

TESIS DOCTORAL

VERSIÓN RESUMIDA

2022



**MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE
UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA**

M^a JOSÉ FERREIRA DÍAZ

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DIRECTORAS: GABRIELA ELBA TOPA CANTISANO

ANA LAGUÍA GONZÁLEZ

El presente documento es una versión reducida de la tesis presentada en la que se han eliminado diversos aspectos y datos por razones de confidencialidad.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO.....	3
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS.....	5
1.2. ESTRUCTURA	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO	6
2.1.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV).....	7
2.1.2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV).....	9
2.1.3. ESTILO DE VIDA Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR	11
2.2. CALIDAD DE VIDA.....	19
2.2.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA.....	19
2.2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)	19
2.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	21
2.3 PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA (PCR).....	23
2.4. ALFABETIZACIÓN EN SALUD	28
CAPÍTULO II: PARTE EMPÍRICA.....	31
ESTUDIO 1: PACIENTES CORONARIOS HABLANDO DE RIESGOS NUTRICIONALES: ETIQUETADO <i>NUTRISCORE</i> Y MÁQUINAS DE “ <i>VENDING</i> ” EN LOS HOSPITALES.....	33
1.RESUMEN.....	35
2.INTRODUCCIÓN.....	35
2.1. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA: DEFINICIÓN Y OBJETIVOS.....	36
2.2. ALIMENTACIÓN SALUDABLE: DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN	38
3. MÉTODO	39
3.1. PARTICIPANTES	39
3.2. PROCEDIMIENTO.....	41
3.3. INSTRUMENTO.....	41
3.4. ANÁLISIS DE DATOS	44
4. RESULTADOS	45
4.1. PRIMERA CATEGORÍA TEMÁTICA: ETIQUETADO <i>NUTRISCORE</i>	45
4.2. SEGUNDA CATEGORÍA TEMÁTICA: LEY 17/2011, 5 JULIO, DE SEGURIDAD ALIMENTARIA	46
4.3. TERCERA CATEGORÍA TEMÁTICA: FOMENTANDO UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.....	47
4.4. CUARTA CATEGORÍA TEMÁTICA: PROFESIONALES SANITARIOS REFERENTES EN MATERIA DE ALIMENTACIÓN.....	48

4.5. QUINTA CATEGORÍA TEMÁTICA: ADHERENCIA A LA CHARLA DIETA SALUDABLE DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA	48
4.6. SEXTA CATEGORÍA TEMÁTICA: VISIÓN DEL “VENDING” EN LOS HOSPITALES ..	49
5. DISCUSIÓN.....	49
5.1. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	52
5.2. CONCLUSIONES	54
ESTUDIO 2: MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.....	55
1.RESUMEN.....	57
2. INTRODUCCIÓN.....	57
3. MARCO TEÓRICO.....	58
3.1. CALIDAD DE VIDA	58
3.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	59
3.3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA	60
3.4. VARIABLES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA	61
4. MÉTODO.....	62
4.1. PARTICIPANTES	62
4.2. PROCEDIMIENTO.....	64
4.3. INSTRUMENTO.....	66
4.4. ANÁLISIS DE DATOS	67
5. RESULTADOS	67
6. DISCUSIÓN.....	77
6.1 LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	80
6.2. CONCLUSIONES	81
CAPÍTULO III: CONCLUSIONES	83
1. APORTACIONES DE AMBOS ESTUDIOS	85
2. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	88
3. CONCLUSIONES	90
REFERENCIAS	95

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad prematura y discapacidad en el mundo, de ahí la importancia de la labor preventiva en el desarrollo de esta enfermedad. La participación del paciente en todo su proceso de salud, dentro de un contexto de trabajo colaborativo con el profesional, se hace crucial para desarrollar conductas de salud más adaptativas, independientes y activas que se traducirán en mayor cumplimiento terapéutico.

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

La elección del trabajo en el contexto de la prevención cardiovascular enmarcado en concreto en la unidad de rehabilitación cardíaca, nace por un lado del desempeño asistencial que como enfermera ejerzo en esta unidad hospitalaria. La relación de ayuda que se establece con los pacientes genera un amplio marco para la investigación, algo que me resulta muy estimulante y atractivo y de ahí el interés personal en trabajar en esta línea de investigación.

Por otro lado, aunque la enfermedad cardiovascular siga cobrándose la vida de millones de personas en todo el mundo, las unidades de rehabilitación cardíaca son aún muy escasas, algo que verdaderamente me preocupa y me incentiva a la hora de poder contribuir a ampliar los estudios que puedan ofrecer resultados relevantes en beneficio de aquellos a los que cuidamos y concienciar de la necesidad de crecimiento y expansión de estas unidades tanto en el contexto hospitalario como en la atención primaria.

El objetivo de esta tesis es conocer el impacto que un programa de rehabilitación cardíaca tiene en la calidad de vida de las personas con patología cardíaca. Los programas de prevención y rehabilitación cardíaca (PRC) surgen como estrategia para el abordaje de la enfermedad cardiovascular (ECV) e incluyen intervenciones enfocadas en la modificación de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), ejercicio físico y asistencia psico-social, además de la valoración clínica y el control médico. Gracias a la medición de la calidad de vida relacionada con la salud podemos obtener datos o información subjetiva de cómo el paciente percibe su enfermedad y las limitaciones que esta conlleva. Esta tesis doctoral en su conjunto pretende poner en valor los programas de rehabilitación cardíaca como mejora percibida en la atención sanitaria por las personas que sufren una cardiopatía.

1.2. ESTRUCTURA

Esta tesis se divide en tres capítulos. El **Capítulo I** recoge la introducción y el marco teórico del proyecto, que engloba cuatro grandes bloques que abordan: la enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo cardiovascular, la calidad de vida, los programas de rehabilitación cardíaca y la alfabetización en salud.

El **Capítulo II** desarrolla la parte empírica del proyecto de investigación que se compone de dos estudios, uno de investigación cualitativa y otro de investigación cuantitativa. El **Estudio 1**, pacientes coronarios hablando de riesgos nutricionales: etiquetado *NutriScore* y máquinas de “*vending*” en los hospitales. El **Estudio 2**, mejora de la calidad de vida a través de un programa de rehabilitación cardíaca. En este capítulo se describen las diferentes fases dentro del proceso de investigación secuenciadas en varias etapas: introducción, metodología, resultados y conclusiones.

El **Capítulo III** incluye el resumen del trabajo de ambos estudios, detallando las aportaciones, además de las limitaciones y futuras líneas de investigación con las conclusiones finales.

2. MARCO TEÓRICO

El contexto de la enfermedad cardiovascular, en su mayor parte, está enmarcado por estilos de vida poco cardiosaludables. La combinación de diferentes factores como pueden ser los hábitos dietéticos o el tabaquismo se combinan para exponer a los individuos desde edades tempranas al desarrollo de esta temible enfermedad que se cobra la vida de millones de personas en todo el mundo. En este apartado se revisa en primer lugar qué es la enfermedad cardiovascular y cuáles son sus factores de riesgo. También se describe la importancia del estilo de vida y la necesidad de la prevención cardiovascular. A continuación, se estudia el concepto de calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud con sus instrumentos de medida. Para finalizar se describen los programas de rehabilitación cardíaca y el concepto de alfabetización en salud.

2.1 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO

La enfermedad cardiovascular constituye un problema de salud pública y está estrechamente relacionada con factores del estilo de vida. Una dieta malsana, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol y el estrés son las causas más importantes de cardiopatía. Los efectos de estos factores de riesgo cardiovascular se manifiestan en las personas en forma de hipertensión, colesterol elevado, aumento de la glucosa en sangre y

sobrepeso u obesidad. Estas manifestaciones son significativas a la hora de poder aumentar el riesgo de sufrir un evento cardiovascular.

2.1.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV)

La ECV es la principal causa de mortalidad prematura y discapacidad en el mundo y representa un tercio de todas las muertes, con un impacto considerable en la calidad de vida y la economía (Jiang et al., 2020). De ahí la necesidad de una intervención multifactorial en el estilo de vida, ya que podría tener un papel en la reducción del riesgo de ECV, especialmente en las poblaciones de riesgo (Sisti et al., 2018).

La esperanza de vida actual en España, 83,3 años, es superior en 2 años a la media europea de 80,9; cabe decir que este incremento viene determinado por tasas de fecundidad bajas y un aumento de la supervivencia debido a la mejora en los tratamientos médicos (Pérez Díaz et al., 2020). El envejecimiento de la población conlleva un aumento de las enfermedades crónicas, además de soportar una multimorbilidad añadida que provoca un mayor consumo de recursos, tal como se recoge en algunos estudios realizados en diferentes comunidades autónomas de España (Millá Perseguer et al., 2019)

Según un informe especial de la *American Heart Association* (AHA; Díez-Espino et al., 2020) la salud cardiovascular se define mediante siete unidades de medida, que incluyen comportamientos e indicadores de salud como son: estado de tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), niveles de actividad física (AF), puntuaciones de dieta, colesterol total (CT), nivel de presión arterial (PA) y nivel de glucosa plasmática en ayunas. Para lograr el objetivo de promoción de la salud cardiovascular ideal de la AHA, cada indicador debe estar dentro de ciertos rangos o valores de seguridad. Esta definición de salud cardiovascular aborda los comportamientos de salud y los indicadores de salud relacionados tanto con las enfermedades cardiovasculares como con la diabetes y, por lo tanto, ofrece una guía sobre cómo lograr mejoras en la prevención de ambas enfermedades. Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes comparten factores de riesgo similares, como una dieta poco saludable, inactividad física y obesidad, de ahí que vayan de la mano (Zhang et al., 2017).

En la guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC; Visseren et al., 2021) se refuerzan las propuestas de recomendaciones de hábitos de vida cardiosaludables con el objetivo de disminuir la mortalidad cardiovascular. En ellas se resalta, entre otras, la importancia de una alimentación saludable con restricción energética para estimular la

pérdida de peso y la práctica del ejercicio para combatir el sedentarismo. Asimismo, contempla el abordaje de la ansiedad y la depresión con tratamiento psicológico o farmacológico para disminuir los eventos cardiovasculares (Tabla 1). En la guía se destaca lo primordial de la atención preventiva que resulta vital en el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Tabla 1

Recomendaciones de Hábitos de Vida Cardiosaludables de la Sociedad Europea de Cardiología

-
1. Mejorar estilo de vida, además de tratamiento farmacológico adecuado, con el objetivo de reducir la mortalidad cardiovascular y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.
 2. Intervenciones cognitivo-conductuales para ayudar a alcanzar un estilo de vida saludable.
 3. Rehabilitación cardíaca multidisciplinaria basada en el ejercicio, para reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad cardiovascular.
 4. Intervenciones de equipos multidisciplinarios (cardiólogos, médicos de familia, enfermería, dietistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacéuticos) para producir mejores resultados en salud.
 5. Intervenciones psicológicas para mejorar los síntomas de depresión y la calidad de vida relacionada con la salud.
 6. Vacunación antigripal anual de pacientes con enfermedad cardiovascular, especialmente los de edad avanzada, para reducir la morbilidad.
-

Nota. Elaboración propia a partir de Collet et al. (2021).

Se puede concluir que gracias a los avances en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos y al manejo de los factores de riesgo, las personas ahora son capaces de vivir más años, pero eso sí, enfermos con una cardiopatía coronaria crónica. Un

metaanálisis reciente revela datos en cuanto a la supervivencia (Huang et al., 2021). Dentro de los 5 años siguientes a haber padecido un primer infarto agudo de miocardio (IM), se estima que entre el 15% y el 22% de los adultos mayores de 45 años sufrirán un segundo IM no mortal o morirán a causa de una cardiopatía coronaria. De ahí la necesidad de replantearnos una vez más la prevención como pieza clave para disminuir estos eventos cardiovasculares, convirtiéndose en un enfoque principal del tratamiento de las enfermedades del corazón. El control de la epidemia de cardiopatía coronaria requiere, por tanto, enfoques dirigidos a los factores de riesgo modificables de la enfermedad.

2.1.2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV)

El riesgo cardiovascular hace referencia a la probabilidad de que ocurra un determinado episodio vascular en un determinado intervalo de tiempo en base a los FRCV que tiene esa persona que pertenece a un grupo poblacional concreto (Whelton et al., 2018). Actualmente la forma más utilizada para estimar el riesgo cardiovascular es a través de las escalas del sistema SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) que miden el riesgo de sufrir un evento cardiovascular fatal a 10 años (Mostaza et al., 2019). El principal objetivo es eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad cardiovascular y sus secuelas.

Entre los objetivos de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) se encuentra el mejorar el conocimiento y control de los FRCV en nuestro país (Ascaso et al., 2017). La decisión de elaborar unos estándares de calidad para el control global del riesgo cardiovascular, es una forma de intentar plasmar la evidencia científica y las recomendaciones nacionales e internacionales más específicas sobre los principales factores de riesgo. Una consideración importante a tener en cuenta es que los factores de riesgo son silentes, no duelen ni dan síntomas, por lo que son muy difíciles de detectar hasta que ya es demasiado tarde, causando lesiones importantes.

Dentro de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular podemos hacer una diferenciación. Por un lado, tenemos los que no son controlables o modificables como la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares y, por otro lado, están los que sí son modificables, como el tabaquismo, el control del colesterol, de la hipertensión arterial, del estrés o de la diabetes, además del estilo de vida que debiera incluir una alimentación saludable y más actividad física regular (Mendieta Torres et al., 2020).

Algo también importante a considerar es que hay factores que pueden reclasificar el riesgo cardiovascular al alza. Entre ellos, se podrían considerar el nivel socioeconómico bajo, el aislamiento social, la personalidad tipo D, el estrés, la ansiedad, la depresión, la hostilidad y los antecedentes de cáncer de los pacientes que hayan sido tratados con quimioterapia/radioterapia, entre otros (Mostaza et al., 2019).

Si luchamos contra los factores de riesgo comportamentales podemos afirmar que la ECV es más prevenible que irremediable, ya que se estima que un 90% de los infartos en todo el mundo están asociados a causas como la hipertensión, el tabaquismo, niveles de colesterol elevado, obesidad o diabetes (Mendieta Torres et al., 2020). Por si esto fuera poco, la triste realidad que nos avala la literatura científica, es que después de sufrir un evento coronario un alto porcentaje de los pacientes no cumple con los objetivos terapéuticos. El registro europeo EUROASPIRE V (2016-2017), con una base de datos de 8.261 pacientes incluidos en 27 países, recoge que el 16.8% seguía fumando, el 33% de los diabéticos estaban mal controlados y tan solo un 46% de los pacientes mantenían sus cifras de tensión arterial en parámetros de seguridad (Toledo Frías et al., 2019).

Todos estos datos de mal control de factores de riesgo cardiovascular ponen de manifiesto una vez más la necesidad de una buena prevención secundaria para atajar inercias, como olvidos o desconocimientos, tanto por parte de pacientes como de profesionales. La rehabilitación cardíaca es una indicación clara, con evidencia científica de peso, recomendada en las guías de práctica clínica para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, donde se contempla un abordaje estricto de los factores de riesgo cardiovascular, programa de ejercicio, educación sanitaria y seguimiento clínico de su cardiopatía (Bozkurt, Fonarow et al., 2021).

Se hace necesario señalar que la efectividad de los programas de rehabilitación multidisciplinarios, comprometidos con el asesoramiento y prevención de la enfermedad cardiovascular, se ve altamente influenciada por el tipo de organización, la implementación y la cultura del equipo, en la que el líder es particularmente vital en su desarrollo. Cabe decir aquí que los profesionales de enfermería suelen ser los principales cuidadores en diferentes entornos de atención sanitaria, por lo que pueden ejercer de líderes para brindar atención centrada en el paciente con respecto a las respuestas de las personas a la enfermedad en la promoción de la salud y el mantenimiento de la misma y la prevención de enfermedades. Un reciente estudio (Jiang et al., 2020) revela que un programa multidisciplinario coordinado o dirigido por profesionales de enfermería podría garantizar un líder fijo, mejorar la rigidez

del equipo y desempeñar un papel coordinador en el proceso de estandarización e implementación del cuidado de enfermería.

En la Tabla 2, además de las intervenciones con prescripciones específicas para cada uno de los factores de riesgo cardiovascular, se recogen algunos de los determinantes sociales que no debemos de pasar por alto en el abordaje de la enfermedad cardiovascular.

Tabla 2

Consideraciones para Abordar los Determinantes en Salud

Factores de riesgo	Determinantes
Alimentación	Evaluar influencias sociales y culturales Identificar factores económicos, poblaciones vulnerables, barreras al acceso a los alimentos, percepción del tamaño corporal
Ejercicio	Evaluar entorno del vecindario y acceso a instalaciones
Obesidad	Identificar factores de estrés psicosocial Valorar higiene del sueño Asesoramiento para la pérdida de peso
Riesgo cardiovascular	Evaluar factores de riesgo cardiovascular Detectar factores de estrés psicosocial Seguimiento en la valoración de la alfabetización en salud
Hipertensión	Valorar factores asociados con un mal control Identificar hábitos de estilo de vida perjudiciales Opciones de ejercicio viables y dieta pobre en sodio
Diabetes mellitus	Evaluar factores ambientales y psicosociales Valorar la autoeficacia y el apoyo social
Tabaquismo	Asesoramiento de apoyo social individualizado y grupal

Nota. Elaboración propia a partir de Arnett et al. (2019).

2.1.3. ESTILO DE VIDA Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

El estilo de vida es un importante antecedente en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. De ahí que tome particular relevancia la forma de vida de los individuos, condicionando de forma importante la morbilidad de la población. Los principales contratiempos de salud de nuestra sociedad están causados por estilos de vida no

saludables, como el consumo del tabaco o alcohol, el sedentarismo y la alimentación inadecuada (del Pino Casado et al., 2014). La forma más importante de prevenir cualquier enfermedad crónica, y en particular la enfermedad cardiovascular, es promover un estilo de vida saludable que podamos desarrollar durante toda la vida (Arnett et al., 2019).

