunamaki, K., & Botker, H. E. (2001). Sexual activity in ischemic heart disease. risk and therapeutic possibilities. [Seksuel aktivitet ved iskaemisk hjertesygdom. Risiko og behandlingsmuligheder]. *Ugeskrift for Laeger*, 163(5), 603-607.
- Miller, P., Wikoff, R., McMahon, M., Garrett, M. J., & Ringel, K. (1988). Influence of a nursing intervention on regimen adherence and societal adjustments postmyocardial infarction. *Nursing Research*, 37(5), 297-302.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003). *Plan integral de cardiopatía isquémica 2004-2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Obtenido el día 13/03/2011 de <http://www.secardiologia.es/images/stories/otraspublicacionesSEC/Plan%20Integral%20de%20Cardiopat%C3%ADa%20Isqu%C3%A9mica.pdf>
- Mistiaen, P., & Poot, E. (2010). Seguimiento telefónico iniciado por un

- profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.,
- Morata, A., & Domínguez, A. (2007). Calidad de vida tras un programa de rehabilitación cardíaca. *Rehabilitación*, 41(5), 214-9.
- Moreno, M., Ibañez, P., Pablo, C., Pizarro, A., Rodríguez, F., & Suárez, C. (2011). Impacto de un tratamiento integral e intensivo de factores de riesgo sobre la mortalidad cardiovascular en prevención secundaria: Estudio MIRVAS. *Revista Española de Cardiología*, 64(3), 179-185. [Online] Descargado el día 03/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/impacto-un-tratamiento-integral-e-intensivo-90000659-epidemiologia-factores-riesgo-prevencion-2011>
- Morse, J. M. (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Morse, J., Barret, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *IJQM Internacional Journal of Qualitative Methods*. Universidad De Alberta,1(2), 1-17 (online) obtenido el día 24/07/2011 de <http://www.ualberta.ca/~ijqm>
- Mosack, V., & Steinke, E. E. (2009). Trends in sexual concerns after myocardial infarction. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(2), 162-170.
- Mosca, L., Appel, L., Benjamín, E., Berra, K., Chandra-Strobos, N., Fabunmi, R., Grady, D., Haan, CK., Hayes, SN., Judelson, DR., Keenan, NL., McBride, P., Oparil, S., Ouyang, P., Oz, M.C., Mendelsohn, M.E., Pasternak, R.C., Pinn, V.W., Robertson, R.M., Schenck, K., Sila, C.A., Smith, S.C., Sopko, G., Taylor, A.L., Walsh, BW., Wenger, N.K., & Williams, C.L; (2004). Evidence-based guidelines for cardiovascular

- disease prevention in women (AHA). *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 24(3), 29-50.
- Mosca, L., Benjamin, E. J., Berra, K., Bezanson, J. L., Dolor, R. J., Lloyd-Jones, D. M., Newby, L.K., Piña, I.L., Roger, V.L., Shaw, L.J., Zhao, D., Beckie, T.M., Bushnell, C., D'Armiento, J., Kris, P.M., Fang, J., Ganiats, T.G., Gomes, A.S., Gracia, C.R., Haan, C.K., Jackson, E.A., Judelson, D.R., Kelepouris, E., Lavie, C.J., Moore, A., Nussmeier, N.A., Ofili, E., Oparil, S., Ouyang, P., Pinn, V.W., Sherif, K., Smith, S.C. Sopko, G., Chandra, N., Urbina, E.M., Vaccarino, V., & Wenger, N.K. (2011). Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in Women—2011 update. *Circulation*, 123(11), 1243-1262.
- Moynihan, M. (1984). Assessing the educational needs of post-myocardial infarction patients. *The Nursing Clinics of North America*, 19(3), 441-447.
- Munro, B. H., Creamer, A. M., Haggerty, M. R., & Cooper, F. S. (1988). Effect of relaxation therapy on post-myocardial infarction patients' rehabilitation. *Nursing Research*, 37(4), 231-235.
- Muñoz, C., Cabrero, J., Richart, M., Orts, M. I., & Cabañero, M. J. (2005). La medición de los autocuidados: Una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica*, 15(2), 76-87.
- Murchie, P., Campbell, N., Ritchie, L., Simpson, J., & Thain, J. (2003). Secondary prevention clinics for coronary heart disease: Four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *British Medical Journal*, 326 (7380), 84-87.
- Murie, J., Ross, A., Murray, L., & Rich, D. (2006). Exploring post-myocardial infarction patients' perceptions of patient-mediated interventions for the secondary prevention of coronary heart disease (SIGN guideline 41). *Quality in Primary Care*, 14(2), 77-83.
- Murray, E., Burns, J., See Tai, S., Lai, R., & Nazareth, I. (2005). Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día

- 7/8/2011 de. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Navarro, F., Carnero, C., Daponte, A., Del Rio, S., Diez, A., Dominguez, A., Dotor, M., García, L., Gómez, J.J., Guil, M., Lama, C. M., Mayoral, E., Molina, J. M., Montero, M. C., Morales, J. M., Ras, J., Sierra, F., Torres, J. M., & Villa, F. (2010). *Riesgo vascular: Proceso asistencial integral*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Newman, M. (2002). A specialist nurse intervention reduced hospital readmissions in patients with chronic heart failure. *Evidence-Based Nursing*, 5(2), 55.
- Norekval, T., Fridlund, B., Moons, P., Nordrehaug, J., Saevareid, H., Wentzel-Larsen, T., & Hanestad, B. (2010). Sense of coherence-a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5-6), 820-831.
- Norris, C. M., Hegadoren, K., & Pilote, L. (2007). Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 92-98.
- Novella, B., Alonso, M., Rodriguez, F., Susi, R., Reviriego, B., Escalante, L., Suárez, C., & Gabriel, R. (2008). Incidencia a diez años de infarto de miocardio fatal y no fatal en la población anciana de Madrid. *Revista Española de Cardiología*, 61(11), 1140-1149. [Online] Descargado el día 07/10/2010 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/incidencia-diez-a%C3%B1os-infarto-miocardio-fatal-no-13127845-epidemiologia-factores-riesgo-prevencion-2008>
- Oldridge, N. (1986). Cardiac rehabilitation, self-responsability and quality of life. *Journal Cardiopulmonar Rehabilitation*, 6, 153-156.
- Oldridge, N., Furlang, W., Feeny, D., Torrance, G., Guyatt, G., Crowe, J., & Jones, N. (1993). Economic evaluation of cardiac rehabilitation soon after

- acute miocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 72, 154-161.
- Oldridge, N., Gottlieb, M., Guyatt, G., Jones, N., Streiner, D., & Feeny, D. (1998). Predictors of health-related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Journal Cardiopulmonar Rehabilitation*, 18(2), 95-103.
- Oldridge, N., Guyatt, G., Jones, N., Crowe, J., Singer, J., Feeny, D., McKelvie R, Runions J, Streiner D, & Torrance, G. (1991). Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 67(13), 1084-1089.
- Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, XIII (1), 9-15.
- OMS. (2011). *OMS cardiovascular diseases (CVDs). fact sheet N° 317 january 2011*. [Online] obtenido Septiembre/2, 2011 en la URL http://search.who.int/search?q=cardiovascular&ie=utf8&site=default_collection&client=_en&proxystylesheet=_en&output=xml_no_dtd&oe=utf8
- OMS (2011b). *Temas de salud. Tabaquismo*. [Online] obtenido 09/01, 2011 en la URL http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/
- Ong, S., Milne, D., & Morrell, J. (2009). Post-MI clinical guidelines: Variation in availability, development, content and implementation across the UK. *British Journal cardiology*, 16(3), 142-146.
- Orth, K., & Johnson, J. (1987). Social network interaction and mortality: A six-year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 949-957.
- Orth, K., Schneiderman, N., Wang, H. X., Walldin, C., Blom, M., & Jernberg, T. (2009). Stress reduction prolongs life in women with coronary disease: The stockholm women's intervention trial for coronary heart disease (SWITCHD). *Circulation.Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2(1), 25-32.
- Orts, M. I., Comet, P., Moreno, M. T., & Arribas, C. en nombre del grupo Investén-ISCIII. (2000). Identificación de las prioridades de investigación

- en enfermería en España: Estudio delphi. *Enfermería Clínica*, 10(1), 9-13.
- Peterson, E. D., Albert, N. M., Amin, A., Patterson, J. H., & Fonarow, G. C. (2008). Implementing critical pathways and a multidisciplinary team approach to cardiovascular disease management. *American Journal of Cardiology*, 102(5), 47G-56G. Descargado el día 06/10/2010 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010031659&site=ehost-live>
- Peterson, A. M., Takiya, L., & Finley, R. (2003). Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 60(7), 657-665.
- Pfiffner, D., & Hoffmann, A. (2004). Psychosocial predictors of death for low-risk patients after a first myocardial infarction: A 7-year follow-up study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 24(2), 87-93.
- Plaza, I., García, S., Madero, R., Zapata, M., Perea, J., Sobrino, J., & López, J. (2007). Programa de prevención secundaria: Influencia sobre el riesgo cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 60(2), 205-8. [Online] Descargado el día 21/09/2011 de <http://www.revespcardiologia.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/programa-prevencion-secundaria-influencia-riesgo-cardiovascular-13099469-comunicaciones-breves-2007>
- Plaza, I., Velasco, J., & Maroto, J. (1996). Prevención secundaria y rehabilitación cardíaca en España. *Revista Española De Cardiología*, 49(8), 549-53.
- Plevier, C. M., Mooy, J. M., Marang-Van de Mheen, P. J., Stouthard, M. E., Visser, M. C., Grobbee, D. E., & Gunning-Schepers, L. J. (2001). Persistent impaired emotional functioning in survivors of a myocardial infarction? *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 10(2), 123-132.
- Pope, C., & Mays, N. (1999). *Qualitative research in healthcare*. London: British Medical Journal Books.
- Puska, P. (2010). From Framingham to north Karelia: From descriptive

- epidemiology to public health action. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 53(1), 15-20.
- Radcliffe, E. L., Harding, G., Rothman, M. T., & Feder, G. S. (2009). 'It got right to the spot' the patient experience of primary angioplasty: A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(3), 216-222.
- Rankin, S. H., Butzlaff, A., Carroll, D. L., & Reedy, I. (2005). FAMISHED for support: Recovering elders after cardiac events. *Clinical Nurse Specicalistics*, 19(3), 142-149.
- Rankin, S. H., & Fukuoka, Y. (2003). Predictors of quality of life in women 1 year after myocardial infarction. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 18(1), 6-12.
- Rees, K., Bennett, P., West, R., Davey, G., & Ebrahim, S. (2008). Intervenciones psicológicas para la cardiopatía coronaria. (Revisión Cochrane Traducida). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 06/07/2010 Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Rees, K., Taylor, R., Singh, S., Coats, A., & Ebrahim, S. (2004). Rehabilitación basada en ejercicios para la insuficiencia cardíaca (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 11/09/2011. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Reeves, S., Albert, M., Kuper, A., & Hodges, B. D. (2008). Why use theories in qualitative research? *British Medical Journal*, 337:a949.
- Regidor, E., Domínguez, V., Calle, E., & Navarro, P. (2003). Circunstancias socioeconómicas y mortalidad prematura por enfermedades crónicas. *Medicina Clínica*, 120, 201-206.
- Revilla, L., Bailón, E., Dios, J., Delgado, A., Prados, M. A., & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso

- en la consulta de familia. *Atención Primaria*, 8(9), 688-92.
- Rice, V. H., & Stead, L. F. (2007). Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 28/10/2010. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Rigotti, N., Munafo, M., & Stead, L. (2007). Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 06/10/2010. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Rivera, J. (2000). Relaciones sexuales después del infarto. *Revista ROL de Enfermería*, 23(9), 657-658.
- Robinson, D. L. (1991). *Effect of nursing follow-up on self-care behaviors of post-myocardial infarction patients*. (Tesis doctoral no publicada). Austin, TX: The University of Texas at Austin, 1991.
- Robinson, K. (1999). Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction. *The Journal Cardiovascular Nursing*, 14(1), 75-88.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Sevilla: Aljibe.
- Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: An interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787-794.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M., Camethon, M.R., Dai, S., de Simone, G., Ford, E.S., Fox, E.s., Fuleerton, H.J., Gillepie, C., Greenlund, K. J., Hailpern, S.M., Heit, J.A., Ho, P.M., Howard, VJ., Kissela, B.M., Kittner, S.J., Lackland, D.T., Lichtman, J.H., Lisabeth, L.D., Makuc, D.M., Marcus, GM., Marelli, A., Matchar, D.B., McDemott, M.M., Meigs, J.B., Moy, C.S., Mozaffarian, D.,