Cuando describimos el término prevención debemos diferenciar tres tipos: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria tiene como finalidad evitar la aparición de la enfermedad, tratando de conseguir cambios de comportamientos poco saludables o inseguros. Como ejemplo de ella se podrían citar una dieta saludable, el ejercicio físico regular o la abstinencia de fumar.

Cuando hablamos de prevención secundaria el objetivo planteado sería otro diferente, minimizar el impacto de un mal resultado de salud que ya ha ocurrido. Esto se lograría identificando y tratando una patología lo antes posible para evitar su progresión, implementando estrategias para prevenir la recurrencia y modificando actividades para ayudar a los pacientes a volver a su estado de salud original. Como ejemplo de esta prevención secundaria podríamos citar el control del peso, la tensión arterial o las cifras del colesterol.

En último lugar estaría la prevención terciaria, donde encajaría la rehabilitación, tratando de prevenir las limitaciones físicas, funcionales y sociales provocadas por la enfermedad ya crónica. Se trata, por tanto, de disminuir la discapacidad, mejorar la calidad de vida y alargar la esperanza de vida (Ballard y Blazes, 2020).

La prevención resulta clave e incluye un amplio abanico de intervenciones destinadas a promover la salud mediante la reducción de los factores de riesgo cardiovascular, un papel decisivo en la probabilidad de desarrollar la enfermedad. Sin embargo, hacer de la prevención una prioridad es uno de los mayores obstáculos de la medicina. Agarwala et al. (2021) consideran que en el corazón de la medicina reside la capacidad de prevenir enfermedades innecesarias. A partir de esta base se nos enseña a cómo conseguir motivación para nosotros mismos y también para nuestros pacientes integrando las medidas preventivas en la rutina diaria. La regla básica recomendada sería identificar y eliminar las barreras para un estilo de vida saludable (costo, molestias, falta de tiempo, etc.), simplificar el mensaje (mediante objetivos individualizados para conseguir una transición gradual hacia un estilo de vida más saludable) e impulsar la alfabetización en salud (comenzando a una edad temprana, estimulando a las comunidades y

proporcionando recursos a los profesionales de la salud para abogar por prácticas de salud óptimas).).

Otro elemento clave a tener en cuenta en el cuidado de estos pacientes es el abordaje holístico del individuo. Conocer el estado de salud de la población se hace fundamental como punto de partida. Este abordaje debería estar centrado en un contexto donde el nuevo concepto de salud, que evoluciona de lo estrictamente biológico hacia lo psicosocial, fuese contemplado reconociendo como origen de esta sus diferentes determinantes como son el estilo de vida, la biología, el entorno, y el sistema de cuidados (Pérez Mora y Martínez Riera, 2021). En este mismo sentido, una reciente revisión sistemática nos recuerda la importancia de brindar una atención integral, con un enfoque biopsicosocial que nos ayude a identificar poblaciones específicas y problemas sociales. Este tipo de atención que sigue un modelo holístico más eficiente, se hace vital para responder a problemas sociales emergentes, particularmente entre las poblaciones vulnerables, pudiendo estas beneficiarse de una psicoterapia más específica, resultando poder ser más efectivos a la hora de poder recuperar su bienestar emocional (López-González et al., 2021).

En un metanálisis se ha encontrado que a la hora de reconducir estilos de vida la adherencia a varios comportamientos saludables simultáneamente es más recomendada (Barbaresko et al., 2018). De este modo se reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular en mayor medida en comparación con la adopción de ninguno o solo un comportamiento saludable. Un dato a reseñar es que llevar un estilo de vida saludable en cuanto al tabaquismo, dieta, actividad física, sobrepeso/obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol, es determinante para la salud cardiovascular. Esto recalca, una vez más, que la efectividad de las intervenciones sobre el estilo de vida, al ser multifactoriales, tienen un impacto mayor sobre los factores de riesgo modificables (Sisti et al., 2018).

Queda de manifiesto que una buena labor preventiva enfocada a aumentar los conocimientos en salud, promoviendo unos hábitos de vida saludable generaría a final de año menos eventos cardiovasculares. Sin embargo, algo que no debemos olvidar en nuestro quehacer diario cuando tratamos de reconducir hábitos de vida y tomar decisiones para cambiar conductas o comportamientos, es la influencia del entorno social y familiar en el que uno crece y vive, además de las capacidades cognitivas y emocionales que hemos podido desarrollar a lo largo de nuestra vida (Sibilitz et al., 2016).

Los determinantes sociales en salud (factores sociales, económicos, culturales, étnicos/raciales, psicológicos y comportamentales) interfieren en la exposición de factores de riesgo cardiovascular y son un pilar clave a tener en cuenta en la estrategia del abordaje de esta enfermedad. La planificación de cualquier intervención debe de ser por tanto individualizada. Toda educación y recomendación de salud debe de ir ajustada a las características individuales de cada individuo. A modo de ejemplo, en la actual pandemia, un estudio evidenció que los individuos sin educación sufrían mayor alteración emocional en el confinamiento (Pérez-Fuentes, Molero Jurado et al., 2021). La tristeza y la depresión los invadía por mayor percepción de riesgo de infectarse. De ahí la relevancia de personalizar la atención contemplando las circunstancias personales de los individuos.

Cabe decir que aunque la incidencia de la enfermedad coronaria (EC) haya disminuido drásticamente en los países de ingresos altos, sigue siendo la principal causa de muerte, de ahí la necesidad de que se siga investigando con el fin de conocer más datos acerca de las causas, los factores de riesgo y los predictores de la cardiopatía coronaria incidente (Nilsson et al., 2020).

Las recomendaciones según las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) en materia de prevención de riesgo cardiovascular van enfocadas en el ámbito de la dieta, la actividad física, el hábito de fumar y el consumo de alcohol (Consentino et al., 2019). Estas directrices europeas sobre la prevención en la práctica clínica recomiendan mejorar el estilo de vida y reducir los factores de riesgo en pacientes con ECV establecida y sugieren que todas las personas sanas apuesten por seguir estilos de vida saludables (Piepoli et al., 2016). A continuación, se resumen estas recomendaciones.

En primer lugar, en lo referente a la dieta, se sabe que una alimentación saludable reduce el riesgo de padecer enfermedades. A nivel poblacional sería recomendable un proyecto de cooperación entre gobiernos, industria de alimentos, catering, escuelas y lugares de trabajo con el fin de aumentar el consumo de frutas y vegetales y disminución del contenido graso, en sal y azúcares añadidos en busca de reducir el sobrepeso y la obesidad. A título individual, la ingesta calórica debería estar equilibrada a la energía consumida para mantener un índice de masa corporal adecuado (entre 20 y 25 kg/m²).

Un dato relevante es que aproximadamente el 80% de los pacientes que llegan a rehabilitación cardíaca (RC) tienen sobrepeso o están obesos. En estos programas se ofrece asesoramiento conductual sobre la pérdida de peso con una prescripción de

ejercicios en la que recomienda las caminatas de larga distancia a diario. Se ha evidenciado que tales programas de “ejercicio con alto gasto calórico” pueden conseguir una pérdida de peso del 5 al 10%. Esta pérdida de peso también va acompañada de mejoras en la presión arterial (Thompson y Ades, 2019).

Cuando hablamos de obesidad, las bebidas azucaradas toman protagonismo, ya que estas están incluidas en la dieta habitual de muchas personas y pueden suponer hasta un 20% del consumo calórico diario, favoreciendo un aumento de ECV, de obesidad y de diabetes tipo 2 (DM2). El reemplazo de este tipo de bebidas por agua sería muy importante para reducir el consumo energético y el riesgo de estas enfermedades y sus complicaciones (Mostaza et al., 2019).

Otra consideración vital a tener en cuenta es la fuerte evidencia de que los patrones alimentarios de base vegetal, bajos en colesterol, sodio y ácidos grasos, con un alto contenido en fibra, potasio y ácidos grasos insaturados, resultan beneficiosos y reducen el riesgo de enfermedad cardiovascular (Mostaza et al., 2019). La dieta mediterránea basada en el consumo de verduras, frutas, cereales integrales y frutos secos acompañada de un aporte reducido de grasas saturadas, se ha asociado a una reducción sobre los factores de riesgo cardiovascular. Algunos beneficios vienen inducidos por los flavonoides, que abundan en frutas, verduras, frutos secos, té, vino, ya que estos poseen efectos antiinflamatorios y antioxidantes. El aumento en la ingestión de flavonoides se asocia a un menor riesgo de mortalidad cardiovascular (Forman et al., 2019).

El consumo excesivo de sal se asocia tanto a ECV como a mortalidad de causas cardiometabólicas. Como norma general se recomienda a nivel poblacional que la dieta sea baja en sal (< 5 g/día) y máxime en pacientes hipertensos recordando que para calcular la cantidad de sal total se debe de multiplicar por 2,5 el contenido de sodio de los alimentos. Para ello es importante limitar el consumo de alimentos ricos en sal, como enlatados, precocinados, salazones, embutidos y bebidas carbónicas. Para condimentar nuestros platos como alternativa a la sal podemos utilizar el zumo de limón, ajo o las hierbas aromáticas (Mostaza et al., 2019).

Aunque algunos autores recomiendan la dieta de la *American Heart Association* (AHA), las dietas mediterránea y ovolactovegetariana también son opciones válidas. No se ha demostrado que una de las tres sea superior a las demás, y la elección de una u otra debería estar basada principalmente en la capacidad del paciente para seguirla (Davis, 2020). Las recomendaciones dietéticas de la AHA se basan fundamentalmente en una dieta

rica en frutas y verduras, alimentos integrales, pescado azul, lácteos bajos en grasas, reducción de azúcares, evitar la sal y como norma general limitar la ingesta de grasas saturadas a menos del 7% de las calorías; las grasas *trans*, a menos del 1% y el colesterol, a menos de 300 mg/día mediante la elección de carnes magras y verduras (Davis, 2020).

Los principios de una dieta mediterránea incluyen el aceite de oliva como fuente principal de grasa además del consumo abundante de vegetales, frutas, legumbres, cereales integrales, frutos secos y semillas. Esta dieta también aboga por cantidades moderadas de productos lácteos, huevos, pescado y aves de corral. En cuanto a la dieta ovolactovegetariana, al ser un tipo de dieta vegetariana están excluidos de la alimentación las carnes, pescados y sus derivados. En este tipo de dieta está permitido consumir huevos, lácteos y miel.

Pese a que la evidencia epidemiológica parece respaldar un papel beneficioso de la ingesta de lácteos en las ECV y otras enfermedades crónicas, algunas investigaciones han sugerido que el consumo de productos lácteos podría contribuir a un aumento de las enfermedades cardíacas por el elevado contenido de ácidos grasos saturados en la grasa láctea de los productos lácteos completos. Sin embargo, una reciente revisión sistemática y metaanálisis sugiere que la ingesta de productos lácteos enteros y queso no se vincula con asociaciones positivas para la ECV (Alexander et al., 2016).

Diversos estudios (Grundy et al., 2019; Poli et al., 2018) recomiendan la inclusión en nuestra alimentación de alimentos funcionales (nutracéuticos) enfocados a reducir el riesgo cardiovascular (RCV), mayoritariamente por conseguir una reducción del colesterol. En ellos se ha puesto de manifiesto la eficacia hipocolesterolemizante de los preparados de fibra soluble y de los esteroides vegetales a nivel intestinal (Cicero et al., 2021).

Cabe señalar que, en línea con la legislación alimentaria europea, en nuestro país la ley 17/2011, 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición¹ trata de contemplar no solo los riesgos nutricionales, dada la actual prevalencia de obesidad que padecemos, sino que tiene también en consideración otros riesgos sociales de integración o discriminación que puedan surgir al respecto.

En lo referente a la actividad física, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta se puede definir como cualquier movimiento corporal producido por los

¹ Ley 17/2011, 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. Gobierno de España. <http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/06/pdfs/BOE-A-2011-11604.pdf>

músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Cuando su práctica es de forma regular y mantenida, protege de la ECV y mejora los factores de riesgo. Su práctica debe de ir enfocada a las particularidades propias de cada individuo, partiendo del principio de que “poco” es mejor que “nada”. Las actividades que abarca son las que se realizan durante el trabajo, las tareas domésticas, las formas de transporte activas o las actividades recreativas como pueden ser el baile o el tai chi. Asimismo, el ejercicio físico es una variedad de la actividad física pero la diferencia radica en que este se realiza de forma planificada y repetitiva, teniendo claro que este se realiza con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de la aptitud física. Tanto la actividad física como el ejercicio, se deben de realizar mejor de una forma pausada y moderada, más que de una manera intensa y concentrada (Mostaza et al., 2019).

Teniendo claro, por tanto, que la actividad física debería formar parte de nuestra vida habitual, hay diferentes publicaciones en las que se refleja que incrementando la actividad física se mejora el estado de salud, con independencia de la edad, el sexo, la raza o la etnia (véase la revisión bibliográfica realizada por Barbosa Granados y Urrea Cuéllar, 2018). Una actividad física regular mejora los factores de riesgo cardiovasculares, como la tensión arterial, el peso corporal, los lípidos séricos y la sensibilidad a la insulina, así como la densidad ósea, la capacidad funcional, la fuerza muscular y la función cognitiva y psíquica, factores todos ellos esenciales para conservar la salud y favorecer el bienestar (Forman et al., 2019).

La promoción gubernamental de estrategias que contemplen espacios para juegos y deportes, campañas educativas sobre los beneficios que nos devuelven y programas integrales de bienestar en el lugar de trabajo en materia de ejercicio físico son algunas de las recomendaciones recogidas en las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (Jiménez Navarro, 2016). Son numerosos los estudios que han demostrado que el entrenamiento con ejercicios es una terapia no farmacológica segura y eficaz para mejorar la tolerancia al ejercicio, la resistencia aeróbica y la calidad de vida (Tucker et al., 2020).

En el tratamiento enfocado en la ECV, el ejercicio físico va dirigido a restaurar el funcionamiento del corazón hasta el nivel más eficaz posible, reducir la probabilidad de muerte súbita, evitar la aparición de un nuevo episodio de cardiopatía isquémica, reducir el nivel de ansiedad/depresión y enseñar a llevar una vida sana y segura. Influir, por tanto, en la mejora del funcionamiento del corazón, producir efectos beneficiosos sobre la ansiedad/depresión y aumentar la capacidad funcional, es un indicador del pronóstico en

estos pacientes. La pérdida de peso resultante también del ejercicio da como resultado una mejora significativa de la presión arterial. Se ha demostrado que la inactividad física se asocia con una mayor mortalidad cardíaca, mientras que incluso el ejercicio moderado se asocia con un beneficio de supervivencia (Patti et al., 2021).

Como recomendación genérica, los adultos tendrían que realizar al menos 150 minutos a la semana de actividad física acumulada de intensidad moderada o 75 minutos a la semana de actividad física de intensidad vigorosa (Arnett et al., 2019). La norma general en los programas de rehabilitación basados en ejercicios es incluir elementos de entrenamiento aeróbico y de fuerza diseñados para mejorar tanto la capacidad aeróbica como la fuerza muscular. El entrenamiento aeróbico implica la activación de una gran masa de músculo esquelético a través de un período prolongado de ejercicio en bicicleta o caminando que tiene una duración de entre 20 y 40 minutos. Los programas de entrenamiento de fuerza involucran grupos de músculos de la parte superior e inferior del cuerpo y la persona completa una rutina de series de ejercicios con un porcentaje fijo de una repetición máxima (Morris et al., 2017).

En relación al hábito de fumar, varios metaanálisis demuestran que la cesación tabáquica en los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo, redujo en un aproximadamente un 50% la mortalidad futura en este grupo de pacientes, de ahí que el dejar de fumar se convierta en una de las medidas más potentes dentro de la prevención secundaria (Fernández González y Figueroa Oliva, 2018). En la actualidad, el aumento de espacios sin humo y el incremento del precio del tabaco han contribuido a reducir este hábito. No obstante, cabe señalar que la clave no está en reducir, sino en abandonar su consumo ya que no existe un nivel seguro de tabaquismo para las enfermedades cardiovasculares. En un reciente estudio se ha podido evidenciar que fumar tan solo un cigarrillo por día conlleva un riesgo del 46% de desarrollar enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular, una cifra de riesgo mayor de lo esperado (Hackshaw et al., 2018). Lo acertado, por tanto, sería aconsejar a todas las personas que fuman que abandonen el hábito tabáquico, y ofrecer asistencia de un servicio específico. De acuerdo con la directriz del *National Institute for Care and Health Excellence* (NICE) sobre intervenciones y servicios para dejar de fumar, las consultas de deshabituación tabáquica son un claro ejemplo de ello. Si una persona no puede o no quiere aceptar una derivación a un servicio para dejar de fumar, se le debe ofrecer farmacoterapia de acuerdo con las recomendaciones de esta guía (NICE, 2018).

En lo referente a las bebidas alcohólicas, el consumo considerado como límite sigue diferentes recomendaciones para hombres y mujeres, ya que estas son más sensibles a los efectos del alcohol. Para los hombres sería de 2-3 copas al día de una bebida fermentada (máximo 30 gr. De alcohol al día) y para las mujeres 1-2 copas al día (máximo 15-20 gr.). Lo que sí debemos tener claro es que nunca debe ser una recomendación de salud incitar a su consumo, basándonos en su posible efecto cardioprotector. No existe consumo de alcohol sin riesgo. Entre otros de los muchos efectos nocivos que se le atribuyen al alcohol se puede citar el aumento de la cifra de triglicéridos en sangre, algo muy negativo para los pacientes que ya de por sí padecen hipertrigliceridemia (Pérez-Jiménez et al., 2018). El consumo excesivo de alcohol puede producir arritmias graves en personas sanas y el consumo regular puede provocar hipertensión (Cedeño Zambrano et al., 2016). Resulta más seguro recomendar la búsqueda de antioxidantes en las uvas, los arándanos o el cacao, sin hacer alusión al vino tinto como fuente de salud.

2.2. CALIDAD DE VIDA

2.2.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto muy utilizado pero que resulta difícil y vago de definir ya que se ve afectado por muchos factores. Según el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization Quality of Life -WHOQOL-Group*), hay que destacar primero, la concepción de que la calidad de vida es una experiencia subjetiva; segundo, la naturaleza multidimensional de la calidad de vida (física, psicológica, social y ambiental); y tercero, la calidad de vida consta de aspectos tanto positivos como negativos (WHO, 2012). La calidad de vida, por tanto, sugiere bienestar, riqueza, empleo, entorno construido, salud mental y física, tiempo de recreación y ocio, pertenencia social y educación. Una sensación de bienestar, compuesta de evaluaciones subjetivas y objetivas del bienestar físico, social y emocional junto con el desarrollo personal y la actividad con un propósito (Gálvez Galán et al., 2021; Sánchez-Galarza et al., 2018).

2.2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

En cuanto al concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), una de las definiciones más apropiada ha sido la propuesta por Naughton et al. (1996) quienes consideran que se trata de una evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la competencia del individuo para

mantener un nivel de manejo óptimo que le permita realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su estado de bienestar. Las dimensiones para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional. Se puede considerar, por tanto, que la CVRS está relacionada con el modo en cómo afecta la enfermedad a la vida diaria del individuo (Palomino Moral et al., 2021).

En los programas de rehabilitación cardíaca esta valoración de la CVRS resulta muy útil cuando pensamos en planificar futuros cuidados, ya que es predictiva de la respuesta al tratamiento y también facilita la toma de decisiones en este sentido (Bulos-Murbartian et al., 2017). No obstante, hay que señalar una serie de síntomas que influyen en la calidad de vida y que acompañan a las personas que han sufrido recientemente un evento coronario. Suelen referir disminución de la resistencia al caminar o subir escaleras, aumento de la disnea, o sensación de falta de aire durante la actividad física y fatiga. En presencia de arritmias también pueden notar palpitaciones. El esfuerzo físico y el estrés emocional al que están sometidos en ocasiones va acompañado de dolor torácico. Cualquier tipo de ejercicio físico, la reanudación de las relaciones sexuales o la reincorporación laboral son motivo de ansiedad. En muchos casos aparecen síntomas indicativos de depresión, como labilidad emocional, languidez, sueño de mala calidad con despertar frecuente o temprano por la mañana y ausencia de interés por las actividades que antes eran placenteras (Davis, 2020).

El abordaje del dolor en los pacientes resulta determinante por el impacto psicosocial que ejerce en sus vidas. De ahí el creciente interés no solo por las terapias físicas sino también por las psicológicas, como son los tratamientos centrados en procesos sensoriomotrices que han demostrado aumentar la CVRS y disminuir la ansiedad y la reacción emocional de los pacientes (Cantero-Braojos et al., 2019). En lo relativo a la fatiga, se puede afirmar que este síntoma está considerado como uno de los más incapacitantes y se puede ver influenciada por varios aspectos, como son el estado psicológico, las relaciones interpersonales o la interacción personal con el entorno. De ahí que esté claramente relacionado con la CVRS (Fernández-Muñoz et al., 2018).

Por otro lado, cabe señalar que la salud es un elemento clave en todos los aspectos de la vida, incluyendo el trabajo. El empleo proporciona una serie de funciones latentes, no económicas, como son una estructura diaria y una actividad regular, que llenan a las personas de un sentido de autoeficacia o identidad y estatus social, que se pierde cuando se ven obligadas a dejar el trabajo (Figueredo et al., 2021; Topa et al., 2018). Las

enfermedades cardíacas, al igual que otras enfermedades crónicas, dejan niveles similares de discapacidad ocupacional residual. La mayoría de los pacientes que se han recuperado del episodio agudo continúan experimentando consecuencias negativas de la enfermedad en sí o del tratamiento, incluidos dolor, fatiga y mal humor (Figueredo et al., 2020). La pérdida del rol de trabajador, pérdida de estatus o pérdida de relaciones sociales son variables que tenemos que contemplar en el cuidado de los pacientes cuando hablamos de bienestar y calidad de vida (Hurtado y Topa, 2019).

Asimismo, aunque las actuales terapias recomendadas para la cardiopatía coronaria (farmacológica o revascularización mediante cirugía o intervención coronaria percutánea) sean muy eficaces para reducir los síntomas de la angina y mejorar el pronóstico, estos pacientes continúan viviendo con una enfermedad cardíaca crónica con posibles complicaciones, que van desde la insuficiencia cardíaca avanzada a eventos cardíacos adversos e incluso la muerte (Le et al., 2018). Por lo tanto, se debe considerar que estos pacientes todavía están asociados con altas cargas de morbilidad, mortalidad, tasas de reingreso y aumento del costo de la atención médica. Si tenemos en cuenta que los estudios revelan que la prevalencia de ansiedad y depresión son significativas y que la CVRS se deteriora, se hace fundamental desarrollar intervenciones eficaces para ayudar a los pacientes con cardiopatía coronaria a gestionar adecuadamente su enfermedad crónica (Jiang et al., 2020).

Se hace necesario, por tanto, tener en cuenta el bienestar y las necesidades de las personas al hablar de calidad de vida. La humanización de los profesionales en todo su proceso de recuperación implica tener un papel activo, mostrando interés y empatía por sus preocupaciones y temores (Simón Márquez et al., 2022).

2.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se han diseñado diferentes instrumentos para medir la calidad de vida. El uso de cuestionarios sobre la calidad de vida relacionada con la salud resulta una práctica común tanto en las encuestas de población como en medidas de resultado informadas por los pacientes (PROM) en la atención médica. Entre los más utilizados se encuentran:

- WHOQOL-100: *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL Group, 1995 en Badia y Alonso, 2007) cuestionario informado por el paciente que consta de 100 preguntas sobre las percepciones individuales de la salud y bienestar

durante las dos semanas anteriores. Este cuestionario cubre varios dominios, entre los que se encuentran la calidad de vida y salud general, salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad. Las respuestas a las preguntas están descritas en una escala Likert de cinco puntos, donde 1 representa *en desacuerdo* o *en absoluto* y 5 representa *completamente de acuerdo* o *extremadamente*. Existen dos versiones ampliadas: WHOQOL-SRPB, que incluye 32 preguntas adicionales relacionadas con la dimensión espiritualidad, religión y creencias personales (*spirituality, religiousness and personal beliefs, SRPB*), y WHOQOL-HIV, que consta de 120 preguntas y está orientado al colectivo de personas que viven con el VIH (OMS, s.f.).

- WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 (OMS.,s.f.).Esta alternativa más corta comprende 26 preguntas sobre las percepciones del individuo sobre su salud y bienestar durante las dos semanas anteriores. El instrumento WHOQOL-HIV BREF consta de 31 preguntas (Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2019). El formato de respuesta sigue la misma escala tipo Likert de cinco puntos. Se aplica tanto a la población general como a pacientes enfocándose en la calidad de vida percibida por la persona.
- SEIQoL-DW (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weight*). Esta escala mediante varias etapas, evalúa las diferencias de calidad de vida dadas por las condiciones sociodemográficas y otros asuntos relacionados con la salud, el entorno físico y social. Primero, el entrevistado elige los cinco aspectos individuales que son las áreas más importantes de su vida y luego califica su desempeño actual en cada área en un gráfico de barras. Los niveles se puntúan utilizando la altura de los gráficos de barras (0 a 100), lo que arroja cinco puntuaciones a partir de mediciones continuas independientes. Si el encuestado no puede nombrar cinco pistas, se proporciona una lista rápida con ejemplos (Burckhardt et al., 2020).
- *Medical Outcomes Study Short Form 36 Questionnaire (SF-36)* fue uno de los primeros cuestionarios de CVRS generalizados, desarrollado a partir de un documento más extenso, diseñado para el *Medical Outcome Trust Study (MOS-149)*. Incluye una medida genérica con ocho escalas, agrupadas en puntuaciones de resumen de dos componentes: un componente físico (Rol físico, Función física, Salud general y Dolor

corporal) y un componente mental (Rol emocional, Salud mental, Vitalidad y Función social) actualmente muy considerado por su sólida fiabilidad y validez (Palomino Moral et al., 2021). El SF-36 es considerado un cuestionario validado tanto en distintas poblaciones como en diferentes condiciones clínicas (Bustamante et al., 2017). También se ha evidenciado su utilidad específica en los pacientes coronarios (Ramos et al., 2017). Además, se ha demostrado que el SF-36 resulta útil por su capacidad para predecir resultados de salud futuros, incluso la mortalidad. El hallazgo principal parece indicar una asociación con la mortalidad, con puntuaciones bajas en el componente físico (más a menudo) y en el componente mental (más raramente) que predicen la futura mortalidad por todas las causas durante 1 a 15 años de seguimiento (DeSalvo et al., 2005). Además, se ha demostrado que las puntuaciones bajas en la escala de funcionamiento físico por sí solas predicen la mortalidad por todas las causas (Nilsson et al., 2020).

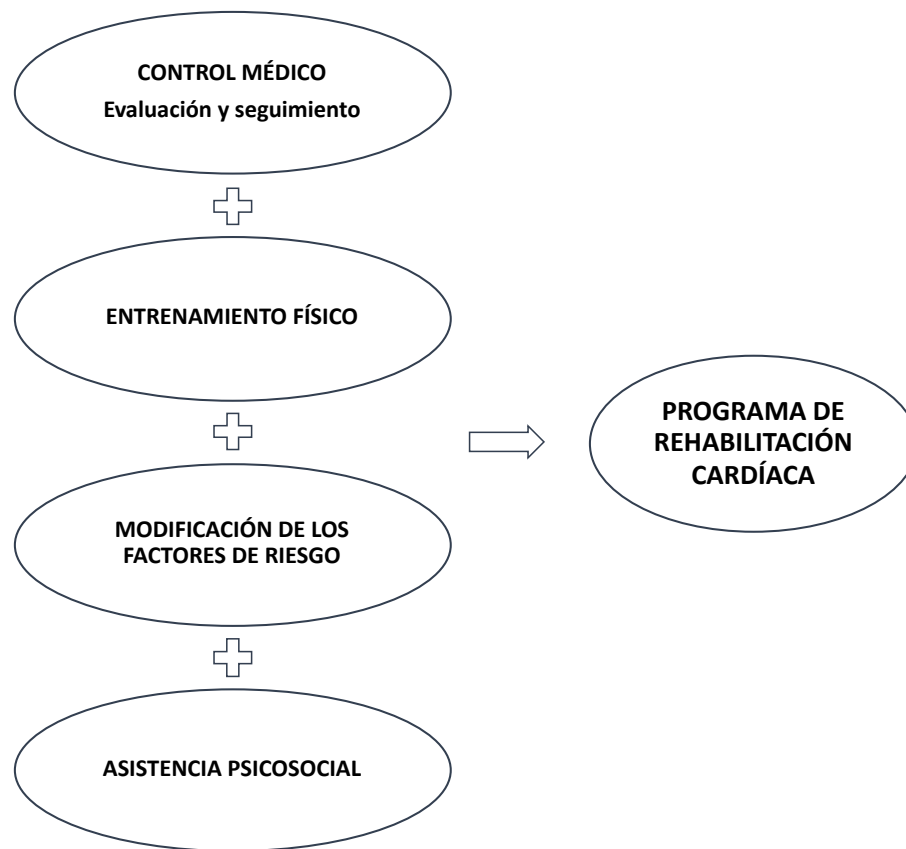
En los últimos años, la medición de la calidad de vida está cobrando una relevancia alta ya que la evolución de la mejoría en el ámbito social y emocional aumenta la adherencia de los pacientes a la terapia farmacológica, a los seguimientos clínicos y a una rutina de estilo de vida saludable, incluyendo la práctica de ejercicio (Bulos-Murbartian et al., 2017).

2.3 PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA (PCR)

Los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) han sido definidos por la OMS (1964) como programas multidisciplinarios a largo plazo, que incluyen valoración médica, prescripción de pauta de ejercicio, intervención en los factores de riesgo cardiovascular y también apoyo psicológico (Figura 1). La finalidad que persigue su diseño es paliar las consecuencias físicas y psíquicas que un evento coronario conlleva, además de controlar los síntomas, fomentar el bienestar psicosocial, y contemplar el retorno a la vida laboral reduciendo la probabilidad de un nuevo evento coronario (Ruiz Bustillo et al., 2018). Cuando hablamos de rehabilitación cardíaca, por tanto, no tenemos que poner solo el acento en el ejercicio, ya que la literatura evidencia que la intervención sobre la condición física puede no ser suficiente, de ahí que los programas de rehabilitación contemplen una visión holística del individuo.

Figura 1

Intervenciones Realizadas en Rehabilitación Cardíaca

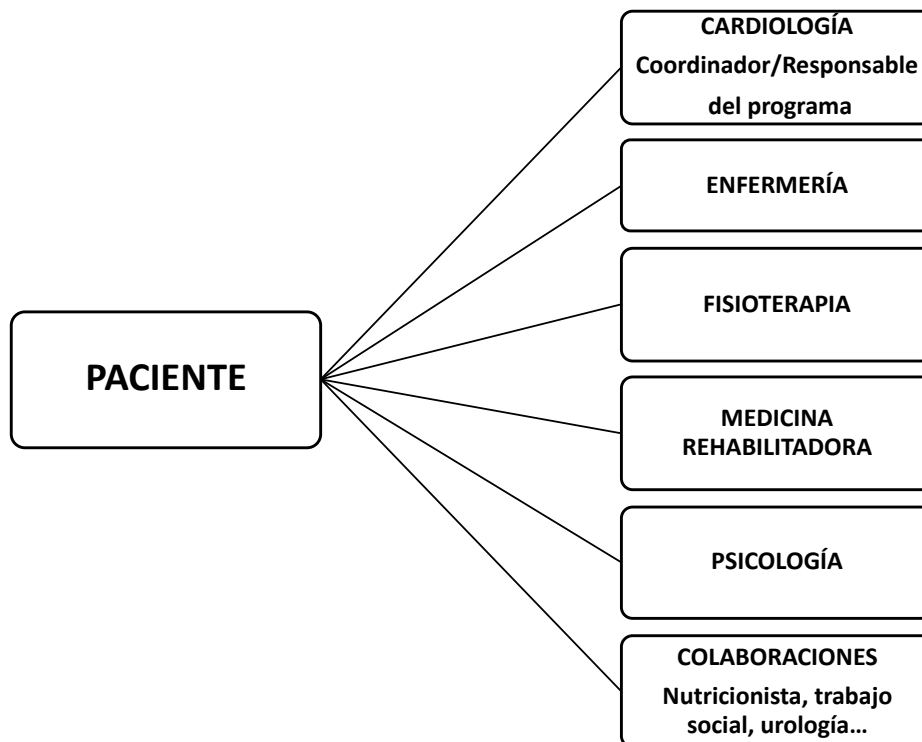


Nota. Elaboración propia.

Cabe reseñar que el infarto de miocardio afecta de una forma considerable al comportamiento de las personas en prácticamente todas las áreas de su quehacer diario. Los pacientes construyen activamente modelos de su enfermedad, tratamiento y recuperación, lo que influye sobre su conducta y emociones (Madueño Caro et al., 2020). La rehabilitación cardíaca (Figura 2), requiere un enfoque de equipo multidisciplinar que incluye profesionales de la medicina, enfermería, fisioterapia, nutrición y psicología, en la que cada disciplina trabaja de manera colaborativa en el bienestar físico y psicológico del paciente ayudándole a volver de una manera pronta a una vida lo más normal posible (Foster et al., 2017).

Figura 2

Estructura Unidad Avanzada de Rehabilitación Cardíaca



Nota. Elaboración propia.

Los beneficios que persigue la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida y en la capacidad funcional de los pacientes cardiopatas han sido ampliamente documentados. Incluyen un descenso de la morbilidad y la incapacidad (Jiang et al., 2020). También se asocia la rehabilitación a un incremento de la calidad de vida y a una reducción de las hospitalizaciones, por lo que se puede concluir que es una medida coste-efectiva (McMahon et al., 2017).

Los PRC propuestos por la OMS pretenden mejorar la CVRS promoviendo hábitos de vida saludables, educando a los pacientes con participación activa en su propio tratamiento y reduciendo la discapacidad. Estos programas destacan por incluir pautas de ejercicio físico, actuación psicológica, control de los factores de riesgo cardiovascular como pueden ser: la hipertensión, el sedentarismo, la obesidad, el estrés o el colesterol, minimizando la posibilidad de un nuevo evento coronario (Martín, 2018).

Los programas de rehabilitación se dividen en tres fases, basadas en el estado clínico del paciente. La fase I está enfocada en los programas que se realizan durante la

hospitalización y que comienzan tras el episodio cardíaco. Esta fase se inicia en la misma cabecera del paciente que aún se encuentra hospitalizado tras sufrir el evento coronario. Incluye una información básica y un planteamiento de actividades. Es una forma ágil y de gran calado para presentar el concepto de RC a los pacientes y de solicitar las derivaciones apropiadas a la fase II. Cabe decir no obstante que en la actualidad debido a la brevedad de las estancias hospitalarias, esta fase resulta poco frecuente (Thompson y Ades, 2019).

La fase II es la que tiene lugar tras el alta hospitalaria, con la supervisión del servicio de cardiología, emprendiendo acciones rehabilitadoras individualizadas en sesiones regulares con el fin de forjar estilos de vida saludables. Contempla los programas ambulatorios supervisados por médicos durante el período posterior al alta. De forma general, en estos programas, los pacientes suelen hacer ejercicio tres veces a la semana, durante 3-4 meses, hasta un total de 36 sesiones. Otros abordajes son los programas domésticos autosupervisados simples, los programas domésticos donde el personal de enfermería hace el seguimiento de estos pacientes con visitas a domicilio, y los programas domésticos con monitorización electrocardiográfica (ECG) telefónica (Madueño Caro et al., 2020).

La fase III de la RC se refiere a los programas de mantenimiento a largo plazo sin seguimiento ECG. Esta fase concluye en atención primaria, englobando todo el proceso de seguimiento con el fin de mantener la consecución de objetivos en cuanto a control de factores de riesgo cardiovascular y mejora de la calidad de vida. Estos programas generalmente son facilitados por los mismos centros que ofrecen los de la fase II, pero, como no suelen incluir supervisión médica directa, también pueden ser proporcionados por los clubes de salud o gimnasios (Thompson y Ades, 2019; Madueño Caro et al., 2017).