- Mussolino, M.E., Nichol, G., Paynter, N.P., Rosamond, W.D., Sorlie, P.D., Stafford, R.S., Turan, T.N., Turner, M.B., Wong, N.D., & Wylie, J. (2011). Heart disease and stroke statistics--2011 update: A report from the American heart association. *Circulation*, 123(4), e18-e209. Descargado el día 03/09/2011 de <http://circ.ahajournals.org/content/123/4/e18.full>
- Romero, T. (2009). Factores modificables de riesgo cardiovascular: ¿Cuáles estamos realmente modificando? *Revista Médica de Chile*, 137(11), 1498-1501.
- Romero, T., & Romero, C. (2010). Prevención cardiovascular estancada: Tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. *Revista Española de Cardiología*, 63(11), 1340-1348. [Online] Descargado el día 09/07/2011 de <http://www.revespcardiol.org/pt/node/2117381>
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637-651.
- Rueda, B., & Pérez, A. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: Influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(3), 205-221.
- Ruiz, M. A., Sanjuán, P., Pérez-García, A. M., & Rueda, B. (2011). Relations between life satisfaction, adjustment to illness, and emotional distress in a sample of men with ischemic cardiopathy. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 356-365.
- Saab, P. G., Bang, H., Williams, R. B., Powell, L. H., Schneiderman, N., Thoresen, C., Burg, M., & Keefe, F. (2009). The impact of cognitive behavioral group training on event-free survival in patients with myocardial infarction: The ENRICHD experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(1), 45-56.
- Sacerdote, C., Fiorini, L., Rosato, R., Audenino, M., Valpreda, M., & Vineis, P. (2006). Randomized controlled trial: Effect of nutritional counselling in

- general practice. *International Journal of Epidemiology*, 35(2), 409-415.
- Sánchez, J.J., Sánchez, P., Moya, M.N., Mayoral, J.M. (2010). *La salud en Andalucía según las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 y EAS-2007*. 1era ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/encuesta_salud.pdf
- Sanjuán, P., Pérez, A., & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509- 513
- Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M. A. (2009). Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease: Findings from the heart and soul study. *Health Psychology*, 28(2), 166-173.
- Sarria, A. (2001). *Manejo hospitalario de la cardiopatía isquémica en España. Análisis de situación: Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. (Ed.). (Recuperado Noviembre 2003). Disponible en: http://www.isciii.es/aets/drvisapi.dll?Mlval=cw_usr_view_SHTML&ID=2733&FRAME=central&action_view=t ed
- Schedlbauer, A., Schroeder, K., Peters, T. J., & Fahey, T. (2004). Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación hipolipemiente (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. [Online] Descargado el día 28/10/2010. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2004). Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca*

- Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 28/10/2010. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Schwarz, E., & Shen, B. (2008). La disfunción sexual en pacientes en rehabilitación cardíaca es mucho más que un simple «epifenómeno» y debe ser más estudiada. *Revista Española de Cardiología*, 61(9), 907-10. [Online] Descargado el día 29/08/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/la-disfuncion-sexual-pacientes-rehabilitacion-cardiaca-es-13125509-editoriales-2008>
- Scott, J. T., & Thompson, D. R. (2003). Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 50(2), 167-77.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2002). Cardiac rehabilitation. A national clinical guideline. *Cardiac Rehabilitation. A National Clinical Guideline, January nº 57*. [Online] Descargado el día 20/09/2011 de <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/57/index.html>
- Wood, D., De Backer, G., Faergeman, O., Graham, I., Mancía, G., & Pörälä (1998). Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. *European Heart*, 19,1434-1503.
- Seidl, A., Bullough, B., Haughey, B., Scherer, Y., Rhodes, M., & Brown, G. (1991). Understanding the effects of a myocardial infarction on sexual functioning: A basis for sexual counseling. *Rehabilitation Nursing*, 16(5), 255-264.
- Senaratne, M. P., Griffiths, J., Mooney, D., Kasza, L., Macdonald, K., & Hare, S. (2001). Effectiveness of a planned strategy using cardiac rehabilitation nurses for the management of dyslipidemia in patients with coronary artery disease. *American Heart Journal*, 142(6), 975-981.
- Shaw, K., Gennat, H., O'Rourke, P., & Del Mar, C. (2010). Ejercicio para el

- sobrepeso o la obesidad (Revisión Cochrane traducida). [Online] En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Descargado el día 28/10/2010. Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Sinclair, A. J., Conroy, S. P., Davies, M., & Bayer, A. J. (2005). Post-discharge home-based support for older cardiac patients: A randomised controlled trial. *Age and ageing*, 34(4), 338-343.
- Sjostrom, A., & Fridlund, B. (2007). Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: A qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 10-17.
- Skodova, Z., van Dijk, J. P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Ondusova, D., Middel, B., & Reijneveld, S. A. (2011). Psychosocial predictors of change in quality of life in patients after coronary interventions. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 40(4), 331-339.
- Smith, D. H., Kramer, J. M., Perrin, N., Platt, R., Roblin, D. W., Lane, K., Goodman, M., Nelson, W., Xiuhai, Y., & Soumerai, S., (2008). A randomized trial of direct-to-patient communication to enhance adherence to beta-blocker therapy following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 168(5), 477-83.
- Smith, G. R., Jr, & O'Rourke, D. F. (1988). Return to work after a first myocardial infarction. A test of multiple hypotheses. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 259(11), 1673-1677.
- Smith, H., Taylor, T., & Mitchell, A. (2000). A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI, and SEIQoL. *Heart*, 84, 390-394.
- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: A comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 662-71.
- Smith, P., & Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: Epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 924-933. [Online] Descargado

el día 22/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/aspectos-psiquiatricos-conductuales-enfermedad-cardiovascular-epidemiologia-mecanismos-90027213-enfermedades-sistemicas-corazon-2011>

- Sol, B. G., van der Graaf, Y., Brouwer, B., Hickox, S. M., & Visseren, F. L. (2010). The effect of a self-management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestations of vascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(2), 132-139.
- Solano, M., & Siles, J. (2005). Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index de Enfermería*, 14(51), 29-33.
- Solano, M., Siles, J., & Fernandes, G. (2008). Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio: Un estudio fenomenológico. *Index de Enfermería*, 17(1), 7-11.
- Solano, M. C., Siles, J., De Freitas, G. (2009). El proceso de transición vivido por las personas que han padecido un infarto agudo de miocardio. *Revista Paraninfo Digital*, 7. (Online) Obtenida el día 14/09/2011 de <http://www.index-f.com/para/n7/131d.php>
- Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11, 505-514.
- Soto, J., Rejas, J., Ruiz, M., & Pardo, A. (2009). Health-related quality of life studies in clinical trials: Assessment of their methodological quality through a check-list. [Estudios de calidad de vida relacionada con la salud incluidos en ensayos clínicos: valoración de su calidad metodológica mediante de una lista-guía] *Medicina Clínica*, 133(8), 314-320.
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 211-220.
- Stamler, J., Stamler, R., Neaton, J., Wentworth, D., Daviglius, M., Garside, D., Dyer, A.R., Liu, K., & Greenland, P. (1999). Low risk-factor profile and

- long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy. findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA*, 282, 2012-2018.
- Stead, L. F., Bergson, G., & Lancaster, T. (2008). Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.* [Online] Descargado el día 26/08/2010 Disponible En: [Http://www.Update-Software.Com](http://www.Update-Software.Com). (Traducida De the Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Steinke, E. E. (2000). Sexual counseling after myocardial infarction. *The American Journal of Nursing*, 100(12), 38-43.
- Steinke, E., Mosack, V., Wright, D., Chung, M., & Moser, D. (2009). Risk factors as predictors of sexual activity in heart failure. *Dimension of critical care nursing (DCCN)* 28(3), 123-9.
- Steinke, E.E. & Patterson, P. (1996). Sexual counseling of MI patients: Nurses' comfort, responsibility, and practice. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 15(4), 216-223.
- Steinke, E. E., & Wright, D. W. (2006). The role of sexual satisfaction, age, and cardiac risk factors in the reduction of post-MI anxiety. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(3), 190-196.
- Step toe, A., Doherty, S., Rink, E., Kerry, S., Kendrick, T., & Hilton, S. (1999). Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: Randomised trial. *British Medical Journal*, 319(7215), 943-7.
- Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) (1993). Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults treatment Panel II). *JAMA*, 269: 3015-3023.
- Sutherland, B., & Jensen, L. (2000). Living with change: Elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 10(5), 661-676.

- Taylor, C., Bandura, A., Ewart, C., Miller, N., & DeBusk, R. (1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 55 (6), 635-8.
- Taylor, C. B., Miller, N. H., Smith, P. M., & DeBusk, R. F. (1997). The effect of a home-based, case-managed, multifactorial risk-reduction program on reducing psychological distress in patients with cardiovascular disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 17(3), 157-162.
- Taylor, R. S., Dalal, H., Jolly, K., Moxham, T., & Zawada, A. (2010). Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (6). Obtenido el día 01/01/2010 en la URL <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007130.pub2/pdf/standard>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Terttu, M., Paavilainen, E., Lehti, K., & Astedt-Tkurki, P. (2003). In hospital social support for families of heart patients. *The Journal of Clinical Nursing*, 12, 736- 743.
- Thomson, C. C., & Rigotti, N. A. (2003). Hospital and clinic-based smoking cessation interventions for smokers with cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 45(6), 459-479.
- Thomas, W. y Znaniecki, F. (1918-29/1985). *The polish peasant in Europe and America*. Illinois: University of Illinois press. [Thomas, W.I., Znaniecki, F. (2004) *El campesino polaco en Europa*. Madrid: Centro de investigación sociológica y boletín oficial del estado. Juan Zarco (Ed).]
- Timmins, F., & Kaliszer, M. (2003). Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(1), 57-65.
- University of York. (1998). NHS centre for reviews and dissemination. Cardiac Rehabilitation. *Effective Health Care*, 4(4), 1-12.
- Valenti, L., Lim, L., Heller, R., & Knapp, J. (1996). An improved questionnaire

- for assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research*, 5, 151-61.
- Van Horn, E., Fleury, J., & Moore, S. (2002). Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: An integrative literature review. *Heart lung*, 3,186-98.
- Van Jaarsveld, C., Sanderman, R., Miedema, I., Ranchor, A., & Kempen, G. (2001). Changes in health-related quality of life in older patients with acute myocardial infarction or congestive heart failure: A prospective study. *Journal Geriatric Society*, 49(8),1052-58.
- Van Manen, M. (2003). *Investigacion educativa y experiencia vivida: Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books.
- Vázquez, M. L. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Velasco, J., Atienza, F., & Ridocci, F. (1995). Análisis de la calidad de vida en los pacientes rehabilitados. *Revista Española De Cardiología*, 48 (1), 90-3.
- Velasco, J. A., Cosín, J., De Teresa, E., Oya, M., Carrasco, J. L., & Navarro, A. (1997). Secondary prevention of myocardial infarction in Spain. the PREVESE study, *Revista española de cardiología*, 50(6), 406-415.
- Velasco, J., Cosín, J., López, J., Sendón, J., De Teresa, E., De Oya, M., & Sellers, G. (2002). Nuevos datos sobre la prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Resultados del estudio PREVESE II. *Revista Española de Cardiología*, 55, 801 - 809. [Online] Descargado el día 20/09/2011 de <http://www.revespcardiolog.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v55n08a13035230pdf001.pdf>
- Velasco, J., Cosín, J., Maroto, J., Muñiz, J., Casanovas, J., Plaza, I., & Abadal, L. (2000). Guías de práctica clínica de la sociedad española de cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca.