Actualmente se está poniendo de manifiesto que la rehabilitación va más allá de centrarse en la fase aguda. La atención de los pacientes cardíacos se está involucrando cada vez más en la fase crónica a largo plazo (Pedretti et al., 2018). De ahí que se ponga en valor la prioridad de establecer una buena comunicación con los pacientes, ya que se ha evidenciado que esto contribuye no solo a mejores resultados clínicos sino también a una mayor satisfacción del paciente en todo su proceso (Pérez-Fuentes et al., 2021).

La educación sanitaria es una de las herramientas más poderosas de estos programas de rehabilitación, ya que el interés por recuperar la salud de las personas afectadas las hace más receptivas al aprendizaje. Las cifras de mortalidad por cardiopatía coronaria se han podido reducir recientemente, debido en gran parte a la educación recibida

y a los consejos sobre dejar de fumar, cambios en la dieta y pérdida de peso, además del enfoque terapéutico basado en el entrenamiento físico para mejorar la función cardíaca (Kirwan, 2021).

En la revisión Cochrane de intervenciones educativas y de autocuidado para guiar la práctica de enfermería (Coster et al., 2020) vienen recogidos los términos “educación del paciente” y “educación para el autocuidado”, conceptos estrechamente relacionados. Así, se entiende que la educación del paciente es un aprendizaje y un entrenamiento enfocado en las necesidades de salud específicas de cada individuo. El autocuidado, en cambio, iría más enfocado en la gestión de la enfermedad, la capacitación en el manejo de síntomas, tratamiento y situaciones imprevistas, además de la adaptación a los cambios en el estilo de vida. Se concluye que la educación en autocuidado complementa, en lugar de sustituir, la educación tradicional del paciente. También en esta revisión se recoge la definición de la OMS que incorpora el término “autocuidado”, que iría referido a todas las actividades que se realizan con el fin de prevenir enfermedades y restaurar la salud.

En la práctica, los términos a menudo se usan indistintamente, y algunos consideran la educación del paciente simplemente como el mecanismo mediante el cual se enseñan las habilidades de autogestión (Coster et al., 2020). A pesar de la amplia variabilidad en los tipos de intervenciones de autocuidado, todas ellas tienen como objetivo capacitar a los pacientes para que puedan controlar mejor su estado de salud. En cualquier caso, se hace imperioso señalar que la persona debe ser consciente del problema y tiene que participar en el control de sus factores de riesgo para no poner en riesgo su salud y, por consiguiente, su calidad de vida.

Cabe reseñar que aunque esté claramente evidenciado que la ECV sigue siendo una de las causas de muerte más importantes en las sociedades industrializadas y que la rehabilitación cardíaca es un tratamiento muy eficaz para pacientes con un amplio espectro de enfermedades cardíacas, el número de pacientes incluidos en estos programas en España presenta cifras muy bajas que giran en torno a un 2-4% (Antón Menárguez et al., 2019). Estos datos contrastan con los datos de otros países industrializados en los que la inclusión en los programas de rehabilitación se acerca a cifras que rondan el 30-50% de participación.

En cuanto a las indicaciones para realizar la RC cabe decir que en la actualidad son muy amplias, no solo se incluyen a las personas que sufren cualquier clase de cardiopatía, también a sujetos sanos con factores de riesgo cardiovascular (Tabla 3). Las

contraindicaciones absolutas para participar en estos programas se han reducido de forma considerable y probablemente solo el aneurisma disecante de aorta, la miocardiopatía hipertrófica obstructiva grave y la hipertensión pulmonar podrían formar parte de estas (Mendieta Torres et al., 2020).

Tabla 3

Indicaciones para la Rehabilitación Cardíaca

En cardiópatas	En pacientes sanos
Isquémicas: Infarto agudo de miocardio tras cirugía coronaria, tras angioplastia angina de esfuerzo estable	Con factores de riesgo
Trasplante cardíaco	En edad media de la vida que inician actividades deportivas
Valvulopatías operadas	
Congénitos operados	
Insuficiencia cardíaca	Astenia neurocirculatoria
Marcapasos o desfibriladores implantados	

Nota. Elaboración propia a partir de Mendieta Torres et al. (2020).

2.4. ALFABETIZACIÓN EN SALUD

El interés creciente por la alfabetización en salud ha venido suscitado por las numerosas publicaciones que evidencian resultados positivos en lo que se refiere a incrementar el control de la propia salud y mejorar la capacidad de autocuidado (Juvinyà-Canal et al., 2018; Navarro-Rubio et al., 2016; Pelayo-Alonso et al., 2021; Santemas-Masana et al., 2017).

Son muchas las definiciones que abarcan el concepto de alfabetización para la salud, siendo la más aceptada la elaborada en el 2012 por el Consorcio Europeo sobre Alfabetización para la Salud, que entiende que es un término que engloba no solo conocimiento, sino también motivación y aptitudes para poder entender y poner en práctica toda la información de salud y poder tomar decisiones basadas en el conocimiento, para

poder así proteger la salud y mejorar la calidad de vida (Comisión Europea, 2007; Juvinyà-Canal et al., 2018; Sørensen et al., 2012).

La literatura consultada evidencia que cuando involucramos a los pacientes en su propia atención se mejoran los resultados en salud, ya que no solo se mejora la adherencia al tratamiento médico sino también se constata que los pacientes visitan con menor frecuencia los servicios de urgencia aumentando la sensación de empoderamiento (Málaga et al., 2019).

En cuanto a la relación entre alfabetización en salud y comportamiento de los pacientes, cabe destacar que la alfabetización en salud repercute en diferentes ámbitos de su comportamiento. Dignos de mención, entre otros, son el uso de los servicios de salud, la capacidad de autogestión (especialmente en pacientes crónicos) enfermedades crónicas), la adherencia terapéutica, la búsqueda de la información, la toma de decisiones y la predisposición hacia las medidas preventivas (Montesi, 2017). Por tanto, se hace esencial tomar conciencia de que los pacientes necesitan entender las instrucciones del profesional de la salud, base para un buen autocuidado.

En lo que se refiere a las organizaciones sanitarias, a continuación se describen los diez condicionantes con los que deberían cumplir los centros sanitarios alfabetizados (Brach et al., 2012):

1. Mostrar un liderazgo integrador de la alfabetización para la salud en su misión, estructura y operaciones.
2. Integrar la alfabetización para la salud en la planificación, evaluación, seguridad del paciente y calidad asistencial.
3. Preparar la alfabetización del personal y hacer seguimiento de los avances.
4. Incluir poblaciones que han contribuido a la elaboración, implementación, evaluación y servicios de salud.
5. Satisfacer necesidades poblacionales con aptitudes de alfabetización para la salud, rehuyendo de la estigmatización.
6. Utilizar estrategias de alfabetización para la salud en la comunicación interpersonal, certificando su comprensión en los puntos de contacto.
7. Proporcionar acceso rápido a la información y a los servicios sanitarios, con una asistencia facilitadora.
8. Diseñar y distribuir contenidos impresos, audiovisuales y redes sociales fáciles de utilizar e interpretar.

9. Abordar la alfabetización de la salud en situaciones de alto riesgo, contemplando las transiciones asistenciales y la información sobre medicamentos.
10. Comunicar de forma clara qué es lo que cubre el seguro médico y lo que debe pagar la persona por el servicio.

Asimismo, otro de los puntos clave que persigue la alfabetización en salud es mejorar las habilidades de comunicación entre profesional de la salud y paciente. Hay estudios que sugieren que los pacientes asimilan solo el 50% de lo que se discute en el entorno clínico, de ahí que, para facilitar ese entendimiento, se utilicen herramientas como el “Ask Me 3” tres preguntas concretas que los pacientes deben responder al final de la consulta: ¿cuál es el problema principal que tengo?, ¿qué debo hacer para manejarlo?, ¿por qué es importante esto para mí? La finalidad de esta herramienta no es solo fomentar la participación del paciente en su propio cuidado, también se pretende con ella trasladarle información de qué acciones puede realizar y cuáles no para lograr mantener su salud en las mejores condiciones (Málaga et al., 2019).

En lo que respecta en concreto a las enfermedades cardiovasculares, Miller (2016) examinó mediante un metaanálisis la relación entre alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con cardiopatía, encontrando una asociación positiva entre estas dos variables. De ahí que se pueda concluir por tanto que, gracias a la alfabetización en salud, los pacientes pueden comprender mejor la prescripción médica y gracias a este entendimiento estarían más dispuestos a cambiar sus estilos de vida, algo que resulta indispensable en la rehabilitación cardíaca. Además en contraposición, un estudio sugiere que un factor que podría relacionarse con el bajo grado de alfabetización en salud es el deficiente rol del personal de salud para fomentar el conocimiento sanitario de los pacientes, lo que se refleja en el escaso tiempo dedicado para la atención sanitaria (Rosas-Chavez et al., 2019).

CAPÍTULO II: PARTE EMPÍRICA

**ESTUDIO 1: PACIENTES CORONARIOS HABLANDO DE RIESGOS
NUTRICIONALES: ETIQUETADO *NUTRIScore* Y MÁQUINAS DE
“*VENDING*” EN LOS HOSPITALES**

1.RESUMEN

Este estudio analiza los discursos de una muestra de pacientes coronarios ($N = 12$) que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca. A través de dos grupos focales como técnica de investigación se realiza un estudio de metodología cualitativa. Este trabajo tiene dos objetivos principales: en primer lugar, conocer cuánta información manejan los participantes acerca del nuevo etiquetado nutricional y las claves que persigue la ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria. En segundo lugar, valorar la adherencia a las charlas educativas del programa de rehabilitación cardíaca, conocer su opinión acerca del contenido de las máquinas de “vending” de los hospitales y plasmar sus consejos y/o sugerencias a la hora de poder mejorar la calidad de la atención recibida. Los resultados muestran la importancia de seguir reforzando la educación para que los pacientes puedan optar por una conducta más adaptativa en cuanto a la adopción de una dieta cardiosaludable y asuman un papel más activo en su recuperación.

2.INTRODUCCIÓN

Aunque hoy la COVID-19 es una causa de gran número de decesos, la enfermedad cardiovascular continúa siendo un grave problema de salud pública. En los últimos años, la enfermedad cardiovascular ha sido la primera causa de muerte en España y en el mundo, de ahí la importancia de seguir trabajando en la prevención y control del riesgo cardiovascular. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), aproximadamente 17,7 millones de personas murieron en todo el mundo a causa de enfermedades cardiovasculares en el 2015. Además, se estima que en 2030 más de 23 millones de personas morirán por enfermedad cardiovascular y que ésta seguirá siendo la principal causa de muerte.

En España, el avance de los últimos datos relativo a enero-mayo 2020 (INE, 2020) pone de manifiesto que el 23,0% de las defunciones fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio; y las enfermedades infecciosas, que incluyen la COVID-19, fueron las segundas (un 20,9% del total) superando a los tumores (20,4%). Según la OMS (2017), la enfermedad cardiovascular no solo supone un problema por su elevada tasa de mortalidad sino también por la elevada tasa de discapacidad que produce. Las cifras de incremento de mortalidad apuntan a que llegará a convertirse en una auténtica pandemia si no se logran controlar los factores de riesgo cardiovascular.

Facilitar a la población conocimientos acerca de estas enfermedades así como el control de los principales factores de riesgo, tendría efectos beneficiosos sobre la salud, ya

que ayudaría a la adquisición de hábitos saludables reduciendo significativamente la probabilidad de sufrir este tipo de dolencias (García et al., 2009). Por tanto, este trabajo pretende plasmar la importancia de la prevención cardiovascular, donde los profesionales de enfermería juegan un papel crucial a la hora de aumentar los conocimientos de los pacientes a través de la educación sanitaria. Ya se ha estudiado que las acciones preventivas que realiza enfermería promueven la salud y previenen la enfermedad evitando la necesidad de una atención aguda o rehabilitadora (Martínez Linares et al., 2014). En cuanto a la alimentación se refiere, cabe destacar que en los últimos años los hábitos alimentarios han cambiado mucho. La evidencia científica es contundente en cuanto al peso que una buena alimentación tiene en la salud de las personas y especialmente en la salud cardiovascular (Berciano y Ordovás, 2014). Los alimentos pueden incidir tanto en la propia enfermedad como en los distintos precursores de la misma, como la hipertensión, el colesterol, el peso corporal o la diabetes. La limitación en la ingesta de grasas saturadas y trans, como de azúcares simples y sal, además de la apuesta por el incremento de verduras, frutas, legumbres, cereales integrales y frutos secos, constituyen los pilares básicos de lo que se identifica como una alimentación saludable (García García et al., 2015; Piepoli et al., 2016).

El presente trabajo tiene como objetivo, en primer lugar, conocer cuánta información maneja un grupo de participantes que acuden a un programa de rehabilitación cardíaca acerca del nuevo etiquetado nutricional y las claves que persigue la ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria. El pilar básico de estos programas de rehabilitación es la educación y están enfocados mayormente en la recuperación de los pacientes que han sufrido un evento coronario. El segundo objetivo es valorar la adherencia a las charlas educativas del programa de rehabilitación cardíaca, conocer su opinión acerca del contenido de las máquinas “vending” de los hospitales y plasmar sus consejos y/o sugerencias a la hora de poder mejorar la calidad de la atención recibida. Este estudio contribuye a profundizar en dichos aspectos para mejorar el abordaje educativo orientado a la prevención y control del riesgo cardiovascular.

2.1. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA: DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

Los programas de rehabilitación cardíaca, constituyen estrategias de prevención secundaria y terciaria, y tienen como objetivo la reintegración del paciente a su vida emocional, familiar y laboral (Casaverde Pineda et al., 2018). La *American Heart*

Association (AHA) y la *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation* (AACVPR) definen la rehabilitación cardíaca como el conjunto de intervenciones interdisciplinarias realizadas para optimizar la salud física y psíquica del cardiópata y para facilitar su integración social (González Guzmán y Alcalá Ramírez, 2010). Se recomienda que los servicios de rehabilitación cardíaca sean integrales, es decir, que no solo incluyan la evaluación médica sino también la prescripción de ejercicio físico y el control de los factores de riesgo, así como intervenciones educativas. Una de las grandes diferencias con otros colectivos de pacientes con seguimiento hospitalario deriva de la metodología utilizada: *health coaching*, un modelo de intervención innovador que consiste en el adiestramiento de la autoeficacia del paciente y adquisición de habilidades para que él mismo sepa cómo manejar su enfermedad. Esta metodología hace que los pacientes sean los protagonistas de su autocuidado, identificando metas y planes de acción, maximizando el bienestar y la salud en general (Gierisch et al., 2017).

Se ha constatado que, aunque el número de unidades dedicadas a estos programas haya ido creciendo de manera exponencial en los últimos años, todavía resulta insuficiente. En Europa, menos del 50% de los pacientes candidatos se benefician de la rehabilitación. En concreto, en España, tan solo el 2-3% de la población accede a estos programas, ya que es ofrecida únicamente por 12 centros públicos del Sistema Nacional de Salud (Alba Martín, 2018).

La rehabilitación persigue una mejoría de la calidad de vida de los pacientes permitiéndoles una pronta reincorporación familiar, social y laboral. Identifica y ayuda a corregir las causas que le han producido la cardiopatía, mejorando la evolución de la enfermedad cardiovascular e influyendo sobre la condición física, mental y social. Cabe destacar una vez más el papel que la enfermería desempeña dentro de estos programas referido a la valoración, estratificación de riesgo, entrenamiento y vigilancia del paciente, así como en las actividades educativas (Pinson Guerra, 2001).

Las intervenciones educativas tienen mucho peso dentro de los programas de rehabilitación cardíaca ya que el conocimiento puede impulsar comportamientos que promueven la salud de las personas (Mooney y Franks, 2011). Hay evidencia de que la educación mejora la calidad de vida relacionada con la salud (Anderson et al., 2017). En relación a la actividad física, se ha realizado un estudio específico en España sobre la salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria, donde se pone de manifiesto que la práctica regular de ejercicio puede ayudar a mejorar la percepción de la salud y actuar como un antidepresivo natural, siendo fundamental para mantener la calidad de vida relacionada

con la salud (Stein et al., 2014). Asimismo, otro punto clave de la rehabilitación consiste en que los pacientes entiendan la razón y el porqué de su tratamiento farmacológico, los efectos secundarios de los fármacos y las interacciones medicamentosas. Los pacientes con patología coronaria bien informados se adhieren mejor a las instrucciones prescritas (Zhao et al., 2015). Además, los materiales educativos deben ir enfocados en proporcionar información básica sobre los aspectos clínicos de la enfermedad y consejos prácticos de cómo lograr y mantener importantes cambios de comportamiento, teniendo en cuenta las necesidades y percepciones de los usuarios de salud (Peterson et al., 2014).

2.2. ALIMENTACIÓN SALUDABLE: DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La dieta saludable es la piedra angular de la prevención en la enfermedad cardiovascular. La modificación de los hábitos de estilo de vida, en especial el de la alimentación, es uno de los puntos fuertes a la hora de disminuir el riesgo de la enfermedad coronaria. Se sabe que más de la mitad de la reducción de la mortalidad cardiovascular se ha atribuido especialmente a la reducción de la colesterolemia, la presión arterial (PA) y el tabaquismo, una tendencia favorable contrarrestada principalmente por el aumento de otros factores de riesgo, como son la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 (Flores-Mateo et al., 2011).

En consecuencia, la pertinencia de este estudio reside en mejorar el abordaje educativo a la hora de seguir trabajando en la prevención y control del riesgo cardiovascular ya que la literatura científica sugiere que se podría evitar hasta un 80% la enfermedad cardiovascular y un 40% la enfermedad oncológica si fuésemos capaces de eliminar las conductas de riesgo (Tabassum y Batty, 2013). Cabe señalar que el control poblacional de los principales factores de riesgo en España es todavía muy bajo, tan solo un 22,7% en la hipertensión arterial y un 13,2% en el colesterol, por lo que se concluye que aún existe amplio margen de prevención en nuestro quehacer diario (Banegas et al., 2012; Grau et al., 2011; Guallar-Castillón et al., 2012).

Aunque bien es cierto que se puede afirmar que la legislación dirigida a disminuir el consumo de tabaco y el contenido de sal, azúcares y ácidos grasos de tipo trans en los alimentos es una estrategia coste-efectiva (Agüero et al., 2013; Pereira et al., 2013), algunas publicaciones señalan que en nuestro país se debería regular legalmente la publicidad alimentaria dirigida a niños prohibiendo algunos productos dañinos para la salud (Del Pino y Royo-Bordonada, 2016). En cuanto al etiquetado nutricional, puede resultar útil

un esquema simplificado basado en códigos de color de tal modo que en la parte frontal de los envases de los productos alimentarios se indique la composición de nutrientes de nivel alto, medio o bajo. Con este método, un semáforo nutricional múltiple, los consumidores podrían identificar los productos más saludables de forma fácil (Hawley et al., 2013; Prieto-Castillo et al., 2015).

3. MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

A través de dos grupos focales realizamos un estudio de investigación de metodología cualitativa. La inclusión en el programa de rehabilitación cardíaca sigue la práctica clínica habitual de derivación en base a unos criterios establecidos por cardiología; en su mayoría son pacientes con cardiopatía isquémica, enfermedad más frecuente en hombres, aunque cabe decir que la frecuencia de esta enfermedad en mujeres se iguala a partir de la menopausia.

Los participantes en el presente estudio son pacientes coronarios incluidos en dicho programa de rehabilitación durante el año 2019. En el momento de realizar el estudio había 24 pacientes en el programa de rehabilitación cardíaca y se les ofertó la inclusión a 20. El único criterio de exclusión ha sido la incapacidad a nivel cognitivo o neurológico. Se excluyeron dos, por patología psiquiátrica y por deterioro cognitivo tras sufrir anoxia a consecuencia de varias paradas cardíacas. En cuanto a los otros dos pacientes, tenían problemas de desplazamiento para acudir a las sesiones de rehabilitación. Los participantes aceptaron libremente la inclusión en este estudio firmando el documento de consentimiento informado.

Tal y como sugiere la evidencia consultada (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013) se intentó establecer grupos homogéneos, con características similares en cuanto a edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de estudios. Siguiendo los criterios de selección, se incluyeron inicialmente a 10 personas en cada sesión, para poder trabajar de forma adecuada con el grupo. Finalmente, por problemas de desplazamiento y asuntos personales/laborales solo se consiguió una media de seis participantes en cada una de las sesiones (Tabla 4).

Tabla 4*Características de los Participantes Grupos Focales A y B*

Participante	Edad	Sexo	Estudios	Ocupación
A1	57	M	Primarios	Cocinera
A2	68	H	Secundarios	Jubilado
A3	54	H	Primarios	Maderista
A4	57	H	Primarios	Jubilado
A5	41	H	Primarios	Jardinero
A6	76	H	Secundarios	Jubilado
B1	42	H	Secundarios	Sanitario
B2	58	H	Primarios	Ventas
B3	65	H	Primarios	Construcción
B4	51	H	Primarios	Vendedor ganado
B5	49	M	Universitarios	Administrativo
B6	63	H	Primarios	Jardinero

En cuanto a nivel educativo se refiere, tan solo uno de nuestros participantes tenía estudios universitarios. En la literatura consultada se observa que el grado de escolaridad es importante en la adherencia a los programas de rehabilitación. Al tener bajo nivel educativo resulta más complicada la comunicación con los profesionales de la salud y con su familia. También se asocia a estos participantes un perfil de persona más desfavorecida por tener menores ingresos económicos y un insuficiente conocimiento de lo que son los factores de riesgo (García Alcaraz et al., 2009).

Referente al estado civil, todos estaban casados o tenían pareja estable salvo uno de los participantes. La literatura señala que el soporte familiar se asocia con una disminución de ansiedad y depresión, además de contar con un apoyo considerable en cuanto a hacer reformas en su estilo de vida. Por el contrario, a los pacientes viudos o solteros se les vincula con una mayor dificultad para rehabilitarse, asociándolo a un sentimiento de incapacidad a la hora de practicar ejercicio, tener una dieta adecuada o dejar de fumar (Berkman et al., 1991; Duarte, 2009).

En relación al género, la razón de la baja participación de las mujeres en los programas de rehabilitación cardíaca está descrita por varios autores. Ello se atribuye a la dificultad de participación debido a los diferentes roles de cuidador informal (hijos/nietos, esposo, o familiar dependiente de ellas en el hogar). Asimismo, suele haber otras cuestiones reseñables asociadas, como pueden ser la falta de seguridad o de experiencia previa con el ejercicio y el limitado apoyo cultural para llevar un estilo de vida físicamente activo (Loose y Fernhall, 1995).

3.2. PROCEDIMIENTO

En el diseño y la planificación de la investigación en cuanto a la selección de los participantes, la elaboración del guion de temas y la conducción de las reuniones se han seguido las directrices de la literatura al igual que en relación a la técnica de recolección de datos y el posterior el análisis de su contenido (García Calvente y Mateo Rodríguez, 2000; Silveira Donaduzzi et al., 2015).

La estrategia utilizada para la recogida de datos fue la entrevista grupal, semiestructurada y con preguntas abiertas, dispuesta en tres fases. Antes del inicio de cada sesión se solicitó el consentimiento para grabar el audio, explicando que el objetivo era hacer una descripción literal de las mismas y que esta grabación iba a ser custodiada por la investigadora principal y destruida después de las transcripciones.

En la primera fase, se presentaron los participantes y se explicó el propósito del estudio, se les leyó una hoja de información detallada, facilitándoles así el consentimiento informado. En la segunda fase se desarrolló la entrevista, y en la tercera fase se hicieron las conclusiones pertinentes del estudio a través de la síntesis de ideas clave. Mediante la observación se analizó el lenguaje no verbal de los participantes entrevistados, tomando dos investigadores notas de campo.

Cada grupo focal fue realizado en el mes de marzo de 2019, en una sala de reuniones de una cafetería céntrica de la ciudad de Lugo, contemplando así el llevar a nuestros pacientes a un terreno neutral, con el fin de evitar el sesgo de los resultados en la investigación. La duración aproximada de cada reunión fue de 90 minutos.

3.3. INSTRUMENTO

Para analizar los discursos de los participantes utilizamos el grupo de discusión como técnica central de la investigación, complementándolo con otras técnicas como son

la observación de los participantes. El análisis de las grabaciones se complementó con las notas de campo.

En primer lugar, se tiene en cuenta lo que se denomina el microanálisis del interlocutor, donde se recopila, analiza e interpreta información meticulosa sobre cuestiones tales como: qué participante responde a cada pregunta, en qué orden responde cada uno de ellos, cuáles son las características de las respuestas y qué tipo de comunicación no verbal utilizan, entre los aspectos más relevantes (Onwuegbuzie et al., 2011). Gracias a este microanálisis el moderador pudo provocar que el participante más discreto tomase la palabra y también controlar al líder espontáneo que intentaba en alguna ocasión monopolizar la discusión. También se hizo necesario reconducir al grupo cuando las características de las respuestas se derivaban a otro tema ajeno al que se había propuesto. Igualmente se prestó mucha atención al lenguaje corporal, cualquier gesto, postura o movimiento de cuerpo y rostro que pudiera transmitir alguna información.

En cuanto al guion de la entrevista, se han utilizado preguntas abiertas para abrir paso a la discusión (Tabla 5; por ejemplo, ¿Has oído hablar de...? ¿Qué opinión te merece...? ¿Cómo crees que se puede mejorar...? ¿Qué consejo/sugerencia podrías aportar...?). Según Kvale (1996), el propósito de una entrevista de investigación cualitativa se centra en la obtención de descripciones cualitativas del mundo del entrevistado con respecto a la interpretación de su significado. Siguiendo su modelo, el propósito de la entrevista en relación al motivo de la investigación, se ha trabajado en el diseño de preguntas basadas en el conocimiento que se busca y se han tenido en cuenta las implicaciones éticas.

La relación interpersonal que surge en el contexto de una entrevista ha permitido un diálogo sin inducir ni forzar respuestas. Así se ha podido analizar el nivel de conocimientos establecidos en las diferentes categorías posteriormente descritas (Tabla 6), utilizando el marco conceptual que se recoge en la Figura 3. Según la Fundación Internacional del Autocuidado (2016), uno de los pilares básicos del autocuidado es el conocimiento y alfabetización de la salud. Esta última es definida por la OMS (1998) como la representación de las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder, comprender y utilizar la información para promover y mantener una buena salud. En particular, dentro del autocuidado y la alimentación destacan tres dominios conceptuales: los conocimientos previos, los recursos con que cuenta cada persona y los medios de comunicación.

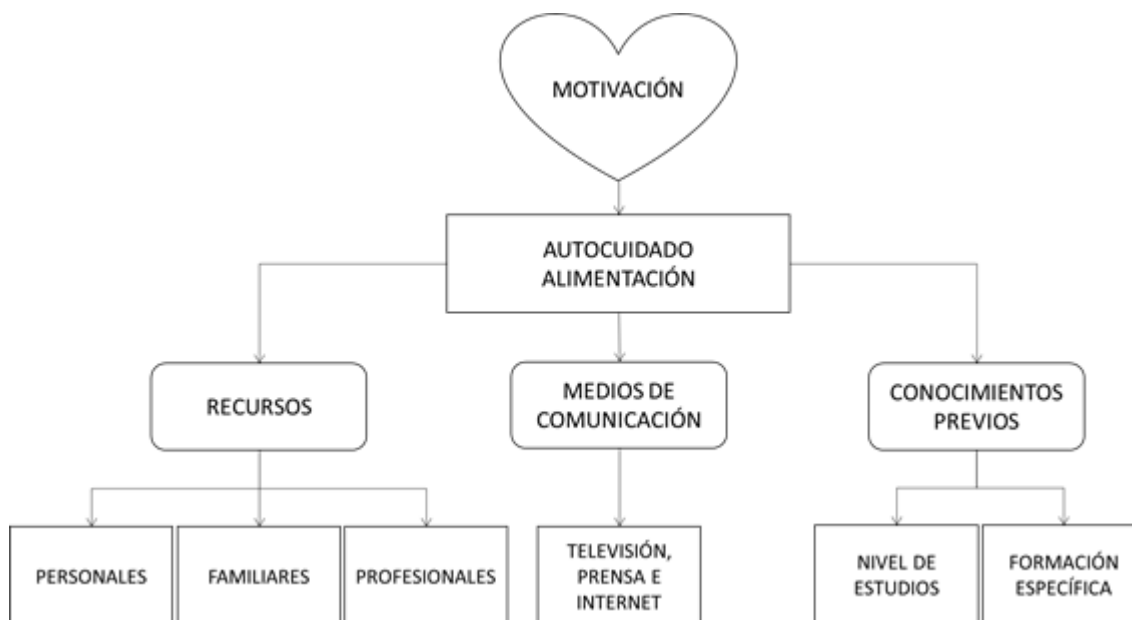
Tabla 5*Preguntas de Investigación y Preguntas de la Entrevista Correspondientes*

Preguntas temáticas de investigación (PTI)	Preguntas dinámicas de entrevista (PDE)
¿Qué nivel de conocimientos hay acerca del etiquetado nutricional?	¿Has oído hablar del etiquetado? ¿Te resulta necesario? ¿Crees que podría ayudarte?
¿Hay conocimiento acerca de las claves que persigue la ley de seguridad alimentaria?	¿Conoces la ley? ¿Te parecen acertadas las claves que persigue?
¿Qué nivel de adherencia hay a las charlas educativas del programa de rehabilitación cardíaca?	¿Cuál era tu propósito principal al acudir? ¿Has hecho alguna reforma a partir de escucharlas?
¿Cuál es el profesional sanitario referente en materia de alimentación?	¿A quién te diriges para asesorarte en materia de alimentación? ¿Quién es tu referente?
¿Qué opinión merecen los “vending” hospitalarios?	¿Ves alguna conexión entre salud y “vending”? ¿Te resulta interesante el contenido?
¿Qué consejos/sugerencias podrían facilitarnos a los profesionales de la salud?	¿Cómo podríamos mejorar nuestro servicio? ¿Tienes alguna propuesta o idea?

El guion de preguntas permite cubrir una serie de áreas temáticas que abarcan los objetivos planteados en la investigación. Teniendo en cuenta que la mala alimentación es la primera causa de muerte por enfermedades cardíacas, se diseña un mapa de categorías identificadas como relevantes para recoger la información necesaria para el estudio. En el debate a fondo se plantean los temas elegidos desde una escucha activa no enjuiciadora. La entrevista proporciona un acceso único al mundo vivido de los participantes, que describen en sus propias palabras sus experiencias y opiniones. De ahí la importancia de traducir las cuestiones de investigación en preguntas o asuntos de conversación, transformando las preguntas académicas en un lenguaje coloquial y cercano para los participantes.

Figura 3

Marco Conceptual sobre los Factores que Influyen en el Autocuidado



Nota. Elaboración propia.

3.4. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos de los grupos focales fueron analizados por tres investigadores diferentes. Después de la transcripción literal de los datos grabados y las notas de campo recogidas tras la observación, se analizaron los pasajes de los participantes. Para preservar la confidencialidad, los datos fueron codificados y luego clasificados en cinco categorías (Tabla 6), que fueron definidas por la investigadora principal siguiendo un enfoque teórico centrado en el conocimiento y alfabetización en materia alimentaria. En el proceso de codificación se añadió una sexta categoría a las cinco que había planteadas en un inicio, tras advertir que los participantes daban mucho peso en su discurso a la figura de un profesional especialista en nutrición. Las transcripciones se realizaron sin ningún tipo de programa informático. Se trabajó en el análisis del contenido textual a partir de criterios sintácticos, semánticos y pragmáticos, según las recomendaciones de Navarro y Díaz (1999). Los tres investigadores pusieron posteriormente en común los datos obtenidos para analizar la concordancia de los resultados finales de la intervención. En el proceso de

codificación se relacionaron las unidades de registro con las unidades de contexto establecidas en el mapa de categorías, con el fin de poder así agrupar e interpretar la información de una forma organizada (Aguilar, 1999; Vallés, 1997). Cualquier inconsistencia en la categorización entre los investigadores fue resuelta por consenso.

Tabla 6

Categorías Obtenidas para el Análisis de Contenido

Categoría	Descripción
Categoría 1	Nivel de conocimientos acerca del etiquetado nutricional NutriScore
Categoría 2	Análisis de las claves que persigue la nueva ley 17/ 2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria
Categoría 3	Consejos y sugerencias para fomentar alimentación saludable
Categoría 4	Profesionales sanitarios referentes en materia de alimentación
Categoría 5	Adherencia de la charla educativa dieta cardiosaludable incluida en el programa de rehabilitación cardíaca
Categoría 6	Visión del “vending” en los hospitales

4. RESULTADOS

A continuación, se analiza cada una de las seis categorías identificadas (Tabla 6).

4.1. PRIMERA CATEGORÍA TEMÁTICA: ETIQUETADO NUTRISCORE

En cuanto a la implantación del “semáforo nutricional”, tan solo cuatro de los 12 participantes habían oído hablar de este sistema de etiquetado. En general todos consideraron que es una buena iniciativa que ayudaría al consumidor a tomar mejores decisiones a la hora de hacer la compra, identificando y calificando de una forma muy visual el valor nutricional de los alimentos.

Los fragmentos más representativos de esta categoría son: A1 “yo no veo bien las letras pequeñas y me ayudaría a saber lo que como”. A2 “por colores salta más a la vista, me parece una buena idea”. A3 “yo ya lo he visto en otros países, no sé a qué esperan para

implantarlo aquí, ya debería ser una realidad”. B5 “es una manera de promocionar lo más saludable, se podría así consumir lo bueno, ahora lo que más se vende es lo elaborado y precocinado”. B1 “lo light no es tan bueno como parece, así sabríamos lo que lleva”. B6 “a mí me parece bien, pero de todas formas creo que la publicidad es muy engañosa y puede seguir haciéndonos comprar de igual forma lo no saludable”.

En segundo lugar, genera controversia la cuestión de que los jóvenes son los que peor comen o no saben comprar. Por ejemplo, B3 “En los supermercados todo se aprovecha y se congela, la gente joven consume mucho alimento procesado y comida basura, no hay más que verles la cesta de la compra. Las prisas no te dejan cocinar mucho y vas a lo rápido”. En cambio, para otros de los participantes son sus hijos los que les enseñan y aconsejan. B5 “yo antes estaba convencido de que había que comer carne para estar bien alimentado. Mis hijos me dicen que no coma ciertas cosas y también son muy exigentes con lo que tenemos que reciclar en casa. El semáforo me ayudaría”.

En general, perciben que el semáforo no solo les haría elegir mejor el producto, sino que también podría hacerles más conscientes del riesgo de consumir ciertos productos. Afirman que la información es conocimiento y el color rojo, asociado a prohibido el paso, les serviría para reflexionar a la hora de hacer la compra.

4.2. SEGUNDA CATEGORÍA TEMÁTICA: LEY 17/2011, 5 JULIO, DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Tres de los pacientes refieren conocerla. Por unanimidad les parece acertado que restrinjan lo poco saludable y que la gente sea conocedora de los riesgos nutricionales de consumir ciertos productos de alto contenido en azúcar, grasas, sal y calorías. B3 “en los colegios hubo problemas con los catering, los niños se plantaron y no quisieron comerlos”. B4 “yo la obesidad en mi caso la achaco al tapeo y los vinos”. A6 “hay niños obesos porque comen muchas hamburguesas, pizzas y comida basura”.

Todos afirman estar convencidos de que se deben tomar medidas para luchar contra la obesidad. Sostienen que las claves que persigue la ley son acertadas, que la estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS) es una buena idea pero que la ley debería ser más rigurosa. B5 “yo sé que hay trampas, la etiqueta blanca con franja azul no quiere decir que la carne sea gallega”. B2 “bueno, yo creo que, si fuera muy rigurosa, no llegaríamos a ser competitivos con nuestros productos”.