- Revista Española de Cardiología*, 53(8), 1095-1120. [Online] Descargado el día 13/07/2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/guias-practica-clinica-sociedad-espa%C3%B1ola-cardiologia-prevencion-10810/guias-practica-clinica-2000>
- Velasco, J., Cosín, J., Oya de, M., & Teresa de, E. (2004). Programa de intervención para mejorar la prevención secundaria del infarto de miocardio. Resultados del estudio PRESENTE (Prevención Secundaria Temprana). *Revista Española de Cardiología*, 57, 146 – 154. [Online] Descargado el día 11/09/2011 de <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v57n02a13057265pdf001.pdf>
- Velasco, J. A., del Barrio, V., Mestre, M. V., Penas, C., & Ridocci, F. (1993). Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Revista Española de Cardiología*, 46(9), 552-558.
- Velasco, J., Mestre, V., Penas, C., Del Barrio, V., Ridocci, F., & Oldridge, N. (1997). Influence of a rehabilitation program in the quality of life of post-infarction patients. *Revista Latina de Cardiología Euroamericana*, 18, 204-207.
- Verkleij, S., Adriaanse, M., Verschuren, M., Ruland, E., Wendel-Vos, G., & Schuit, A. (2011). Five-year effect of community-based intervention hartslag limburg on quality of life: A longitudinal cohort study. *Health Qual Life Outcomes*, 9(1) 11-17.
- Villamarín, F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2 (1-2), 45-64.
- Warrington, D., Cholowski, K., & Peters, D. (2003). Effectiveness of home-based cardiac rehabilitation for special needs patients. *Journal of Advanced Nursing*, 41(2), 121-129.
- Weetch, R. M. (2003). Patient satisfaction with information received after a diagnosis of angina. *Professional Nurse*, 19(3), 150-153.

- Weihs, K., Fisher, I., & Baird, M. (2002). Families, health, and behavior: A section of the commissioned report by the committee on health and behavior. *Families, Systems & Health*, 20, 7-46.
- Wenger, N. (1986). Quality of life concerns in the rehabilitation of patients with cardiovascular disease. *Bibliothèque Cardiologique*, 40, 109-128.
- Wiklund, I. (1993). Practical issues in the design and inclusion of quality of life in multicenter clinical trials. *British Journal of Medical Economics*, 6C, 45-8.
- Williams, L., O'Connor, R. C., Grubb, N. R., & O'Carroll, R. E. (2011). Type D personality and illness perceptions in myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(2), 141-144.
- Wood, D. A., Kotseva, K., Connolly, S., Jennings, C., Mead, A., Jones, J., Wood, D.A., Kotseva, K., Connolly, S., Jennings, C., Mead, A., Jones, J., Holden, A., De Bacquer, D., Collier, T., De Bacquer, G., & Faergeman, O. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: A paired, cluster-randomised. *Lancet*, 371(9629), 1999-2012.
- World Health Organization (1998). Informe sobre la salud en el mundo 1998 - La vida en el siglo XXI [Online] obtenido el 27/07/2010 en la URL <http://www.who.int/whr/1998/es/index.html>
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: Report of WHO expert committee. [Online] obtenido el 01/01, 2004, en la URL <http://www3.who.int/whosis>
- Puska, P., Nishida, C. & Porter, D. (2008). *Global strategy on diet, physical activity and health. obesity and overweight*. [Online] obtenido 03/01, 2008, en la URL http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes_obesity.pdf
- Yoon, Y. E., Rivera, J. J., Kwon, D. A., Chae, I. H., Jeong, M. H., Rha, S. W., Yoon, Y.E., Rivera, J.J., Hwon, D.A., Chae, I.H., Jeong, M.H., Rha, S.A.,

- Blumenthal, R.S., Nasir, K., & Chang, H.J., (2009). National cholesterol education panel III guidelines performance role in preventing myocardial infarction in a large cohort without a history of coronary artery disease: Korea acute myocardial infarction registry study. *Preventive Cardiology*, 12(2), 109-113.
- Zoucha, R. (1999). La utilización de métodos cualitativos en enfermería. *Cultura de los Cuidados*. III(6), 80-90.
- Zrinyi, M., & Horvath, T. (2003). Impact of satisfaction, nurse-patient interactions and perceived benefits on health behaviors following a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(2), 159-166.
- Zichy, M., & Omery, A., (2005). Escuelas de fenomenología: implicaciones para la investigación. En J. M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 185-207). Alicante: Universidad de Alicante.

IX. ANEXOS

ANEXO I: Cuestionario español de CV en pacientes postinfarto (Velasco cols., 1993)

1. Tengo dolor en el pecho
2. Tengo fatiga o noto que respiro mal
3. Me siento más cansado que antes
4. Me cuesta levantarme por las mañana
5. Tomo demasiados medicamentos
6. Me cuesta seguir el régimen o dieta
7. Echo de menos el fumar
8. Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer
9. Me apetece descansar la mayor parte del día
10. Cuando me siento doy más cabezadas que antes
11. Duermo peor que antes
12. Río o lloro de repente sin motivo
13. Reacciono de forma nerviosa o inquieta
14. Reacciono de forma irritable conmigo mismo
15. Siento miedo a morirme
16. Soy una carga para mi familia y me siento inútil
17. Estoy desesperanzado con mi futuro
18. He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa
19. Me siento intranquilo conduciendo
20. He reducido mis salidas fuera de casa
21. Ahora camino distancias más cortas
22. Evito subir escaleras
23. Ahora tengo menos relaciones con otras personas
24. He descendido mi actividad sexual
25. Reacciono desagradablemente con mi familia
26. Me aísla lo más que puedo de mi familia
27. Encuentro exagerados los cuidados de mi familia
28. Me siento abandonado por todos
29. Tengo graves problemas económicos
30. Reacciono lentamente ante lo que se dice o se hace
31. Tengo dificultades para razonar o resolver problemas
32. Olvido las cosas recientes (nombres, lugares, citas...)
33. Me encuentro menos afectivo que antes
34. Tengo que esforzarme para mantener una conversación
35. Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes
36. Me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas
37. Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme
38. Trabajo menos horas que antes o en trabajos más ligeros
39. Deseo un trabajo distinto al que tengo
40. Deseo no volver a trabajar

Opciones de respuesta						
Nada	Algo				Mucho	
0	1	2	3	4	5	6

ANEXO II: Cuestionario de apoyo social de DUKE-UNK (De la Revilla y cols., 1991)

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
3. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
5. Recibo amor y afecto
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

Opciones de respuesta				
Mucho menos de lo que deseo				Tanto como deseo
1	2	3	4	5

ANEXO III: Escala de autoeficacia general, de Sanjuán y cols, 2000

1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo

Opciones de respuesta										
No, nada, nunca				Algo, a veces			Siempre, Mucho			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO IV: Consentimiento informado

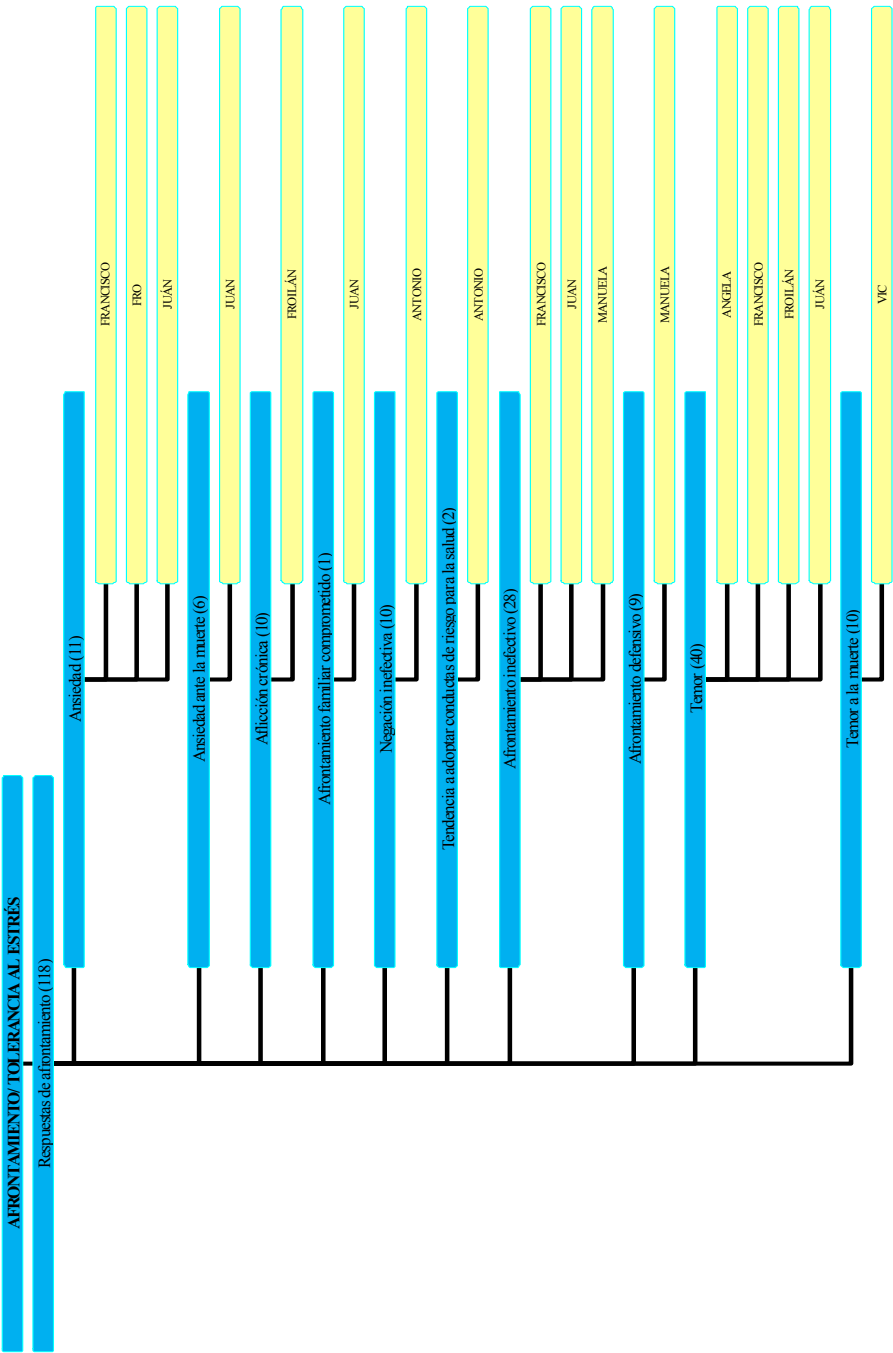
(en CD adjunto)

**ANEXO V: Resumen de la entrevista cualitativa
semiestructurada**

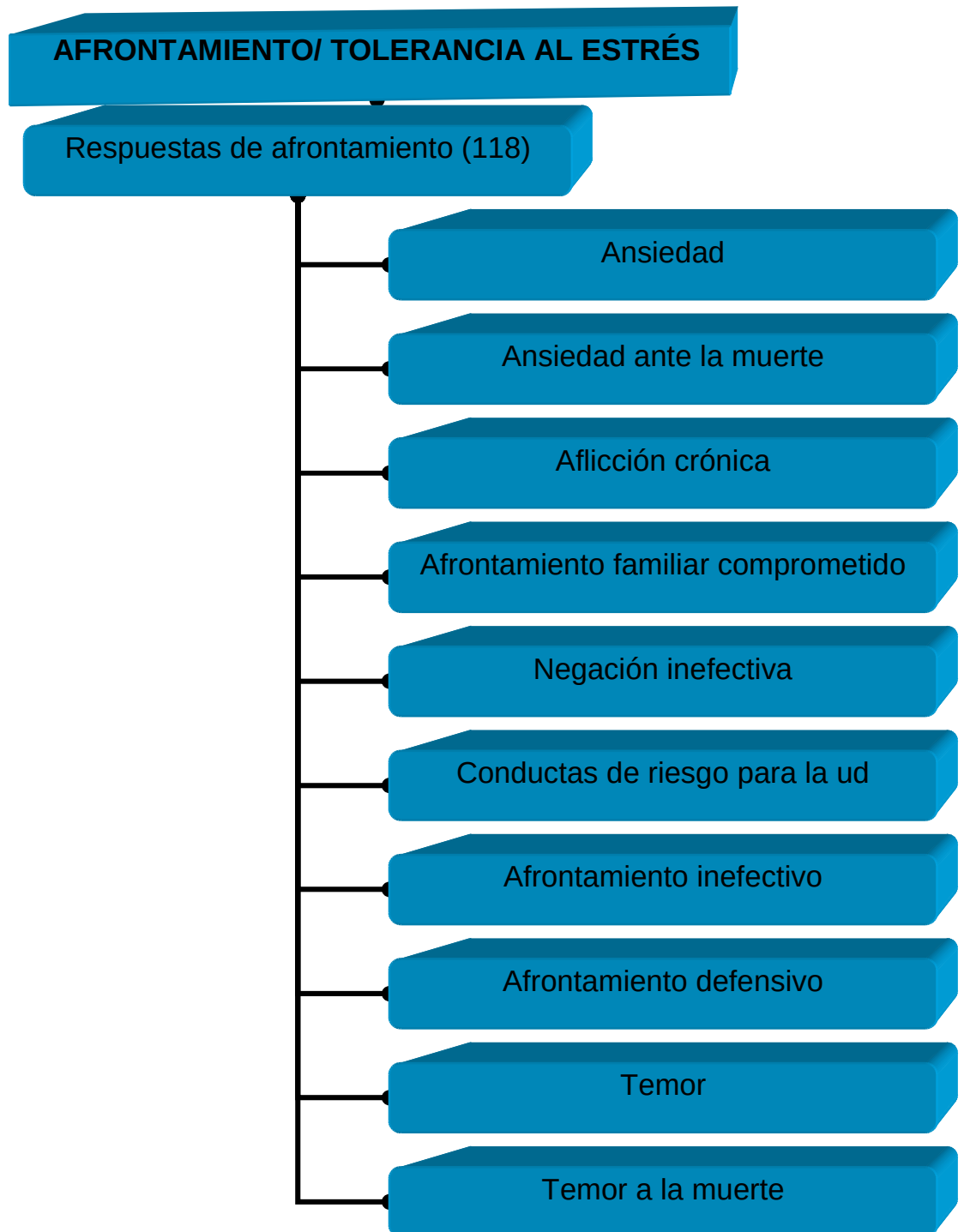
(en CD adjunto)