En general los entrevistados no muestran convencimiento de que la ley mantenga la seguridad en toda la cadena alimentaria, es decir, desde la granja hasta la mesa. A5 “no es verdad que todo venga en las etiquetas, porque si no algunas carnes no las comería nadie, ¿cómo se puede criar un pollo en tan poco tiempo? ¿cómo hacen para que engorden y aumenten de peso creciendo tan rápido?, no van a poner en las etiquetas lo que les dan. Yo llevo criando animales toda mi vida y sé de lo que estoy hablando”. B2 “sois unos privilegiados los que podéis comer animales criados en casa, los demás pedimos desde aquí que no prostituyan demasiado las carnes de granja que compramos”.

4.3. TERCERA CATEGORÍA TEMÁTICA: FOMENTANDO UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

En general, hay una clara dominancia en el grupo en cuanto a reivindicar más educación sanitaria. B3 “se deberían dar charlas en las aldeas, allí hay casas escuelas donde se podría enseñar a la gente a saber comer”. A5 “pienso que se debería fomentar más lo ecológico y enseñar también a las madres, no solo a los niños en las escuelas”. B2 “yo he aprendido a comer gracias al programa de rehabilitación cardíaca, se deberían extender esas charlas cardiosaludables, el bis a bis es lo que funciona, vosotros los profesionales deberíais hacer como los curas, reunir a mucha gente para poder enseñarles a comer”. A3 “un diagnóstico te cambia la vida y una buena educación sanitaria más. Las charlas y los talleres son necesarios”. B4 “yo haría una campaña que llegase a más gente, y la haría impactante como la de la DGT [Dirección General de Tráfico]”. B5 “es bueno aprovechar los medios de comunicación para dar una buena información y también las redes sociales”. A5 “antes de mi enfermedad no leía los suplementos de la prensa, ahora voy a la sección que habla de salud y tomo notas, la prensa me ayuda”. A4 “el médico de atención primaria te dice que tienes que andar y pasear, pero no te enseña a saber comer, se le debería dar más importancia a eso”. B1 “la publicidad es engañosa, no todo lo que aparece en los anuncios es cierto, no es una información del todo fiable, por eso necesitamos más educación en materia alimentaria”. B3 “se le sigue dando mucho contenido publicitario a la comida basura, como esas pizzas congeladas que aparecen en los anuncios y eso hace mucho daño”. A3 “ayudaría mucho dar a conocer el número de afectados, que se sepa que la gente enferma por no saber comer”. B4 “yo no me había parado a pensar la importancia que tenía la alimentación, somos muchísimos los que estamos mal y la gente no es consciente de eso”.

La sensación de los dos grupos es que se debería compartir su experiencia para trabajar en materia de prevención; sugieren que sus vivencias podrían tener impacto en la

vida de otras personas a la hora de abandonar hábitos de vida perjudiciales para la salud. B1 “sería bueno que pudiera escucharnos mucha gente, así no enfermarían como lo hicimos nosotros por no saber hacer bien las cosas”.

4.4. CUARTA CATEGORÍA TEMÁTICA: PROFESIONALES SANITARIOS REFERENTES EN MATERIA DE ALIMENTACIÓN

Diez de los pacientes entrevistados reclaman la figura del nutricionista para poder disponer de consejos especializados y personalizados. A2 “no todos podemos comer lo mismo, ni la misma cuantía, los consejos de un dietista serían necesarios”. B4 “estaría bien que hubiera un dietista para completar el equipo de profesionales”.

A día de hoy, se decantarían por los profesionales de atención primaria (medicina de familia, enfermería) como primer referente a los que pedirían ayuda o consejo, a falta de la figura de nutricionista. B5 “mi médico de familia poco me orienta y la enfermera me pesa y me mide la glucosa, me gustaría que hubiera la figura de un dietista”. B1 “la enfermera de atención primaria es la que me pesa y me habla de la dieta”.

En muchos casos, el programa de rehabilitación cardíaca ha sido el primer contacto que han tenido estos pacientes con la educación alimentaria. A3 “a mí la enfermera de rehabilitación cardíaca fue la que me abrió los ojos, en el programa me enseñaron a comer sano”. B2 “yo he aprendido a comer gracias al programa de rehabilitación cardíaca”.

4.5. QUINTA CATEGORÍA TEMÁTICA: ADHERENCIA A LA CHARLA DIETA SALUDABLE DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

El concepto de adherencia en el caso de las charlas viene dado por el comportamiento del individuo frente a este modo de vida saludable, es decir, el cumplimiento o no de las pautas que deberían seguir frente a las recomendaciones de salud. Todos los participantes admiten haber hecho en mayor o menor medida reformas alimentarias a partir del programa de rehabilitación cardíaca. La gran revolución ha sido el desayuno. Salvo un participante de los 12 entrevistados, ninguno desayunaba. Como mucho, alguno confesó que tomaba un café rápido. Otros cambios frecuentemente compartidos por los participantes son la reducción del consumo de algunos alimentos (por ejemplo, carne roja o bollería) y el aumento de otros productos (por ejemplo, vegetales o agua), así como el cambio de forma de preparación de los alimentos (por ejemplo, a la plancha o al vapor). B3 “¡yo ahora desayuno!, incluso por la mañana como más que a la comida”. B4 “yo consumo menos carne, como más a la plancha, al horno, más verdura y

también he incluido yogures y frutos secos”. A3 “bebo más agua y como menos carne, el desayuno ahora para mí es también una comida”. B4 “he cambiado radicalmente mi alimentación, he eliminado la bollería, el cerdo no lo he vuelto a probar y como mucha verdura”. B1 “ya no tomo refrescos azucarados, solo ocasionalmente, también he cambiado la sacarina por la panela”. B2 “antes comía carne todos los días, ahora solo un día a la semana”. B4 “para mí la ensalada poco más era que comer un poco de lechuga”.

Por último, se reseña un discurso muy interesante referido a la práctica del ejercicio físico como elemento motivador a la hora de impulsar a la asistencia y participación en las charlas educativas. A3 “yo creo que el ejercicio me ha ayudado a estar más activo en las charlas, no sé, como más comprometido”.

4.6. SEXTA CATEGORÍA TEMÁTICA: VISIÓN DEL “VENDING” EN LOS HOSPITALES

Hay una clara determinación del grupo a cambiar los contenidos de las máquinas expendedoras en casi todos los productos. Tienen plena convicción de que el hospital en su conjunto, debería velar por la salud de las personas. B3 “hay mucha fruta que se podría incluir y que podría aguantar perfectamente varios días en las máquinas”. A5 “yo menos el agua lo cambiaría todo”. B6 “cambiaría la bollería por frutos secos naturales”. B4 “estaría bien incluir algo para la gente que tenemos intolerancias, yo ahora de viejo no tolero la leche”. A2 “yo incluiría las frutas desecadas, yogures y también frutos secos sin sal”.

Por unanimidad están de acuerdo en que es una incongruencia el mensaje que reciben en el hospital, con la oferta de consumo, es algo que les parece disparatado. A4 “es incongruente pensar en cardiología y ver el contenido de los “vending”, choca frontalmente”. En estas máquinas se puede encontrar todo un abanico de productos insanos. Les gustaría que se vetaran todos esos productos dañinos y se promocionaran los saludables. Solicitan más productos ecológicos, con menos contenido en grasas, bajos en azúcar y que también se tenga en consideración a los celíacos. El “vending” de los hospitales, afirman, debería también apostar por lo cardiosaludable.

5. DISCUSIÓN

A través del análisis de los discursos de los participantes se ha explorado la información que manejaban en cuanto a riesgos nutricionales valorando asimismo la adherencia al programa de rehabilitación. Este análisis ha confirmado la eficacia de los programas de rehabilitación cardíaca focalizados en la mejora de hábitos dietéticos.

En primer lugar, en relación al etiquetado NutriScore (categoría 1), el análisis del discurso realizado es coherente con las publicaciones previas. El etiquetado frontal tiene un efecto positivo en la elección de alimentos saludables, con resultados variables en las dimensiones de compra y consumo (Santos-Antonio et al., 2019). El sistema del semáforo contrastado con una etiqueta nutricional estándar permite así dirigir la atención del consumidor a los nutrientes más importantes. Este semáforo, por tanto, podría ayudar a realizar elecciones alimentarias con menor cantidad en azúcares y sal (Galan et al., 2017). Cabe destacar que la literatura consultada sugiere que serían necesarias más investigaciones para evaluar el impacto de la utilización de la información nutricional en forma de semáforo sobre los hábitos de compra y consumo real de los consumidores (Babio et al., 2013).

En segundo lugar, en cuanto al análisis de las claves que perseguía la ley 17/2011, de 5 julio, de seguridad alimentaria (categoría 2), los participantes apuntan que no ha disminuido demasiado la exposición al marketing alimentario no saludable, tal como se esperaba, ya que perciben que los productos altamente energéticos y pobres en nutrientes siguen siendo una constante en los medios de comunicación. Cabe recordar que desde la OMS se recomienda reducir la publicidad de alimentos ricos en grasas, sal y bebidas azucaradas en función de mejorar hábitos alimentarios. Los participantes consideran que esta ley es demasiado permisiva también en los controles de calidad de los alimentos.

En tercer lugar, en el análisis de las sugerencias o consejos de los participantes (categoría 3) podemos apuntar el reclamo de más educación sanitaria centrada en la prevención de los factores de riesgo cardiovascular. Comentan la conveniencia de que los talleres y las charlas educativas llegasen a más gente. Sería bueno salir del hospital e ir a las escuelas, a los pueblos y que la publicidad no resultase engañosa y contribuyera a mejorar la salud de la población. Un incentivo a las empresas que producen y comercializan productos menos saludables podría ser útil para que investigaran en la adecuada sustitución y minimización de los productos ultraprocesados.

En cuanto al consenso de los participantes a la hora de reclamar la figura de un profesional especializado en nutrición (categoría 4), revisamos si la evidencia sostenía que los consejos llevados a cabo por un nutricionista podían ser más efectivos. Se identificó evidencia limitada al respecto. Tan solo se encontró un estudio observacional que mostró una mayor pérdida de peso y una mejoría de resultados relacionados con la dieta a partir de una intervención dietética, pero no fue posible determinar si el efecto es atribuible al

hecho de ser una intervención realizada específicamente por un nutricionista en comparación con otro tipo de profesionales (IETSI, 2018).

En relación a la categoría 5, los participantes admiten que la educación recibida en el programa de rehabilitación les ha hecho reformar su patrón dietético. El consejo nutricional recibido en estos programas permite a los pacientes concienciarse de la importancia del seguimiento de una dieta adecuada. Estudios previos han encontrado un patrón alimentario que refleja la orientación nutricional recibida: aumento en la ingesta de frutas y vegetales, modificaciones en el consumo de grasa saturada por insaturada y consumo de leche descremada (Roselló Araya et al., 2001). En general, debe hacerse mención a que los beneficios de los programas de rehabilitación tradicionales son transitorios debido al abandono y a la escasa duración de la intervención. Sin embargo, cabe destacar el estudio de López Frías et al. (2014) en el que se examinaron algunos parámetros de composición corporal y se realizó una valoración nutricional de todos los sujetos. Gracias al consejo nutricional recibido se observó un incremento de nutrientes cardiosaludables y que los sujetos que asistían al programa de rehabilitación tuvieron un mejor estado de hidratación.

Por último, los discursos analizados sobre el “vending” en el hospital (categoría 6) se alinean con la literatura revisada que es también concluyente en este sentido. Una publicación revela que bajar los precios puede ser un método eficaz de promover las opciones de alimentos deseadas en entornos comunitarios, como escuelas, lugares de trabajo y otros (French et al., 2001); esto es, promocionar una buena nutrición con opciones de alimentos sabrosos y saludables a precios atractivos manteniendo la rentabilidad general. Cada vez hay más estudios que ponen de manifiesto la inadecuada composición nutricional de los alimentos dispuestos en las máquinas “vending”, caracterizados por un elevado porcentaje de grasas, grasas saturadas, azúcares y sal (Martin Payo et al., 2020). Es importante señalar que existe una relación directa entre presencia y frecuencia de consumo, es decir, la presencia de alimentos ricos en grasas implica un mayor consumo de grasas (Matthews y Horacek, 2015).

Asimismo, es especialmente relevante el discurso de uno de los participantes referido a la importancia del ejercicio físico como acicate a la hora de asistir y participar en las charlas educativas. Llama la atención no solo su presencia como refuerzo positivo en su recuperación sino también como el ejercicio se puede convertir en uno de nuestros mejores aliados en la educación para la salud. La literatura científica nos recuerda que

además de relacionarlo con el fortalecimiento de las estructuras musculoesqueléticas, mejoras en los niveles de presión sanguínea y la salud cardiovascular global, no se debe olvidar que el ejercicio físico produce también beneficios a nivel neurocognitivo ya que mejora el aprendizaje y la memoria, aumenta la proliferación celular y la sobrevivencia del hipocampo, incrementando el volumen de materia gris y blanca (Bossio y Justel, 2018). En este mismo sentido cabe recordar que los estudios que más han crecido durante los últimos años son los de la práctica de la actividad física por parte de personas adultas como actividad recreativa y saludable no solo pensando en esta actividad como una aliada en la educación sino también en los beneficios relacionados con el bienestar psicológico, algo a tener muy en cuenta en cualquier tipo de pacientes (Olmedilla y Ortega, 2017).

5.1. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La limitación más importante de este estudio es la reducida muestra. En particular, solo dos de los 12 participantes son mujeres. En futuras investigaciones se recomienda abordar un estudio desde la perspectiva de género para profundizar en los aspectos que pueden incidir de diferente manera en la enfermedad coronaria y la rehabilitación posterior. Por ejemplo, en un estudio previo se ha asociado la mala calidad del sueño de pacientes mujeres con un poder adquisitivo bajo además de un pobre nivel educativo, destacando la falta de sueño como un factor pronóstico en la enfermedad coronaria (Assari et al., 2013).

Por otra parte, no todos los pacientes están en disposición de viajar, debe pasar al menos un mes después del evento coronario para que puedan conducir y les supone un problema el desplazamiento dentro de lo que es toda el área sanitaria. Otros ya se han incorporado al mundo laboral y solo disponen de tiempo para venir a rehabilitarse. De ahí que se haga necesario abordar en estudios posteriores muestras más amplias para obtener resultados significativos, tanto de pacientes con dolencia cardíaca como población general, con el objetivo de crear programas preventivos específicos. Dada la actual crisis sanitaria por la pandemia COVID-19, los grupos de discusión tendrían que realizarse online, aunque los conocimientos tecnológicos para la mayoría de los pacientes suponen una barrera dada la edad de los participantes. No obstante, los resultados obtenidos en el presente estudio son de utilidad para diseñar cuestionarios que permitan realizar investigaciones cuantitativas con muestras más amplias. Los participantes podrían cumplimentarlos en papel tras la revisión en el hospital y se podría profundizar en los aspectos prioritarios para mejorar las actividades formativas y preventivas.

A día de hoy, a consecuencia de la pandemia actual, se ha tenido que reducir la entrada de pacientes en el gimnasio para garantizar la distancia de seguridad. La educación sanitaria ha dejado de ser grupal, y tristemente no se puede contar con el mejor de los aliados, la familia; su presencia en las charlas formativas era de gran valía a la hora de poder apostar por un cambio de conductas y comportamientos dirigidos a modificar estilos de vida. Ahora les acercamos las charlas educativas a casa de forma online, vinculadas con códigos QR en los trípticos de las recomendaciones del programa. También proyectamos videos durante las sesiones de ejercicio y reforzamos lo aprendido con pequeñas píldoras informativas a través de la pizarra que se ha habilitado para tal fin en el gimnasio.

En cuanto a la ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria resulta complejo evidenciar si las expectativas o los logros que perseguía esta ley se han cumplido desde su puesta en marcha. Sería necesario ampliar este punto en investigaciones posteriores máxime cuando a día de hoy la entrada en vigor de la legislación que limita el uso de grasas trans se puede afirmar que es ya una realidad. A partir del mes de abril de 2021, se puso en vigor, contemplando esta necesidad que se venía reclamando desde diferentes entidades, entre ellas la Fundación Española del Corazón (FEC), por ser consideradas este tipo de grasas en los alimentos una amenaza para la salud pública ya que aumentan los niveles de colesterol malo (LDL) y triglicéridos y, por otra parte, disminuyen los niveles de colesterol bueno (HDL).

Asimismo, se hace necesario ampliar las investigaciones en cuanto a los contenidos de los “vending” hospitalarios para concienciar a las empresas del daño que provocan en la salud de las personas. En este sentido, sería interesante poder pactar con la industria alimentaria la posibilidad de diseñar otros contenidos atractivos saludables que pudieran minimizar el riesgo de consumir productos que nos enferman. El plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas (AECOSAN, 2018) diseñado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el objetivo de reducir el contenido de sal, azúcar y grasas, es una de las medidas destinadas a crear entornos alimentarios más saludables (seguimos consumiendo productos reformulados, pero reduciendo el 15% el azúcar máximo añadido). Pensando como profesionales de la salud en forjar hábitos alimenticios saludables, entendemos que la incorporación de alimentos como la fruta, los frutos secos naturales, el agua o los lácteos sin azúcares en estas máquinas expendedoras ayudaría a los pacientes a la hora de tomar decisiones. Los hospitales en su conjunto deberían velar por la salud de las personas y evitar mensajes

ambiguos que dificulten la adherencia a la educación sanitaria recibida en el programa de rehabilitación cardíaca.