ANEXO VII: Esquemas y gráficos del análisis categorial (NANDA)

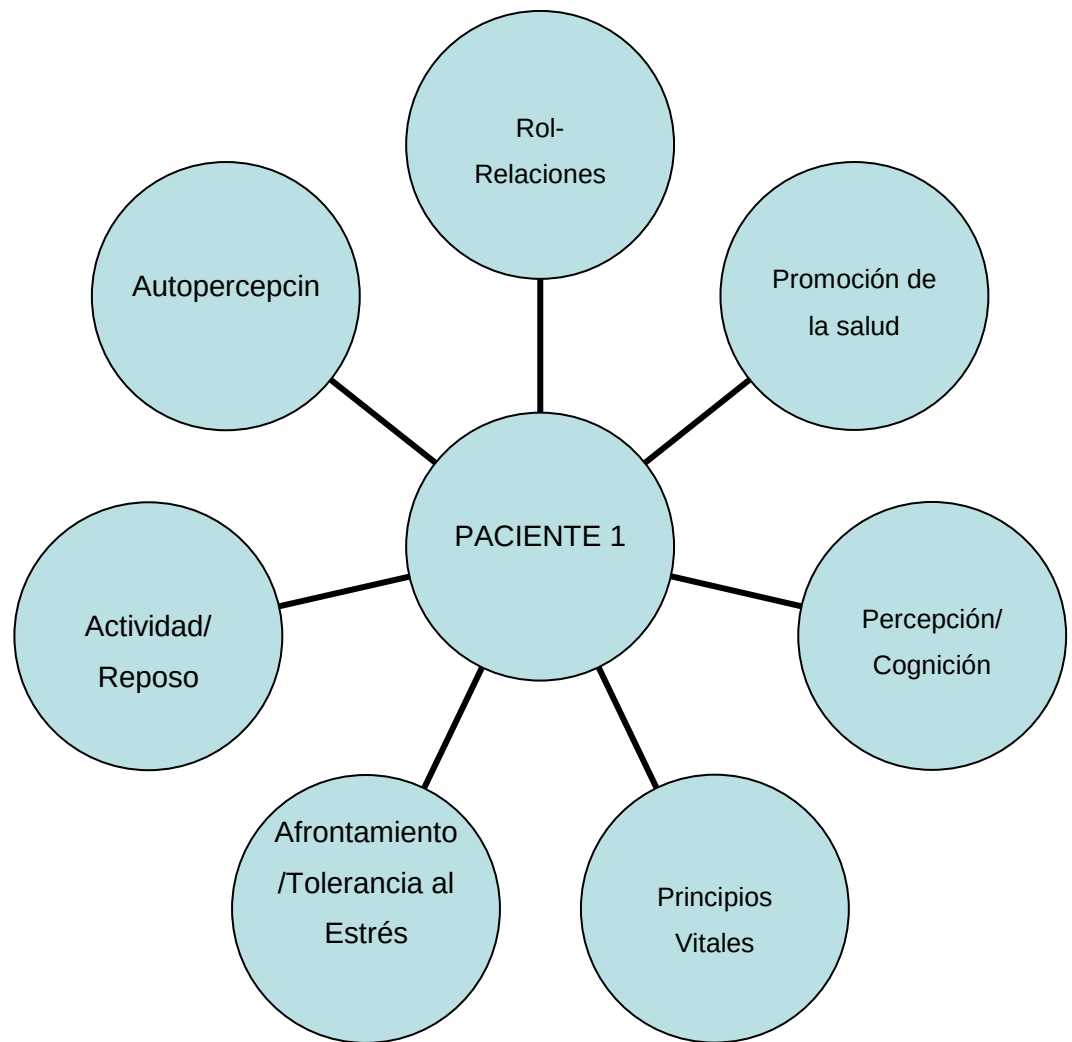
Dimensión “Afrontamiento–tolerancia al estrés”: problemas, número de citas, y pacientes



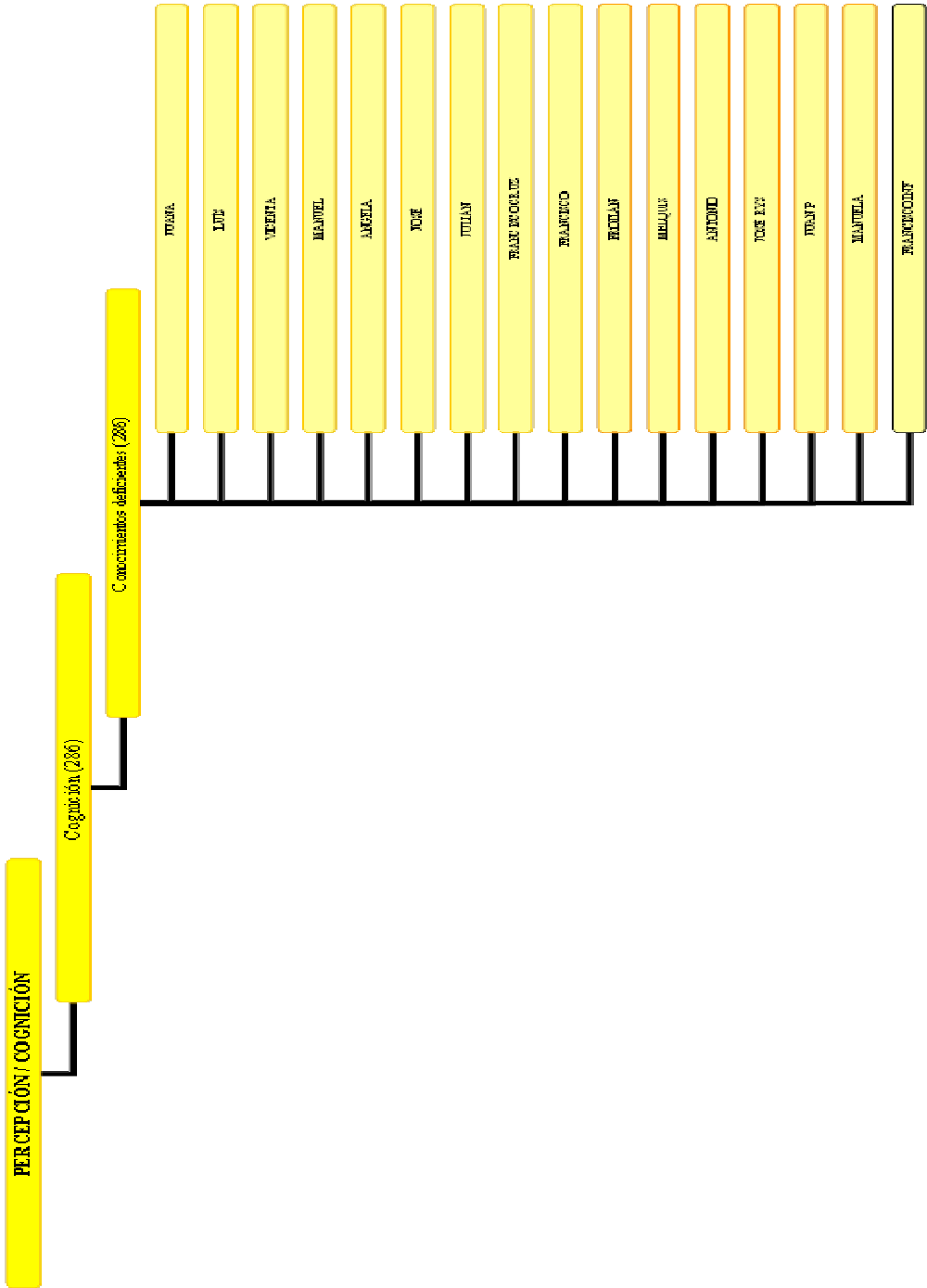
Dimensión "Afrontamiento–tolerancia al estrés": categoría y subcategorías

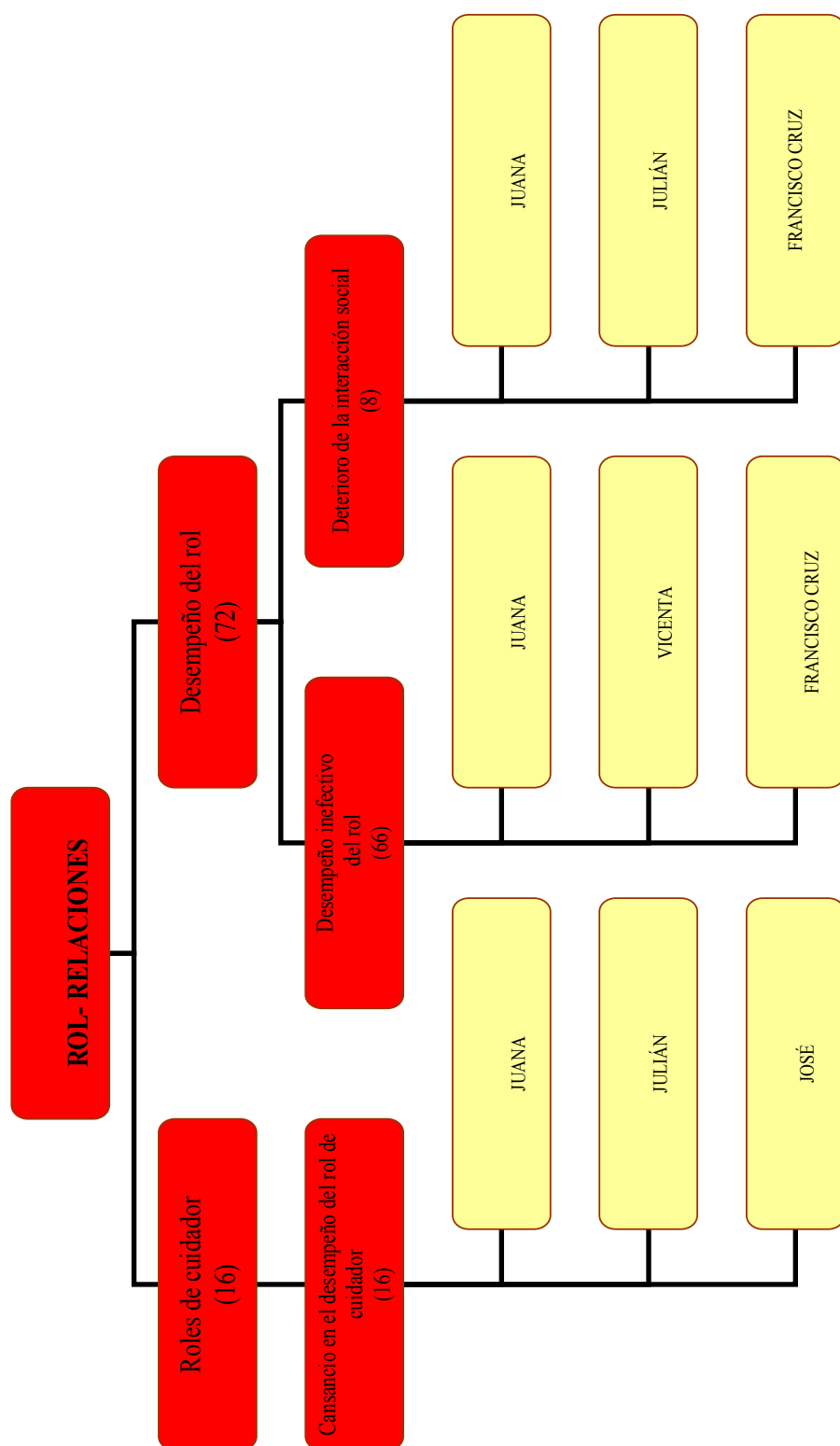


Ejemplo de las áreas donde se hallan problemas en un paciente de la muestra



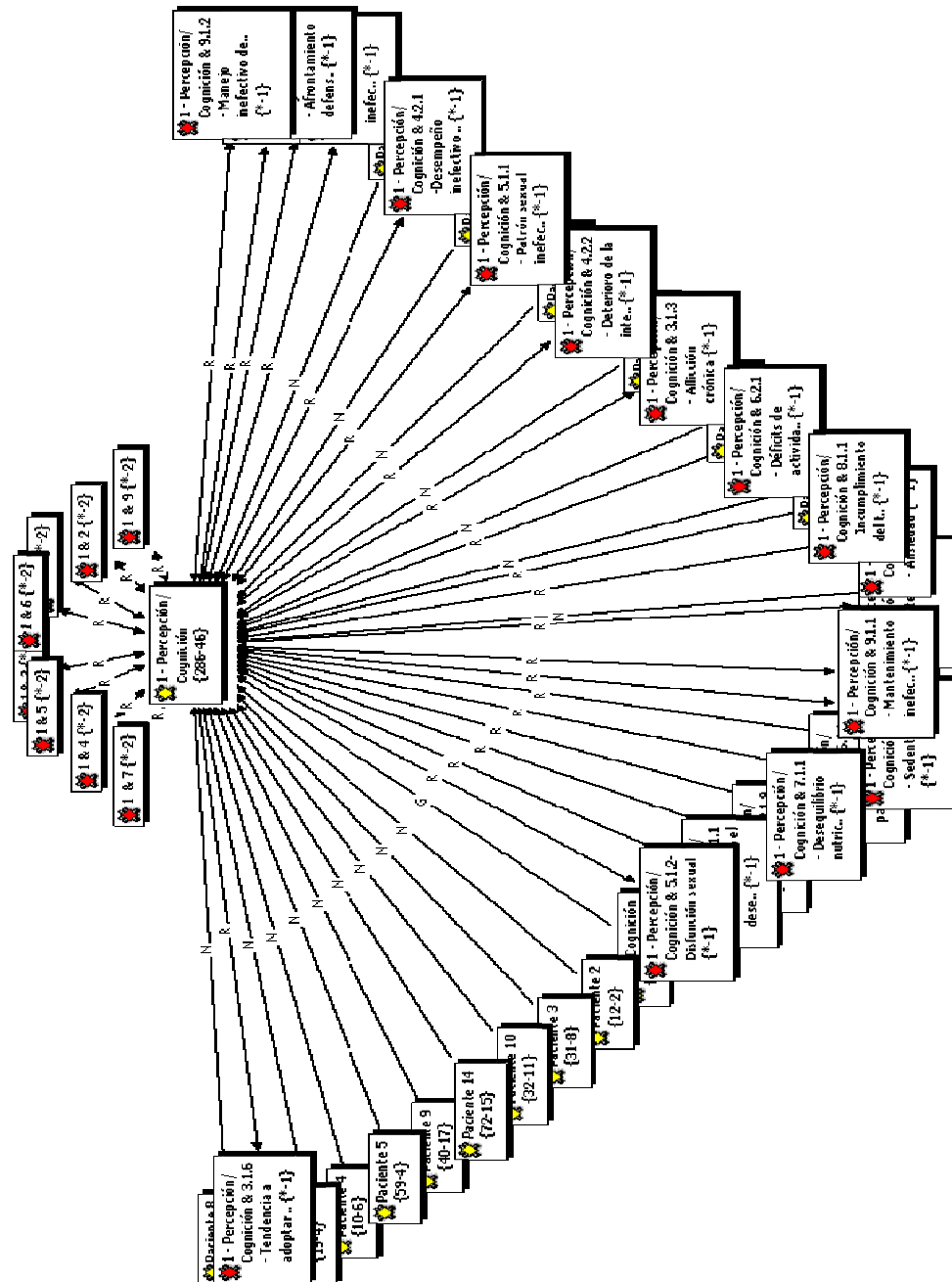
Distribución en la muestra del problema de Conocimientos



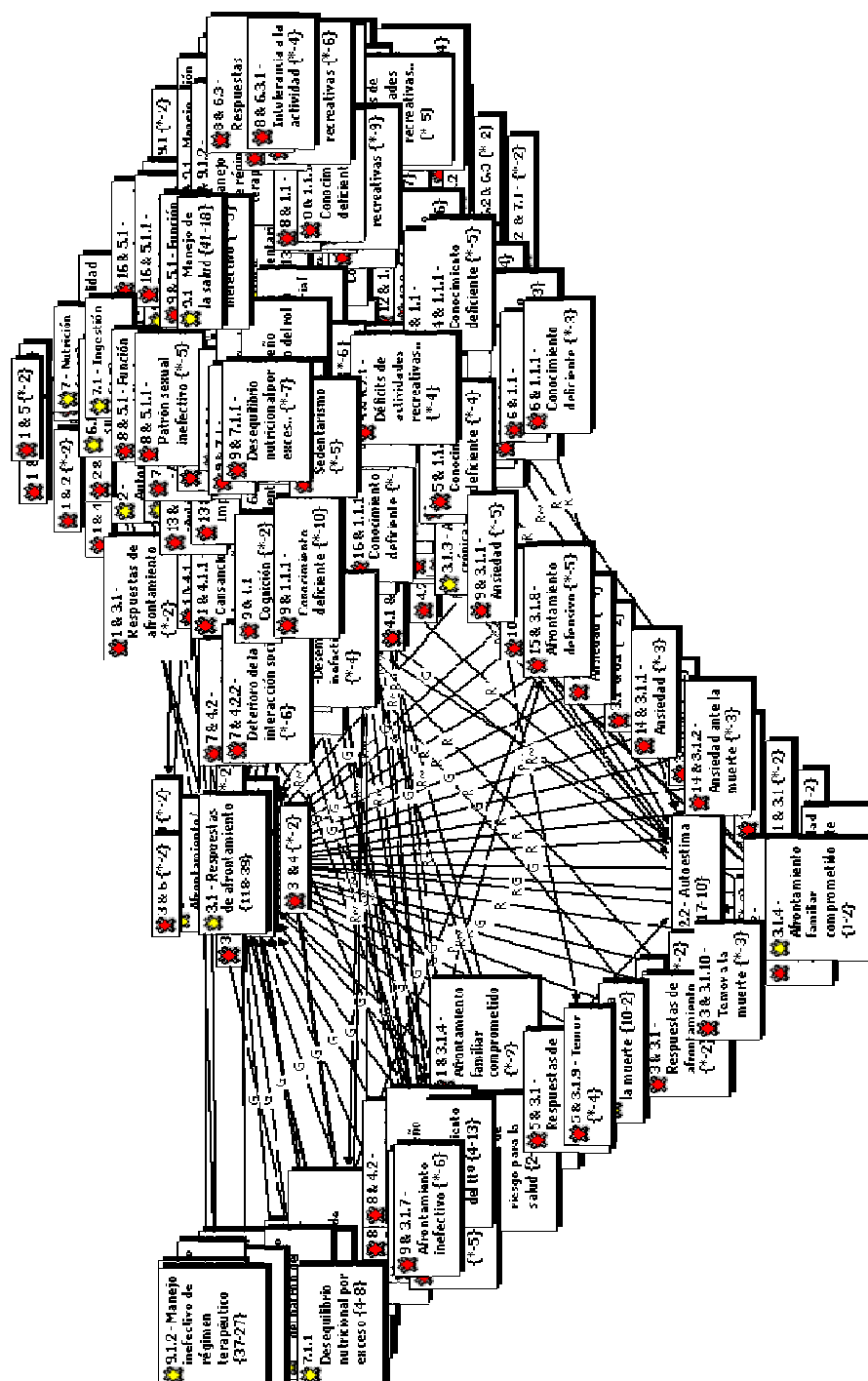


ANEXO VIII: Gráficos del análisis fenomenológico

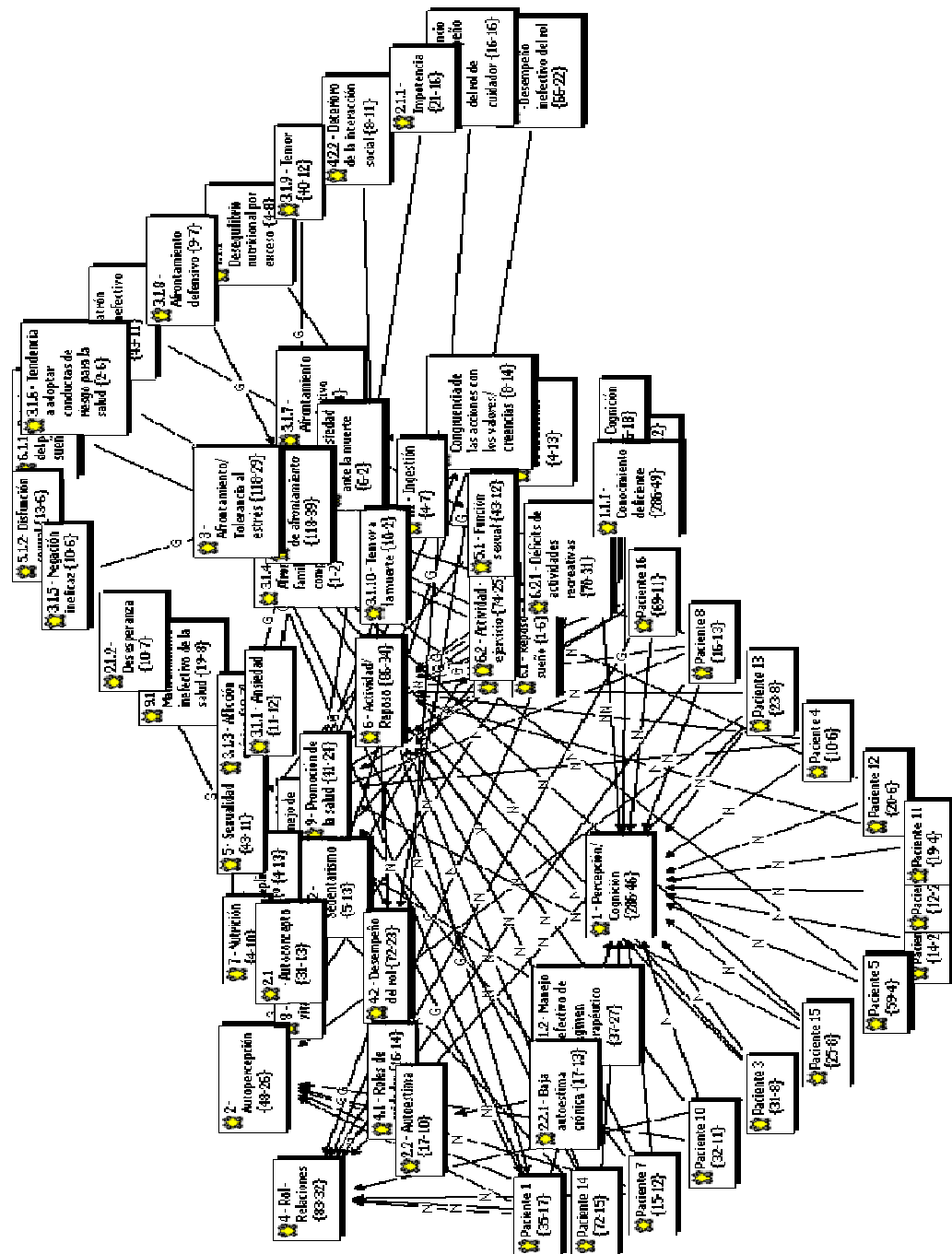
Relaciones de “Percepción-cognición” con todos los problemas y con los pacientes