5.2. CONCLUSIONES

En resumen, el impacto del programa de rehabilitación cardíaca ha sido clave en el manejo de la alimentación. Todos los participantes identificaban la dieta cardiosaludable con un aumento del consumo de verduras, legumbres, hortalizas y frutas, el aceite de oliva como grasa fundamental, los cereales integrales, la eliminación total de los azúcares y la reducción de la sal. También interiorizaron que la forma de cocinar influía en su salud, decantándose por el horno, la plancha y el vapor en la elaboración de sus platos. Los participantes manifestaron conocer sus objetivos de salud e hicieron cambios en su estilo de vida, para modificar sus factores de riesgo cardiovascular (colesterol elevado, hipertensión, sobrepeso, sedentarismo, etc.) algo que se hace crucial a la hora de luchar contra la enfermedad coronaria. Los consejos especializados en salud que habían recibido, se convirtieron también en un factor clave a la hora de modificar su alimentación, si lograban planificar su compra, leer las etiquetas y alimentarse de productos naturales sabían que podían influir en sus cifras de tensión arterial, niveles de colesterol y optar así por un peso saludable.

Los resultados de este estudio cualitativo muestran la importancia de seguir reforzando la educación para que los pacientes puedan optar por una conducta más adaptativa en cuanto a la adopción de una dieta cardiosaludable y asumir un papel más activo en su recuperación. El papel que juega el paciente y su autocuidado en el desarrollo de la cardiopatía isquémica se hace crucial para frenar la progresión de la enfermedad e impedir un nuevo evento coronario. El cambio de patrón dietético es una de las estrategias clave en los programas de rehabilitación cardíaca.

**ESTUDIO 2: MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE UN
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA**

1. RESUMEN

Este estudio longitudinal evalúa el impacto que un programa de rehabilitación cardíaca tiene en la calidad de vida de una cohorte de 181 pacientes. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario de salud *Medical Outcomes Study Questionnaire Short Form-36 Health Survey (SF-36)*, en cuatro momentos temporales: al ingreso en el programa, al alta y en la revisión de los 4 y 12 meses. Dada la importancia de la enfermedad cardiovascular, primera causa de muerte en el mundo, y que en España tan solo el 2-3% de la población puede beneficiarse del acceso a los programas de rehabilitación cardíaca, el objetivo de este trabajo es considerar la medida de la calidad de vida como un buen indicador para determinar la eficacia de estos programas.

Los resultados muestran comparativamente con la situación inicial de los pacientes en el momento del ingreso en el programa de rehabilitación, un incremento de la percepción de la calidad de vida, observándose resultados positivos en prácticamente todos los dominios, obteniendo una mayor puntuación en el dominio del rol físico. Este estudio pone de manifiesto que la asistencia a un programa de rehabilitación cardíaca mejora significativamente la autopercepción del estado de salud, tanto física como emocional.

2. INTRODUCCIÓN

La medición de la calidad de vida es una herramienta fundamental para guiar las estrategias de intervención sanitaria evaluando el impacto que una enfermedad ocasiona a nivel psicosocial. La enfermedad cardiovascular sigue cobrándose la vida de muchas personas y aunque los índices de mortalidad han disminuido en países desarrollados, sigue siendo la principal causa de muerte, de ahí la necesidad de seguir investigando para conocer las causas, los factores de riesgo y los predictores de cardiopatía (Nilsson et al., 2020).

Los programas de rehabilitación cardíaca persiguen reducir las consecuencias físicas y psíquicas que un evento coronario ocasiona, controlar síntomas, promover el bienestar psicosocial y acondicionar el retorno a la vida laboral reduciendo la posibilidad de un nuevo evento (Ruiz Bustillo et al., 2018). Cabe destacar que la rehabilitación cardíaca no solo está asociada a un descenso de morbimortalidad y de incapacidad, sino también a un incremento de calidad de vida y a una reducción en el número de las hospitalizaciones,

por lo que se puede concluir que es una medida terapéutica coste-efectiva (McMahon et al., 2017; Ramos et al., 2017).

La efectividad de la rehabilitación cardíaca ha sido medida en numerosos estudios (Bustamante et al., 2017; Casaverde Pineda et al., 2018; Martín, 2018) pero son muy pocas, todavía, las investigaciones longitudinales, por lo que no se puede valorar la adherencia a estos programas a lo largo del tiempo. El objetivo del presente trabajo es medir el impacto de un programa de rehabilitación cardíaca sobre la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía a corto y largo plazo, valorando la adherencia al programa en cuatro visitas. De este modo, este trabajo contribuye a determinar la medida de la calidad de vida como un indicador de eficacia de la rehabilitación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CALIDAD DE VIDA

La OMS, especialmente a través del Grupo de Calidad de Vida, ha desarrollado con la ayuda de centros colaboradores de todo el mundo un conjunto de instrumentos para la medición específica de la calidad de vida (los cuestionarios WHOQOL). Estos instrumentos resultan útiles para medir y comparar resultados de distintas poblaciones y países. Sus usos a día de hoy siguen siendo múltiples y diversos tanto en lo relativo a la práctica clínica como en la política sanitaria para la toma de decisiones. Gracias a la utilización de estos instrumentos WHOQOL, se ofreció una perspectiva diferente de la enfermedad, centrada ahora en la opinión que los individuos tienen de su propio bienestar.

Cabe destacar la concepción de la calidad de vida como una experiencia subjetiva, la naturaleza multidimensional de la calidad de vida (física, psicológica, social y ambiental), y que la calidad de vida está formada por aspectos tanto positivos como negativos (WHOQOL, 1998). Partiendo del trabajo de este grupo, se puede afirmar que la calidad de vida sugiere bienestar, riqueza, empleo, entorno construido, salud mental y física, tiempo de recreación y ocio, pertenencia social y educación. Podemos decir que está compuesta de evaluaciones subjetivas y objetivas de bienestar físico, social y emocional, junto con el desarrollo personal y la actividad con un propósito (Gálvez Galán et al., 2021; Sánchez-Galarza et al., 2018).

3.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es considerada una evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, la atención sanitaria y la promoción de la salud en la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que son importantes para él y que afectan a su estado de bienestar (Herdman y Baró, 2000). Las dimensiones para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional. Se puede considerar, por tanto, que la CVRS está relacionada con el modo en cómo afecta la enfermedad a la vida diaria del individuo (Palomino Moral et al., 2021).

En los programas de rehabilitación cardíaca esta valoración de la CVRS resulta muy útil cuando pensamos en planificar futuros cuidados, ya que es predictiva de la respuesta al tratamiento y también facilita la toma de decisiones en este sentido (Bulos-Murbarbian et al., 2017). No obstante, hay que señalar una serie de síntomas que influyen en la calidad de vida y que acompañan a las personas que han sufrido recientemente un evento coronario. Suelen referir disminución de la resistencia al caminar o subir escaleras, aumento de la disnea, o sensación de falta de aire durante la actividad física y fatiga. En presencia de arritmias también pueden notar palpitaciones. El esfuerzo físico y el estrés emocional al que están sometidos, en ocasiones, va acompañado de dolor torácico. Cualquier tipo de ejercicio físico, la reanudación de las relaciones sexuales o la reincorporación laboral son motivo de ansiedad. En muchos casos aparecen síntomas indicativos de depresión, como labilidad emocional, languidez, sueño de mala calidad con despertar frecuente o temprano por la mañana y ausencia de interés por las actividades que antes eran placenteras (Davis, 2020).

Las personas que sufren un evento cardiovascular se convierten de forma automática en pacientes crónicos, expuestos a posibles complicaciones que van desde la insuficiencia cardíaca avanzada a eventos cardíacos adversos e incluso la muerte (Le et al., 2018). Esta es la razón por la cual hay que tener presente que están asociados con altas cargas de morbilidad, mortalidad, tasas de reingreso y aumento del costo de la atención médica. Si tenemos en cuenta que los estudios revelan que la prevalencia de ansiedad y depresión son significativas y que la CVRS se deteriora, se hace fundamental, por tanto, desarrollar intervenciones eficaces para ayudar a las personas con cardiopatía coronaria a gestionar adecuadamente su enfermedad crónica (Jiang et al., 2020).

3.3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Se han diseñado diferentes instrumentos para medir la calidad de vida. El uso de cuestionarios sobre la calidad de vida relacionada con la salud resulta una práctica común tanto en las encuestas de población como en medidas de resultado informadas por los pacientes (PROM) en la atención médica. Para este estudio se ha utilizado el cuestionario *Medical Outcomes Study Short Form 36 Questionnaire* (SF-36) por ser el más aplicado en rehabilitación cardíaca tal y como sugiere la literatura consultada (Le et al., 2018).

Tabla 7

Descripción Dominios del Cuestionario SF-36 y Número de Ítems

Dominios	Descripción	Ítems
Función física	La salud limita actividades de la vida diaria (caminar, coger pesos, subir escaleras, esfuerzos, inclinarse)	10
Rol físico	La salud física interfiere en el trabajo y otras actividades con menor rendimiento o incremento de la dificultad	4
Rol emocional	Los problemas emocionales interfieren en el trabajo o en las actividades de la vida diaria	3
Vitalidad	Dinamismo o energía vital frente al sentimiento de sentirse cansado o exhausto	4
Salud mental	Sentimiento de felicidad y calma frente a la depresión, ansiedad y control emocional	5
Función social	Grado en que la salud, tanto física como emocional, interfiere en la vida social	2
Dolor corporal	Medición de la intensidad del dolor	2
Salud general	Evaluación de la salud actual y la perspectiva futura	5
Ítem de transición	Valoración de la salud actual comparada con la de hace un año	1

Nota. Fuente elaboración propia a partir de Bustamante et al. (2017), Casaverde Pineda et al. (2018) y Vilagut et al. (2005).

Este cuestionario fue uno de los primeros cuestionarios de CVRS generalizados (Beck et al., 2001; Brown et al., 1999). Incluye una medida genérica con ocho escalas, agrupadas en puntuaciones de resumen de dos componentes: un componente físico (Rol físico, Función física, Salud general y Dolor corporal) y un componente mental (Rol

emocional, Salud mental, Vitalidad y Función social) actualmente muy considerado por su sólida fiabilidad y validez (Palomino Moral et al., 2021). Estas escalas cubren los conceptos de salud empleados actualmente con más frecuencia, así como los aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento. De forma adicional, el cuestionario incluye un ítem de transición que valora el cambio del estado actual de salud respecto al año anterior (Tabla 7).

En línea con lo anteriormente expuesto, se formula la siguiente hipótesis:

Hipótesis 1. Las puntuaciones en los dominios de calidad de vida se incrementarán tras la participación en el programa de rehabilitación cardíaca, denotando mejor calidad de vida.

3.4. VARIABLES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Las intervenciones en el estilo de vida son los componentes centrales de los programas de rehabilitación cardíaca. Estas intervenciones basadas en la evidencia, incluyen los patrones dietéticos saludables, el ejercicio regular, el abandono de los hábitos tóxicos, control de peso y la detección de depresión, de ahí que se hayan contemplado estas variables relacionadas con el estilo de vida en el presente estudio.

En primer lugar, los datos relativos al grado de escolaridad son significativos a la hora de valorar la adherencia a los programas de rehabilitación. El bajo nivel de escolaridad se asocia un perfil de persona más desfavorecida por tener menores ingresos económicos y falta de conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular que afectan a su salud (García Alcaraz et al., 2009). Además, tal como sugiere la literatura, el bajo nivel educativo se asocia con más dificultades en la comunicación con los profesionales de salud (Molina et al., 2017).

Asimismo, el estrés, la ansiedad y la depresión son muy prevalentes entre los pacientes cardíacos y predicen peores pronósticos después de un evento coronario, por lo tanto, también se han tenido en cuenta en su conjunto (Aggarwal et al., 2021; Ramos et al., 2014). Se ha constatado que el apoyo familiar suele asociarse a una disminución de la ansiedad y la depresión (Berkman et al., 1991). Resulta por tanto muy eficaz que los pacientes tengan identificados estos recursos.

Los principales problemas de salud están causados por estilos de vida no saludables, tabaco, sedentarismo y alimentación inadecuada (del Pino Casado et al., 2014). Cabe destacar que la pérdida de peso también se asocia a mejoras en la presión arterial (Davis, 2020; Mostaza et al., 2019; Thompson et al., 2003) de ahí la importancia de contemplar el ejercicio físico y la alimentación saludable como punto fuerte en la valoración. En este mismo sentido cabe recordar los estudios relacionados con la actividad física y el bienestar psicológico, algo también a tener muy en cuenta en el proceso de su recuperación (Olmedilla y Ortega, 2017; Patti et al., 2021).

Se establecen las siguientes hipótesis:

Hipótesis 2. El nivel de estudios de las personas que participan en el programa de rehabilitación moderará las puntuaciones en los dominios de calidad de vida.

Hipótesis 3. Los niveles de estrés/ansiedad de las personas que participan en el programa de rehabilitación moderarán las puntuaciones en los dominios de calidad de vida.

Hipótesis 4. El nivel de actividad física de las personas que participan en el programa de rehabilitación moderará las puntuaciones en los dominios de calidad de vida.

Hipótesis 5. Mantener una alimentación saludable moderará las puntuaciones en los dominios de calidad de vida.

4. MÉTODO

4.1. PARTICIPANTES

Se estudió a una cohorte de pacientes con cardiopatía ($N = 181$) incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca. En la Tabla 8 se presentan las características sociodemográficas de la muestra. Existió un claro predominio de participantes varones (80%), siendo la edad promedio de 58.5 años ($DT = 9.9$; rango 31–85). La mayoría de los participantes (92.3%), vivía acompañado, independientemente de su estado civil, siendo mayoritariamente casados (76.2%). En lo referente al nivel educativo, tan solo un 17.7% de los pacientes tenía estudios universitarios, constituyendo prácticamente la mitad de la muestra los pacientes con estudios primarios (46.4%). Asimismo, se registraron otras variables sociodemográficas relevantes para el estudio de la enfermedad coronaria:

realización de actividad física, alimentación saludable, hábitos tóxicos, ansiedad/estrés y diagnóstico de depresión, problemas de peso, hipertensión y adherencia a la medicación.

Tabla 8

Características de los Participantes

Variables	Opciones de respuesta	N (Porcentaje)
Sexo	Hombre	145 (80.1)
	Mujer	36 (19.9)
Estado civil	Casado	138 (76.2)
	Divorciado	15 (8.3)
	Soltero	26 (14.4)
	Viudo	2 (1.1)
Entorno	Acompañado	167 (92.3)
	Solo	14 (7.7)
Estudios	Primarios	84 (46.4)
	Secundarios	65 (35.9)
	Universitarios	32 (17.7)
Actividad física	Sí	103 (56.9)
Ansiedad/estrés	Si	80 (44.2)
Depresión	Sí	17 (9.4)
Tabaco	Exfumador	64 (35.4)
	No	43 (23.8)
	Sí	74 (40.8)
Alcohol	Sí	51 (28.2)
Alimentación saludable	Sí	44 (24.3)
Problemas de peso	Sí	92 (51.1)
Hipertensión	Sí	93 (51.4)
Adherencia medicación	Sí	178 (98.3)

Nota. Valores en casos absolutos y porcentajes entre paréntesis.

Respecto a la variable actividad física, cabe hacer una puntualización. No es lo mismo hacer ejercicio que ser activo físicamente. El ejercicio sería una variedad de actividad realizada de forma planificada, estructurada y repetitiva para mejorar el rendimiento. La variable de actividad física se identificaría con cualquier movimiento que tenga como consecuencia el gasto de energía, como pueden ser las tareas domésticas o las actividades recreativas (Mostaza et al., 2019). En este estudio el 56.9% de los participantes admitió ser activo.

En relación a los hábitos tóxicos, el 40.8% confesaba tener problemas con el tabaco y tan solo el 28.2% aceptaba el hábito del alcohol como una conducta dañina. Cabe destacar que la mayoría de los pacientes desconoce las cifras de seguridad; para los hombres sería de 2-3 copas al día de una bebida fermentada (máximo 30 gr. de alcohol al día) y para las mujeres 1-2 copas al día (máximo 15-20 gr.) tal como señala la literatura consultada (Cedeño Zambrano et al., 2016). En lo que respecta a la alimentación saludable tan solo el 24.3% admitía tener buenos hábitos alimentarios. El 51% tenía problemas de sobrepeso/obesidad y el 51.4% de hipertensión.

En cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico es muy significativo el alto porcentaje de cumplimiento. El 98.3% admitía tomar la medicación pautada por su cardiólogo; son pacientes que en su mayoría han visto la muerte muy de cerca y tienen miedo a sufrir otro evento cardiovascular. Respecto a la variable ansiedad/estrés, el 44.2% confesaba padecer estas dolencias y un 9.4% estaba diagnosticado de patología depresiva.

4.2. PROCEDIMIENTO

En este estudio observacional de seguimiento prospectivo, se incluyeron a 181 pacientes ingresados en un programa de rehabilitación cardíaca. A todos se les aplicó el cuestionario de calidad de vida en cuatro momentos: al ingreso en el programa, al alta y a la revisión de los 4 y 12 meses. Todos los pacientes recibieron el tratamiento rehabilitador que consistió en acudir al hospital 2-3 veces por semana durante un plazo estimado de 12 semanas para asistir a una rutina de ejercicio físico, charlas educativas y talleres encaminados a modificar estilos de vida y reducir factores de riesgo cardiovascular. Los criterios de inclusión en la rehabilitación cardíaca son marcados por el cardiólogo coordinador del programa en base a unos criterios ya establecidos, siendo las afecciones más comunes la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca.

Todos los participantes aceptaron libremente participar en la investigación firmando el consentimiento informado para tal fin. Este estudio fue aprobado por el comité autonómico de ética de la investigación, velando por la confidencialidad de la información.