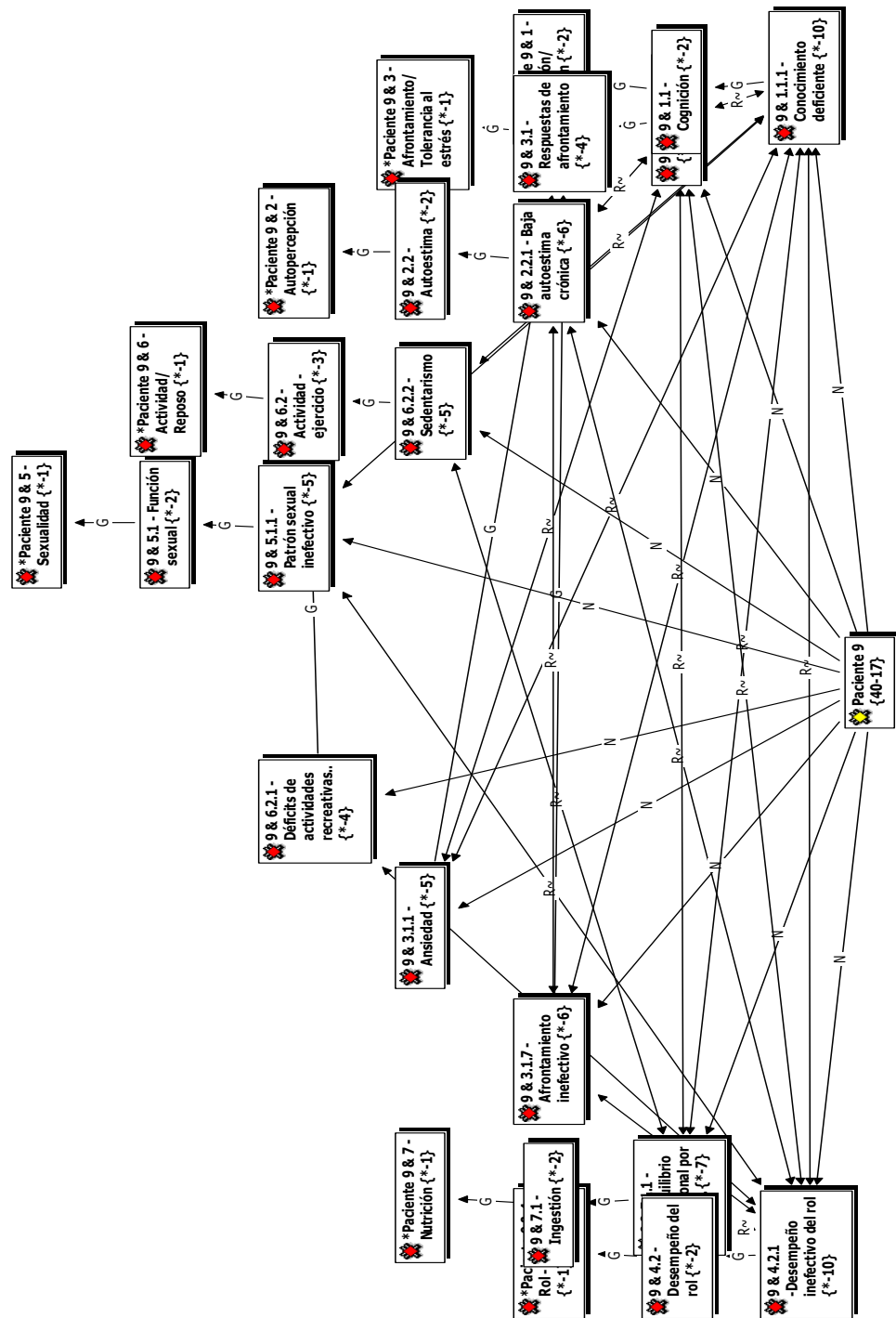
Total de diagnósticos enfermeros o problemas de los pacientes



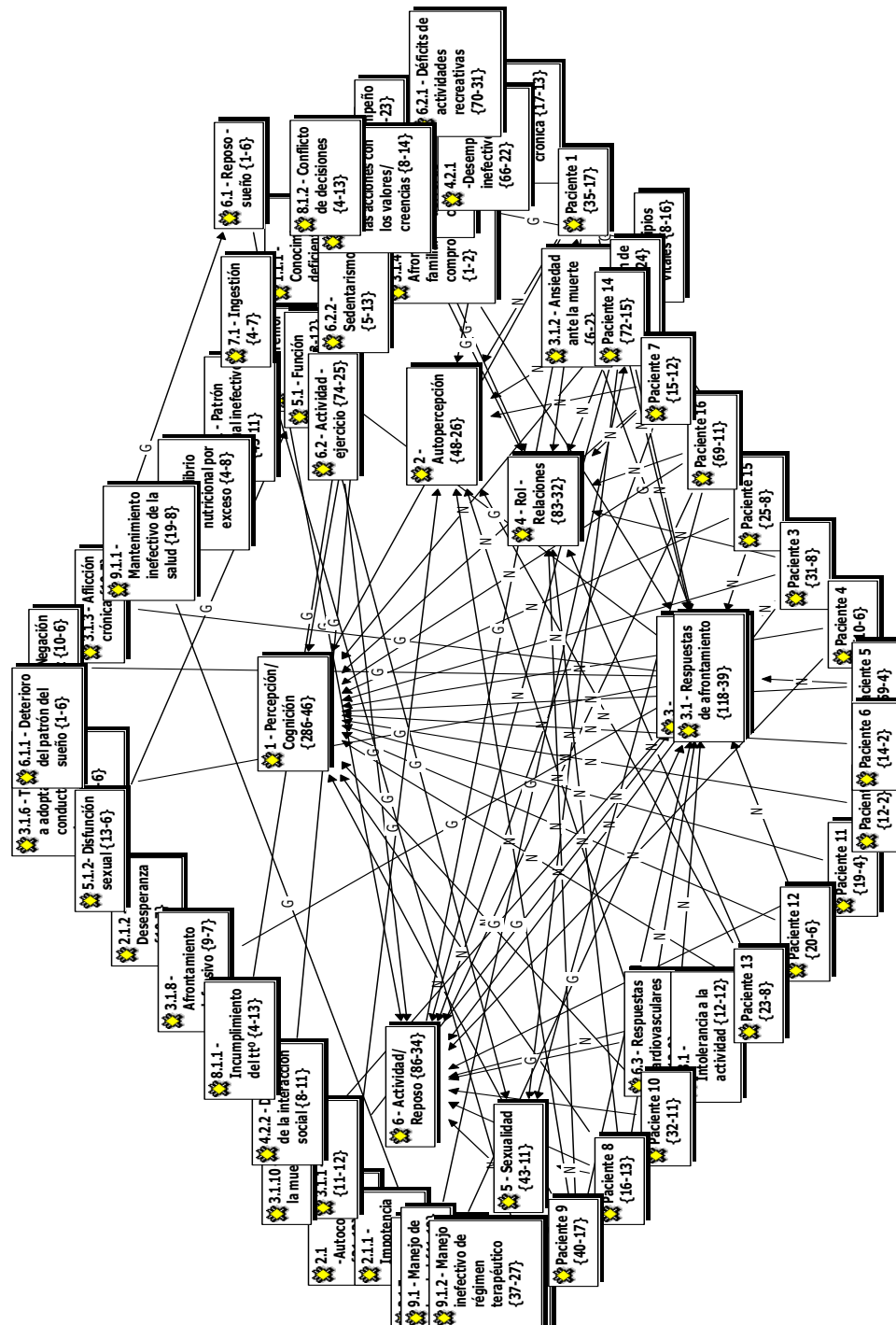
Diagnósticos enfermeros o problemas, más prevalentes



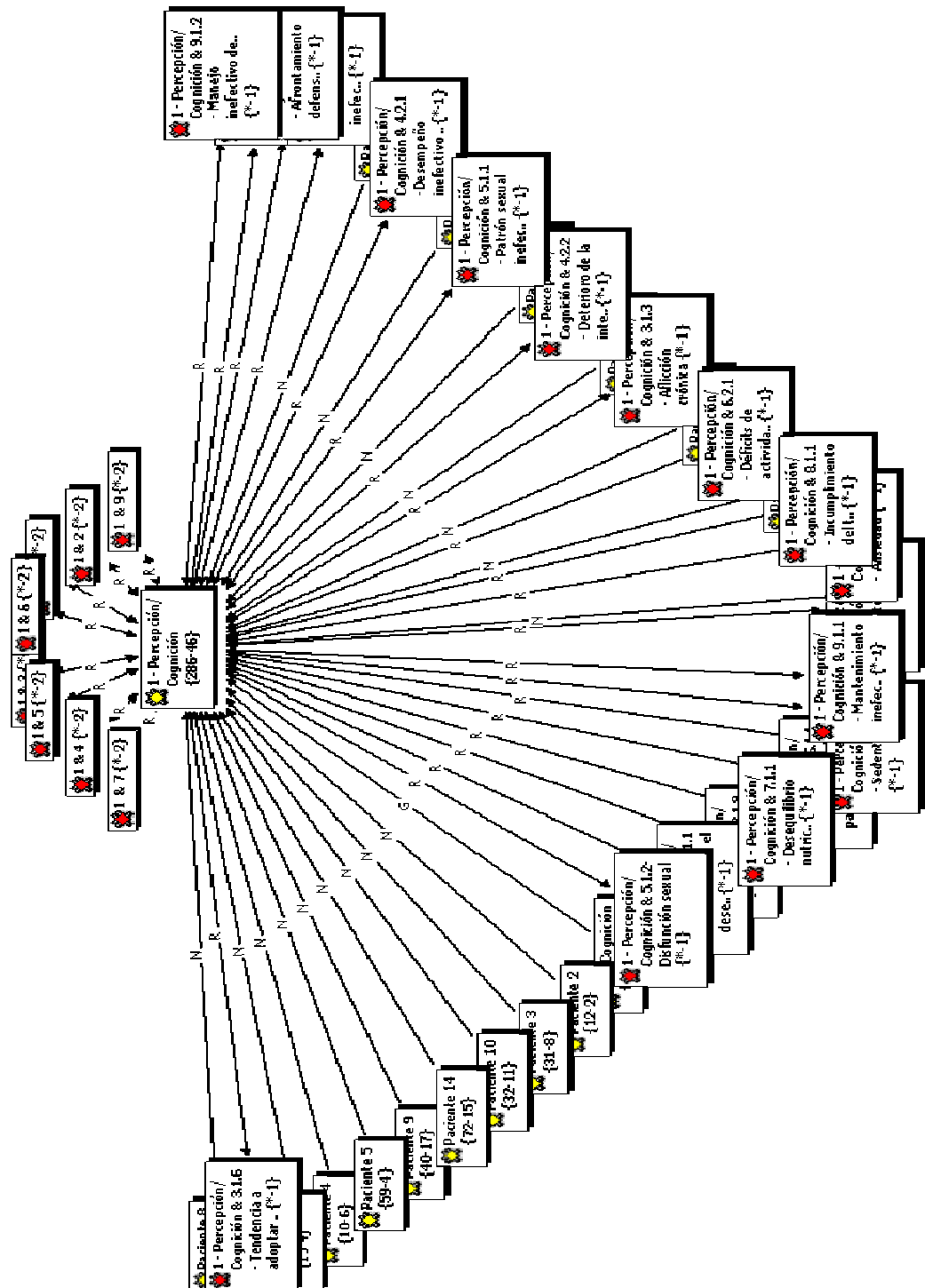
Paciente, sus problemas, y relaciones



Esquema de conocimiento deficiente y la relación con el resto de problemas



Esquema de conocimiento deficiente y la relación con el resto de problemas y con los pacientes



ANEXO IX: Resumen del listado de códigos, familias, y categorías

List of current quotations (492). Quotation-Filter: All

HU: DEFINITIVO OCTUBRE 09
File: [C:\Documents and Settings\Ana\Mis documentos\Scientific Software\ATLAS...\DEFINITIVO OCTUBRE 09.hpr5]
Edited by: Super
Date/Time: 22/08/2011 13:55:54

1:1 estoy de dolores hija mía, est.. (8:8)
1:2 Hombre, explicarte los médicos.. (12:12)
1:3 Ellos nada más que van al marc.. (16:16)
1:4 dicen que me corresponde por l.. (20:20)
1:5 a partir de ya de Agosto, ya n.. (20:20)
1:6 Pues la verdad es qué... no me h.. (24:24)
1:7 que llevara una vida tranquila.. (24:24)
1:8 Sí, yo es que me he tenido que.. (28:28)
1:9 como de todo...menos grasa. (40:40)
1:10 ¿De la alimentación? A mí no m.. (44:44)
1:11 Muy poquita. Es que soy una pe.. (48:48)
1:12 Explicarme de ejercicio? Sí, p.. (52:52)
1:13 No puedo hacer ejercicio. No p.. (56:56)
1:14 Me ahogo. Así estoy pero, lo d.. (60:60)
1:15 tengo una mujer que me viene l.. (66:66)
1:16 mis hijos están todos casados,.. (66:66)
1:17 Qué hago durante el día? Pues .. (70:70)
1:18 el ahogo? Claro, claro, claro,.. (82:82)
1:19 Pues no muy descansada, no muy.. (106:106)
1:20 Una hija tengo ahí abajo, pero.. (118:118)
1:21 Y otra tengo en Mallorca, allí.. (122:122)
1:22 No, no salgo. Tengo amigos sí,.. (127:127)
1:23 No salgo, no porque él (marido.. (129:129)
1:24 Croché, o coser, poco o mucho .. (133:133)
1:25 estoy ya del cansancio y eso q.. (141:141)
1:26 Los nervios los tengo a flor d.. (145:145)
1:27 Así que..., otra persona se... (149:149)
1:28 Yo tenía una vida tranquila y .. (157:157)
1:29 Pues no lo sé, yo soy una pers.. (161:161)
1:30 No, no soy persona de decir pu.. (165:165)
1:31 No tengo miedo, no le tengo mi.. (177:177)
1:32 No, no me preocupa mi enfermed.. (189:189)
1:33 Son cosas normales que pasan q.. (193:193)
1:34 Cuando estaba ingresada estaba.. (217:217)
1:35 No sé qué decirte. Información.. (221:221)
2:1 Sí, pero no... cuando hay pucher.. (53:53)
2:2 El cansancio eso, que me canso.. (111:111)
2:3 Yo creo que por la edad (115:115)
2:4 Yo creo que sí, porque yo siem.. (119:119)

2:5 Me decía que tenía el corazón .. (127:127)
 2:6 No me ha cambiado nada, nada m.. (255:255)
 2:7 ...y ahora me encuentro yo que e.. (259:259)
 2:8 Por el desgaste que tiene uno .. (263:263)
 2:9 Que me dijo el médico que es q.. (275:275)
 2:10 Las pastillas y..., en fin, todo.. (321:321)
 2:11 las pastillas la comida, Todo d.. (329:329)
 2:12 si tomo grasa...Eso a mi lo mism.. (341:341)
 3:1 ¿Que si me explicaban? Sí lo d.. (59:59)
 3:2 Las viejas no entienden tantas.. (63:63)
 3:3 la explicación de la comida? S.. (71:71)
 3:4 Bueno, ¿explicación de las pas.. (79:79)
 3:5 ahora... mi hija no me deja, yo .. (111:111)
 3:6 Paseito, mi hermana vive en la.. (115:115)
 3:7 Sí. Me entretengo así (119:119)
 3:8 por la mañana cuando me levant.. (123:123)
 3:9 Hago los mandados y pongo la c.. (131:131)
 3:10 Me voy ahí al banco y me sient.. (135:135)
 3:11 Ahí en el banco nos sentamos u.. (143:143)
 3:12 según si hace frío no..., estoy .. (147:147)
 3:13 Mucho miedo no tengo, pero alg.. (159:159)
 3:14 Pero vamos que mucho miedo no .. (163:163)
 3:15 Algunas veces digo, "Dios quie.. (167:167)
 3:16 El tenerse que ir y la torsión.. (171:171)
 3:17 Pues fíjese usted la torsión, .. (175:175)
 3:18 Hombre, una torsión grande que.. (179:179)
 3:19 Que si como de todo? No, no co.. (195:195)
 3:20 ...y como la puchera sí la como,.. (199:199)
 3:21 a lo mejor me saco una mijina .. (203:203)
 3:22 Y ayer me comí la latita de at.. (211:211)
 3:23 ...me siento en la silla, y ella.. (267:267)
 3:24 El chorizo no lo pruebo. (283:283)
 3:25 El lomo, si le hace a las cria.. (287:287)
 3:26 ...no como, cosas de cochino no .. (291:291)
 3:27 Aquí mi sobrina tiene también .. (354:354)
 3:28 miedo como le he dicho a usted.. (358:358)
 3:29 La extorsión... (362:362)
 3:30 Pero que se hace mucha extorsi.. (366:366)
 3:31 Yo sí. Yo digo, señor a la vir.. (382:382)
 4:1 No, a mí no me han explicado n.. (11:11)
 4:2 que si necesito más informació.. (15:15)
 4:3 ¿la alimentación? normal (28:28)
 4:4 Pero bajo en sal y después (...).. (32:32)
 4:5 Vamos..., me canso sí, cansarme .. (77:77)
 4:6 No, de cansarme me cansaría po.. (81:81)
 4:7 ¿Durante el día?, me levanto a.. (141:141)
 4:8 Yo creo que sí, estar mejor yo.. (162:162)
 4:9 No, no, no. Lo noto yo, a mi n.. (206:206)
 4:10 No, a mi no me han explicado n.. (214:214)
 5:1 que fue un infarto en condicio.. (10:10)

5:2 no me llegó... tampoco yo... no ll.. (12:12)
 5:3 Me ha cambiado la vida en que..... (12:12)
 5:4 Soy maestra. Pero aun así yo m.. (16:16)
 5:5 Trabajar fuera. Ahora por ejem.. (22:22)
 5:6 De un no parar en todo el día... (24:24)
 5:7 Claro. O por ejemplo en la fam.. (26:26)
 5:8 Y fue otra de las cosas que yo.. (28:28)
 5:9 La información la verdad que t.. (32:32)
 5:10 Sí. Yo voy con mis preguntas... (34:34)
 5:11 Yo voy a mis revisiones anuale.. (36:36)
 5:12 Yo llegué a preguntarle "oye, .. (38:38)
 5:13 Y a mí esas cosas pues sí se m.. (40:40)
 5:14 Y sí son cosas a lo mejor en l.. (42:42)
 5:15 Yo es que también..., a mí me ha.. (46:46)
 5:16 me diagnosticaron una enfermed.. (50:50)
 5:17 Claro, con el tiempo... Yo la ve.. (52:52)
 (...)

RESUMEN DEL LISTADO DE CÓDIGOS DEL ANÁLISIS CATEGORIAL

Code-Filter: All

HU: DEFINITIVO OCTUBRE 09

File: [C:\Documents and Settings\Ana\Mis documentos\Scientific Software\ATLAS...\DEFINITIVO OCTUBRE 09.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 22/08/2011 13:56:26

*1 - Nutrición
 *1 - Principios vitales
 *1 - Rol - Relaciones
 *1 - Sexualidad
 *1 - 1- Percepción/ Cognición & 3.1.4 - Afrontamiento famili..
 *1 - Autopercepción
 *1 -Actividad/ Reposo
 *1 -Afrontamiento/ Tolerancia
 *1 -Promoción de la salud
 *1.1 - Función sexual
 *1.1 - Ingestión
 *1.1 - Roles de cuidador
 *1.1 - Actividad - ejercicio
 *1.1 - Congruencia de las acciones con los valores/creencias
 *1.1 - Desempeño del rol
 *1.1 - Manejo de la salud
 *1.1 - Reposo - sueño
 *1.1 - Respuestas de afrontamiento
 *1.1 -Autoconcepto
 *1.1.1 - Desempeño inefectivo del rol
 *1.1.1 -Deterioro de la interacción social
 *2 - Afrontamiento/ Tolerancia al estrés
 *2 - Nutrición
 *2 - Principios vitales

- *2 - Promoción de la salud
- *2 - Actividad/ Reposo
- *2 - Sexualidad
- *2 -Rol - Relaciones
- *2.1 - Desempeño del rol
- *2.1 - Respuestas de afrontamiento
- *2.1 - Roles de cuidador
- *2.1 -Actividad - ejercicio
- *2.1 -Manejo de la salud
- *2.1.1 - Conocimiento deficiente
- *2.1.1 - Deterioro de la interacción social
- *2.1.1 - Cansancio en el desempeño del rol de cuidador
- *2.1.1 - Desempeño inefectivo del rol
- *2.1.2 - Conocimiento deficiente
- *2.2 - Actividad - ejercicio
- *2.2 - Congruencia de las acciones con los valores/creencias
- *2.2 - Respuestas de afrontamiento
- *2.2 - Roles de cuidador
- *2.2 - Desempeño del rol
- *2.2 -Manejo de la salud
- *2.2.1 - Desempeño inefectivo del rol
- *2.2.1 -Cansancio en el desempeño del rol
- *3 - Actividad/ Reposo
- *3 - Principios vitales
- *3 - Promoción de la salud
- *3 - Rol - Relaciones
- *3 - Nutrición
- *3.1 - Ingestión
- *3.1 - Manejo de la salud
- *3.1 - Actividad - ejercicio
- *3.1 - Desempeño del rol
- *3.1 - Reposo - sueño
- *3.1 - Roles de cuidador
- *3.1 -Congruencia de las acciones
- *3.1.1 - Conocimiento deficiente
- *3.1.1 - Desempeño inefectivo del rol
- *3.1.3 -Conocimiento deficiente
- *3.1.5 - Conocimiento deficiente
- *3.1.6 - Conocimiento deficiente
- *3.1.7 - Conocimiento deficiente
- *3.1.7 - Desempeño inefectivo del rol
- *3.1.8 - Conocimiento deficiente
- *3.1.9 - Conocimiento deficiente
- *4 - Principios vitales
- *4 - Promoción de la salud
- *4 - Actividad/ Reposo
- *4 - Nutrición
- *4 - Sexualidad
- *4.1 - Manejo de la salud
- *4.1 - Actividad - ejercicio

- *4.1 - Congruencia de las acciones
- *4.1 - Desempeño del rol
- *4.1 - Respuestas cardiovasculares
- *4.1.1 - Conocimiento deficiente
- *4.2- Manejo de la salud
- *4.2 - Actividad - ejercicio
- *4.2 - Función sexual
- *4.2 - Congruencia de las acciones con los valores
- *4.2 - Ingestión
- *4.2 - Respuestas cardiovasculares
- *4.2.2 - Déficits de actividades recreativas
- *4.2.2 - Desempeño inefectivo del rol
- *5 - Promoción de la salud
- *5.1 - Manejo de la salud
- *5.1.1 - Conocimiento deficiente
- *5.1.1 - Desempeño inefectivo del rol
- *5.1.2- Conocimiento deficiente
- *6 - Promoción de la salud
- *6 - Principios vitales
- *6 -Nutrición
- *6.1.1 - Ansiedad
- *6.1.1 - Conocimiento deficiente
- *6.2 - Ingestión
- *6.2 - Manejo de la salud
- *6.2 - Congruencia de las acciones con los valores/ creencias
- *6.2 - Respuestas cardiovasculares
- *6.2.1 - Aflicción crónica
- *6.2.1 - Baja autoestima crónica

(...)

FAMILIAS DE CÓDIGOS DEL ANÁLISIS CATEGORIAL

Code Families ATLAS.ti

HU: Investigación
 File: [C:\Users\Ana\Desktop\Ana\Investigación.hpr5]
 Edited by: Super
 Date/Time: 12/02/09 17:58:47

Code Family: 1.1 - Cognición
 Created: 04/02/09 20:06:58 (Super)
 Codes (1): [1.1.1 - Conocimiento deficiente]
 Quotation(s): 286

Code Family: 2.1 - Autoconcepto
 Created: 04/02/09 20:07:37 (Super)
 Codes (2): [2.1.1 - Impotencia] [2.1.2 - Desesperanza]
 Quotation(s): 33

Code Family: 2.2 - Autoestima
 Created: 04/02/09 20:08:28 (Super)
 Codes (1): [2.2.1 - Baja autoestima crónica]

Quotation(s): 18

Code Family: 3.1 - Respuestas de afrontamiento

Created: 04/02/09 20:08:50 (Super)

Codes (10): [3.1.1 - Ansiedad] [3.1.10 - Temor a la muerte] [3.1.2 - Ansiedad ante la muerte] [3.1.3 - Aflicción crónica] [3.1.4 - Afrontamiento familiar comprometido] [3.1.5 - Negación inefectiva] [3.1.6 - Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud] [3.1.7 - Afrontamiento inefectivo] [3.1.8 - Afrontamiento defensivo] [3.1.9 - Temor]

Quotation(s): 127

Code Family: 4.1 - Roles de cuidador

Created: 04/02/09 20:17:14 (Super)

Codes (1): [4.1.1 - Cansancio en el desempeño del rol de cuidador]

Quotation(s): 17

Code Family: 4.2 - Desempeño del rol

Created: 04/02/09 20:09:30 (Super)

Codes (2): [4.2.1 - Desempeño inefectivo del rol] [4.2.2 - Deterioro de la interacción social]

Quotation(s): 71

Code Family: 5.1 Función sexual

Created: 04/02/09 20:09:56 (Super)

Codes (2): [5.1.1 - Patrón sexual inefectivo] [5.1.2 - Disfunción sexual]

Quotation(s): 56

Code Family: 6.1 - Reposo/ sueño

Created: 04/02/09 20:10:25 (Super)

Codes (1): [6.1.1 - Deterioro del patrón del sueño]

Quotation(s): 1

Code Family: 6.2 - Actividad - ejercicio

Created: 04/02/09 20:10:51 (Super)

Codes (2): [6.2.1 - Déficits de actividades recreativas] [6.2.2 - Sedentarismo]

Quotation(s): 77

Code Family: 6.3 - Respuestas cardiovasculares

Created: 04/02/09 20:11:16 (Super)

Codes (1): [6.3.1 - Intolerancia a la actividad]

Quotation(s): 14

Code Family: 7.1 - Ingestión

Created: 04/02/09 20:11:37 (Super)

Codes (1): [7.1.1 - Desequilibrio nutricional por exceso]

Quotation(s): 4

Code Family: 8.1 - Congruencia de las acciones con los valores/ creencias

Created: 04/02/09 20:12:14 (Super)

Codes (2): [8.1.1 - Incumplimiento del ttº] [8.1.2 - Conflicto de decisiones]

Quotation(s): 10

Code Family: 9.1 - Manejo de la salud

Created: 04/02/09 20:12:49 (Super)

Codes (2): [9.1.1 - Mantenimiento inefectivo de la salud] [9.1.2 - Manejo inefectivo del régimen terapéutico]

Quotation(s): 56

ANEXO X: Pantalla de la Unidad Hermenéutica del ATLAS.ti, en el análisis categorial

The screenshot displays the ATLAS.ti software interface. The main window shows a text document with several paragraphs of text. The text is in Spanish and discusses a patient's experience with a heart condition. The text is as follows:

Es consciente de que vive por los pelos, pero dice que no se va a dejar llevar por la enfermedad, que cuando tenga que morirse se va a morir, que ya llegará su momento.

No le da miedo la muerte ni le genera ansiedad, dice que él es un hombre que siempre ha afrontado la vida como le ha venido y que ya ha luchado más de una vez contra la muerte. Con 24 años se cayó de un 4º piso, estaba trabajando y que aquí está. **Cuando le dio el 2º infarto le dijeron que tal y como tenía el corazón, no duraría ni un cuarto de hora. Se lo dijeron porque él quería saber su situación, y su respuesta fue, "bueno eso ya lo veremos". Dice que eso le sirve para enfrentarse y luchar;**

Está muy contento con el trato y la información recibida en el hospital durante todas las veces que ha tenido que ingresar. Sólo quiere "que la tele sea gratis en el hospital".

Sigue una dieta con poca sal aunque a veces come algunas cosillas que no están en el régimen prescrito, no fuma desde hace 17 años.

Ha tenido polipos en la vejiga que le han tenido que extirpar y le han puesto hasta 6 ciclos de quimioterapia. En estos momentos otra vez tiene que comenzar el tratamiento porque otra vez le han detectado más polipos. Cuando se lo dijeron se vino un poco abajo, pero ahora ya dice que ha empezado otra vez a luchar con otra cosa.

"Me irrito mucho y me pongo muy nervioso", no solo con las personas si no también con las circunstancias. Dice que entonces intenta pararse y serenarse, pero que le cuesta mucho controlarse.

Se fatiga mucho y eso le ha limitado la actividad. Antes iba y venía a Huelva andando y lo hacía casi a diario. Ahora sólo puede ir calle arriba y abajo y como mucho a casa de una hija que está un poco más lejos. Lo hace con dificultad, siente cansancio y fatiga y debe pararse muchas veces. En casa sólo ve la tele, lee y casi no puede hacer nada más. No tiene muchas aficiones, antes cuidaba de un pequeño huerto, pero ahora ya no puede hacerlo.

Su familia es el principal soporte para él, tanto su mujer como sus 5 hijos. Ha estado acostumbrado a estar por delante de todo con sus hijos, y están muy unidos. *"Mi familia es todo para mí"*.

Antes iba al casino y allí estaba con sus amigos hablando y jugando unas partiditas, pero ahora ya no puede ir, aunque el casino no está muy lejos; pero dice que por las tardes ya se siente fatigado y le cuesta salir de casa. Sus amigos lo visitan en casa, pero sobre todo cuando se enteran que ha estado ingresado.

Duerme mal, dice que ronca mucho y que tiene sueños que le hacen dormir mal, dice que son pesadillas. Se levanta muy cansado con la sensación de no haber descansado.

Los primeros años después del infarto fueron muy malos, no se acostumbraba a la nueva situación, pero ahora se ha "resignado".

On the right side of the interface, there is a list of codes (categories) that have been assigned to the text. The codes are organized into a hierarchical structure. The codes visible are:

- 3 - Afrontamiento/ Tolerancia al estrés
 - 3.1 - Respuestas de afrontamiento
 - 3.1.1 - Ansiedad
- 1 - Percepción/ Cognición
 - 1.1 - Cognición
 - 1.1.1 - Conocimiento deficiente
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.2 - Deterioro de la interacción social
- 1 - Percepción/ Cognición
 - 1.1 - Cognición
 - 1.1.1 - Conocimiento deficiente
- 3 - Afrontamiento/ Tolerancia al estrés
 - 3.1 - Respuestas de afrontamiento
 - 3.1.1 - Ansiedad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/ Reposo
 - 5.3 - Respuestas cardiovasculares
 - 5.3.1 - Intolerancia a la actividad
- 4 - Rol - Relaciones
 - 4.2 - Desempeño del rol
 - 4.2.1 - Desempeño ineffectivo del rol
- 5 - Actividad/

ANEXO XI: Gestor bibliográfico RefWorks 2.0

The image displays two screenshots of the RefWorks 2.0 web interface, showing the 'Referencias' (References) page. The interface is viewed through a Windows Internet Explorer browser window.

Top Screenshot:

- Header:** RefWorks, Programa de Administración Bibliográfica en el Web. Universidad de Huelva. Bienvenido, ana.
- Navigation:** Referencias, Ver, Buscar, Bibliografía, Herramientas, Ayuda.
- Buttons:** Nueva Carpeta, Crear Bibliografía, Nueva Referencia.
- Referencias > Todas las referencias:**
 - Referencias:** Organizar y compartir carpetas. Ordenar por: Autor, Año, Título, etc.
 - Referencia 1 de 1209:** ID Ref 1458. Título Primario: Euroaction: do Couples Attending a Hospital-Based Multidisciplinary Family Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Programme Share the Same Smoking Habits? do they Change Together? Fuente: *Heart*, 2008, 94, A12-A12. Carpeta: [EMOT EDUC LIFESTYLE: EUROACT Y PREVEN.](#)
 - Referencia 2 de 1209:** ID Ref 1459. Título Primario: Euroaction: Changes in Smoking, Diet and Physical Activity Over One Year in a Family-Based Preventive Cardiology Programme in Hospital and General Practice. Fuente: *Heart*, 2008, 94, 139-140. Carpeta: [EMOT EDUC LIFESTYLE: EUROACT Y PREVEN.](#)
 - Referencia 3 de 1209:** ID Ref 619. Título: Emotions after heart attack: An important part of healing. Fuente: *Mayo Clin Womens Healthsource*, 2007, 11, 1, 7, United States. Carpeta: [PUBMED.](#)
 - Referencia 4 de 1209:** ID Ref 546. Título del libro: Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) / editoras Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochteman. Carpeta: [JHU.](#)
 - Referencia 5 de 1209:** ID Ref 692. Título: Resultados del EUROACTION: un estudio multidisciplinario liderado por enfermeras sobre cardiología preventiva. Carpeta: [GRUPO DE ESTUDIOS.](#)
- Sidebar (Right):**
 - Carpets:** BUS 2a (79), BUS5 (84), BUS6 (50), COMUNICACIONEducs, CUALI (97), CUALI 25052011 TEORI, CUALI ANALISIS (2), CUALI RIGOR (13), CUID ENFROS percop e, EMOT EDUC LIFESTYLE, ETICA (3).
 - Acceso rápido:** Mi lista, Búsqueda Avanzada, Importar, Exportar, Personalizar, Visualizar formatos bibliográficos, Gestor de los Formatos Bibliográficos.
 - Recursos:** Presentación preliminar de RefWorks 2.0, Webinars, Centro de recursos.
 - Avisos:** RefMobile puts RefWorks wherever you are!

Bottom Screenshot:

- Referencias > Todas las referencias:**
 - Referencia 2 de 1209:** ID Ref 1459. Título Primario: Euroaction: Changes in Smoking, Diet and Physical Activity Over One Year in a Family-Based Preventive Cardiology Programme in Hospital and General Practice. Fuente: *Heart*, 2008, 94, 139-140. Carpeta: [EMOT EDUC LIFESTYLE: EUROACT Y PREVEN.](#)
 - Referencia 3 de 1209:** ID Ref 619. Título: Emotions after heart attack: An important part of healing. Fuente: *Mayo Clin Womens Healthsource*, 2007, 11, 1, 7, United States. Carpeta: [PUBMED.](#)
 - Referencia 4 de 1209:** ID Ref 546. Título del libro: Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) / editoras Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochteman. Carpeta: [JHU.](#)
 - Referencia 5 de 1209:** ID Ref 692. Título: Resultados del EUROACTION: un estudio multidisciplinario liderado por enfermeras sobre cardiología preventiva. Carpeta: [GRUPO DE ESTUDIOS.](#)
 - Referencia 6 de 1209:** ID Ref 1184. Título: Artículo de Revista Académica (Journal) Referencia 5 de 1209. Fuente: 978-84. Carpeta: [todo.milist](#)
 - Referencia 7 de 1209:** ID Ref 1186. Título del libro: Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) / editoras Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochteman. Carpeta: [todo.milist](#)
 - Referencia 8 de 1209:** ID Ref 1452. Título: Physical activity after cardiac rehabilitation: evidence that different types of self-efficacy are important in maintaining and relapsing.
 - Referencia 9 de 1209:** ID Ref 1454. Título: Return to work of the cardiac patient: the effect of work-related self-efficacy, self-concept and self-esteem. Carpeta: [SELF EFFICACY.](#)
 - Referencia 10 de 1209:** ID Ref 1455. Título: Tesis Referencia 10 de 1209.
- Sidebar (Right):**
 - Carpets:** CUALI RIGOR (13), CUID ENFROS percop e, EMOT EDUC LIFESTYLE, ETICA (3).
 - Acceso rápido:** Mi lista, Búsqueda Avanzada, Importar, Exportar, Personalizar, Visualizar formatos bibliográficos, Gestor de los Formatos Bibliográficos.
 - Recursos:** Presentación preliminar de RefWorks 2.0, Webinars, Centro de recursos.
 - Avisos:** RefMobile puts RefWorks wherever you are! Manage your research wherever you go with RefMobile-on any web-accessible mobile device. Learn more. RefWorks is on Facebook and Twitter. Join us now!
 - Estadísticas:** 1205 Referencia(s), 34 Carpeta(s), 1 Elemento(s) compartido(s), 146 Archivo(s) adjunto(s), 22550514 / 104857600 bytes utilizados.

ANEXO XII: Cd con las entrevistas cualitativas completas