A continuación, se presentan las cuatro etapas del estudio:

- Primera visita (T1; $N = 181$): Una vez que el paciente inicia el programa de rehabilitación tras indicación del cardiólogo responsable, se le informa sobre el presente estudio y se le pide autorización con la entrega del modelo de consentimiento informado para la participación en el estudio. En esta misma visita se le administra el cuestionario de salud para evaluar la calidad de vida. Además, se recogen los datos demográficos y clínicos detallados (Tabla 8).
- Segunda visita (T2; $N = 141$): La segunda visita del estudio coincide con el alta del programa. Los pacientes completan durante un tiempo estimado de 12 semanas, en función del riesgo cardiovascular y su perfil de salud, un programa de ejercicios y una asistencia a charlas educativas y talleres. Toda la educación sanitaria aquí impartida está enfocada en el control de factores de riesgo cardiovascular, como pueden ser: la hipertensión, el sedentarismo, el sobrepeso/obesidad, el estrés, hábitos tóxicos o la alimentación. Las pautas de ejercicio son supervisadas por la fisioterapeuta de la unidad y de forma genérica tras un calentamiento previo, los pacientes hacen un trabajo aeróbico en bicicleta o tapiz rodante. Luego para terminar la sesión completan una rutina de ejercicios de fuerza y equilibrio con unos estiramientos finales. Aquí se le administra de nuevo el cuestionario en la última sesión de ejercicio programada dentro del servicio de rehabilitación cardíaca.
- Tercera visita (T3; $N = 118$): Tras haber sido dados de alta en el programa, los pacientes son citados en el hospital a los 4 meses para hacerse una revisión, tanto de su estado de salud como del control de los factores de riesgo cardiovascular. En esta revisión, cumplimentan de nuevo el cuestionario.
- Cuarta visita (T4; $N = 143$): Es la última visita de revisión planificada al año de concluir el programa de rehabilitación cardíaca. En ella de nuevo se hace un seguimiento de su estado de salud y un control de sus factores de riesgo cardiovascular. En esta visita el alta en el servicio de rehabilitación cardíaca es

definitiva, pasando a ser derivados directamente a las consultas de cardiología generales para sucesivas revisiones. Aquí se les administra de nuevo el cuestionario.

El presente estudio tiene carácter observacional, no se realiza ninguna intervención que suponga un aumento del riesgo para los participantes. La participación en el programa de rehabilitación cardíaca es práctica clínica habitual y sigue los protocolos establecidos en el centro hospitalario. Los datos de los participantes son recogidos y conservados hasta la finalización del estudio de manera pseudonimizada, es decir, empleando un código y manteniendo separados los datos de carácter personal que puedan identificar directamente a los participantes, de aquellos clínicos que son recogidos para los objetivos de este estudio. La investigadora principal mantendrá el listado de códigos de identificación hasta la finalización del estudio. Al finalizar el estudio, los datos podrán ser destruidos o anonimizados para su uso en futuras investigaciones, aunque para ello se solicitará expresamente el consentimiento al participante.

En la realización del estudio se cumplió con lo establecido en la Declaración de Helsinki, la ley 14/2007 de investigación biomédica y demás normativa aplicable. En el manejo de datos de carácter personal se ha ajustado a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 en lo relativo a la protección de las personas física en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

4.3. INSTRUMENTO

Todos los participantes cumplimentaron el cuestionario SF-36 (Beck et al., 2001; Brown et al., 1999) en cuatro momentos: al ingreso en el programa, al alta y en las revisiones de los 4 y 12 meses. Este cuestionario de consta de 36 ítems que miden ocho dimensiones del estado de salud (Tabla 7): función física, función social, limitaciones del rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Las preguntas valoran estados de salud tanto positivos como negativos. Se trata de medir qué nivel de limitación, tanto en actividades diarias como en relaciones personales, poseen los pacientes, debido a causas físicas o emocionales, contemplando también el dolor y las consecuencias que este conlleva. La puntuación más alta posible para este cuestionario es 100 y la más baja 0. Esta puntuación es directamente proporcional al estado de salud, por

lo que una puntuación más alta define un mejor estado de salud (100 para un resultado de salud excelente, 84 muy buena, 61 buena, 25 regular, 0 mala).

Asimismo, todos los participantes al inicio del estudio cumplimentaron una hoja de datos, donde se recogían variables relevantes para el estudio de la enfermedad coronaria.

4.4. ANÁLISIS DE DATOS

Las medidas continuas se presentan en medias y desviaciones estándar, un ejemplo es la edad, que se expresa en su media (58.5) con una desviación estándar (9.9). Las variables categóricas se presentan en frecuencias absolutas y relativas, un ejemplo es el sexo que se expresa en frecuencias absolutas, número total de cada categoría (145 hombres) y su frecuencia relativa, el porcentaje sobre el total (80.1 % hombres).

Para las comparaciones entre individuos se utilizaron test no paramétricos. El test U de Mann-Whitney en caso de dos grupos, o el test de Kruskal-Wallis en caso de más de dos grupos. Para comparaciones de datos pareados, intraindividual, se utilizó la versión para datos pareados del test *t* de Student. Asimismo, se realizaron análisis de regresión con cada uno de los dominios de calidad de vida como variable dependiente, incluyendo las variables sociodemográficas relevantes para el estudio de la enfermedad coronaria como variables independientes.

Todos los análisis se han realizado con el software estadístico R 3.5.3.

5. RESULTADOS

Los dominios con mejor puntuación son los de la función física, la función social, el rol emocional y el de la salud mental (Tabla 9). El dolor corporal, la salud general y la vitalidad obtienen puntuaciones más bajas. Resultan llamativos por otra parte, los saltos de puntuación en el rol físico a lo largo de los cuatro momentos. Este dominio está vinculado a problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física y podrían estar justificados con la incorporación y/o adaptación al puesto de trabajo. Para valorar la adherencia al programa de rehabilitación, se compararon las puntuaciones medias entre la última toma de datos y la primera visita (Tabla 10). Al año de concluir el programa (T4), los pacientes mantienen puntuaciones más altas en todos los dominios comparativamente con las cifras del inicio de la rehabilitación cardíaca (T1), excepto en el caso de la dimensión rol emocional en la que las diferencias no resultan significativas ($p = .329$).

Tabla 9*Puntuaciones en los Cuatro Momentos Temporales para los Dominios de Calidad de Vida*

Dominios	Puntuaciones			
	Momento1 (N = 181)	Momento2 (N = 141)	Momento3 (N = 118)	Momento4 (N = 143)
Función Física	72.7 (20.3)	79.2 (17.6)	82.7 (15.3)	79.0 (17.7)
Rol Físico	37.7 (40.6)	57.8 (44.0)	31.8 (29.0)	54.7 (43.4)
Dolor Corporal	61.7 (25.1)	67.2 (24.4)	75.9 (20.3)	69.0 (25.1)
Salud General	51.8 (30.9)	56.1 (19.8)	57.0 (20.7)	55.2 (20.4)
Vitalidad	57.4 (23.1)	65.5 (24.0)	73.2 (21.5)	63.7 (22.6)
Función Social	74.5 (25.6)	79.5 (22.5)	82.9 (19.5)	81.9 (19.5)
Rol Emocional	70.3 (42.0)	77.1 (37.7)	59.3 (20.0)	75.1 (39.9)
Salud Mental	69.9 (22.8)	77.1 (19.2)	82.9 (15.5)	76.2 (19.4)

Nota. Valores expresados en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.

Tabla 10*Puntuaciones Dominios entre la Primera Visita (T1) y la Última Visita (T4)*

Dominio	Momento 1	Momento 4	p-valor
Función Física	72.7 (20.3)	79.0 (17.7)	< .001
Rol Físico	37.7 (40.6)	54.7 (43.4)	< .001
Dolor Corporal	61.7 (25.1)	69.0 (25.1)	.004
Salud General	51.8 (30.9)	55.2 (20.4)	.008
Vitalidad	57.4 (23.1)	63.7 (22.6)	< .001
Función Social	74.5 (25.6)	81.9 (19.5)	.003
Rol Emocional	70.3 (42.0)	75.1 (39.9)	.329
Salud Mental	69.9 (22.8)	76.2 (19.4)	<.001

Nota. Valores en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.

p-valor calculado mediante el test *t* de Student para datos apareados.

En cuanto al dominio de transición, la percepción de salud con respecto a un año, también la puntuación presenta variaciones, viéndose aumentada después del programa de rehabilitación (Tabla 11). Aquí en la primera visita (T1) un 37% considera su salud peor respecto a la que tenía hace un año. En la segunda visita (T2), el 31.2% de los participantes percibe que su salud pasa a ser algo mejor. En la tercera visita (T3), un 44% de los pacientes percibe que su salud ahora es ya era mucho mejor y en la última visita de revisión de los 12 meses (T4), el 30.8% seguía manteniendo la percepción de su estado de salud como de algo mejor.

Tabla 11

Puntuación en el Dominio de Transición: Evolución Temporal

Evolución	Frecuencias			
	Momento1 (N = 181)	Momento2 (N = 141)	Momento3 (N = 118)	Momento4 (N = 143)
Mucho mejor ahora que hace un año	10 (5.5)	36 (25.5)	52 (44.1)	23 (16.1)
Algo mejor ahora que hace un año	36 (19.9)	44 (31.2)	42 (35.6)	44 (30.8)
Más o menos igual ahora que hace un año	45 (24.9)	34 (24.1)	20 (16.9)	29 (20.3)
Algo peor ahora que hace un año	67 (37.0)	21 (14.9)	3 (2.5)	39 (27.3)
Mucho peor ahora que hace un año	23 (12.7)	6 (4.3)	1 (0.0)	8 (5.5)

Nota. Valores expresados en frecuencia absoluta y relativa entre paréntesis.

A continuación (Tabla 12), se analizaron las diferencias en función del nivel de estudios. Un 46.4% de los participantes tienen estudios primarios, un 35,9% secundarios y tan solo un 17.7% universitarios. En el momento inicial (T1), los pacientes que han cursado estudios universitarios son los que mayor puntuación alcanzan, siendo significativas las diferencias en los dominios de función física, rol físico y salud general. El rol físico, vinculado al trabajo, es en el que se obtienen mayores diferencias. Cabe destacar, sin embargo, que en los dominios de función social, rol emocional y salud mental parece no haber tanta correlación entre el nivel de estudios y una mejor percepción de salud, ya que los participantes con estudios primarios son los que obtienen la segunda mejor puntuación en estos dominios.

Tabla 12*Puntuaciones en la Primera Visita (T1) en la Variable Nivel de Estudios*

Dominio	Primaria	Secundaria	Universidad	<i>p</i> -valor
Función Física	70.2 (19.4)	71.5 (20.6)	81.8 (19.9)	.002
Rol Físico	31.8 (38.5)	35.0 (38.9)	58.6 (42.8)	.008
Dolor Corporal	60.5 (25.5)	61.1 (24.5)	66.0 (25.5)	.601
Salud General	48.2 (18.6)	51.6 (21.8)	61.3 (22.3)	.018
Vitalidad	58.0 (21.8)	53.7 (22.7)	63.1 (26.2)	.205
Función Social	76.2 (26.3)	71.7 (25.9)	76.1 (23.2)	.510
Rol Emocional	69.8 (41.9)	66.6 (44.4)	79.1 (36.6)	.399
Salud Mental	70.9 (22.2)	67.3 (24.4)	72.8 (20.6)	.593

Nota. Valores en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.
p-valor calculado mediante el test de Kruskal-Wallis

Tabla 13*Diferencias en la Cuarta Visita (T4) en la Variable Nivel de Estudios*

Dominio	Primaria	Secundaria	Universidad	<i>p</i> -valor
Función Física	74.4 (19.5)	80.6 (16.5)	87.8 (9.8)	.003
Rol Físico	48.5 (46.6)	53.8 (39.4)	73.0 (37.3)	.052
Dolor Corporal	69.5 (26.5)	68.1 (21.8)	69.5 (27.7)	.700
Salud General	52.5 (19.2)	55.3 (19.9)	62.5 (23.4)	.106
Vitalidad	65.6 (22.0)	58.4 (20.8)	67.8 (36.4)	.095
Función Social	81.6 (19.3)	81.7 (18.5)	83.1 (22.0)	.825
Rol Emocional	70.0 (42.5)	79.7 (38.1)	80.7 (35.5)	.287
Salud Mental	77.1 (19.8)	74.0 (19.8)	77.8 (17.7)	.619

Nota. Valores en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.
p-valor calculado mediante el test de Kruskal-Wallis

En cuanto al momento final (T4), solo se encuentran diferencias significativas en el dominio función física ($p = .003$), de tal modo que las personas con estudios universitarios son las que, de nuevo, presentan puntuaciones más altas (Tabla 13). En relación a la comparativa según el nivel de estudios, entre la medida de su percepción de salud a la entrada en el programa de rehabilitación (T1) y la puntuación obtenida en la medida efectuada al año del alta (T4), todos los pacientes, independientemente de su nivel de escolaridad, perciben mejoría significativa con respecto a la entrada en el programa en todos los dominios del cuestionario SF-36.

Con respecto a la percepción de salud entre las personas que afirman tener problemas de ansiedad/estrés en comparación con las que admiten no padecerlos en la primera visita (T1), los datos aportan diferencias significativas en todos los dominios, excepto en función física y dolor corporal (Tabla 14).

Tabla 14

Diferencias en la Primera Visita (T1) en la Variable Ansiedad/Estrés

Dominio	No	Sí	p -valor
Función Física	73.5 (21.4)	71.6 (18.8)	.282
Rol Físico	43.8 (40.6)	30.1 (39.4)	.018
Dolor Corporal	63.6 (25.6)	59.3 (24.3)	.253
Salud General	56.5 (20.2)	45.7 (20.4)	<.001
Vitalidad	61.9 (23.4)	51.6 (21.3)	.002
Función Social	83.1 (22.5)	63.7 (25.2)	<.001
Rol Emocional	81.8 (34.4)	55.8 (46.1)	<.001
Salud Mental	77.8 (21.2)	59.9 (20.7)	<.001

Nota. Valores en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.

p -valor calculado mediante el test U de Mann-Whitney

Los datos comparados según esta variable sugieren que el programa de rehabilitación cardíaca resulta beneficioso para quienes sí reconocen sufrir problemas de ansiedad y estrés. Se puede apreciar (Tabla 15), cómo han aumentado las puntuaciones desde el momento inicial (T1) a la última visita (T4), lo que confirma la mejoría en la percepción de salud física y mental al cabo de un año tras el tratamiento rehabilitador.

Tabla 15

Diferencias en la Cuarta Visita (T4) en la Variable Ansiedad/Estrés

Dominio	No	Sí	p-valor
Función Física	79.1 (18.7)	78.7 (16.6)	.667
Rol Físico	60.8 (43.1)	47.2 (42.9)	.048
Dolor Corporal	70.6 (23.6)	67.1 (26.9)	.422
Salud General	56.7 (20.0)	53.4 (21.0)	.346
Vitalidad	68.2 (21.4)	58.1 (22.9)	.013
Función Social	86.5 (17.0)	76.2 (20.9)	.001
Rol Emocional	82.2 (35.3)	66.1 (43.7)	.016
Salud Mental	81.8 (16.3)	69.5 (20.7)	<.001

Nota. Valores en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.

p-valor calculado mediante el test U de Mann-Whitney

En cuanto a la variable actividad física (Tabla 16), podemos apreciar en la primera visita (T1) cómo los participantes que admiten ser activos obtienen puntuaciones más altas en todos los dominios, siendo esta diferencia significativa en lo referente a la salud mental, la salud en general y el rol emocional.

Los resultados de la última visita (T4) ponen de manifiesto que todos los participantes mantienen puntuaciones más altas que en el momento inicial (T1), independiente de su actividad/inactividad (Tabla 17).

Tabla 16*Diferencias en la Primera Visita (T1) según Actividad Física*

Dominio	No	Sí	p-valor
Función Física	70.2 (20.7)	74.6 (19.8)	.130
Rol Físico	31.1 (39.1)	42.7 (41.2)	.054
Dolor Corporal	59.5 (25.0)	63.4 (25.1)	.209
Salud General	46.9 (20.1)	55.4 (20.9)	.008
Vitalidad	53.9 (22.0)	60.0 (23.5)	.091
Función Social	70.8 (26.3)	77.4 (24.8)	.072
Rol Emocional	61.9 (43.5)	76.7 (38.8)	.010
Salud Mental	64.7 (23.6)	73.8 (21.4)	.008

Nota. Valores en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.

p-valor calculado mediante el test U de Mann-Whitney

Tabla 17*Diferencias en la Cuarta Visita (T4) según Actividad Física*

Dominio	No	Sí	p-valor
Función Física	77.4 (18.2)	80.1 (17.4)	.348
Rol Físico	53.2 (43.4)	55.8 (43.7)	.860
Dolor Corporal	69.1 (23.8)	69.0 (26.2)	.961
Salud General	51.4 (20.3)	58.1 (20.1)	.055
Vitalidad	62.1 (21.8)	64.9 (23.3)	.399
Función Social	81.1 (19.8)	82.5 (19.3)	.689
Rol Emocional	72.1 (40.9)	77.3 (39.3)	.330
Salud Mental	73.4 (20.1)	78.4 (18.6)	.103

Nota. Valores en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.

p-valor calculado mediante el test U de Mann-Whitney

En relación con la variable alimentación saludable, en la primera visita (T1), se puede apreciar cómo los que admiten seguir una dieta saludable obtienen ligeramente mejores puntuaciones, comparativamente con los que no se alimentan bien, siendo las puntuaciones más altas las relativas a la función social, función física y salud mental (Tabla 18). No obstante, estas diferencias no resultan significativas.

Tabla 18

Diferencias en la Primera Visita (T1) según Alimentación Saludable

Dominio	Bien	Mal	p-valor
Función Física	73.1 (19.7)	72.5 (20.5)	.953
Rol Físico	42.6 (42.9)	36.1 (39.8)	.444
Dolor Corporal	61.6 (27.8)	61.7 (24.2)	.926
Salud General	53.6 (22.1)	51.1 (20.5)	.570
Vitalidad	57.9 (22.7)	57.2 (23.2)	.931
Función Social	78.9 (24.6)	73.1 (25.8)	.161
Rol Emocional	71.9 (44.2)	69.3 (41.4)	.499
Salud Mental	73.8 (23.0)	68.6 (22.6)	.136

Nota. Valores en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.

p-valor calculado mediante el test U de Mann-Whitney

En cuanto a los resultados de la última visita (T4), todos los participantes, independientemente de su alimentación consiguen aumentar sus puntuaciones (Tabla 19), siendo el dominio de rol físico el que experimenta una clara mejoría para los que no llevaban una dieta saludable y el rol emocional para los que se adhieren a una dieta saludable. Cabe destacar que la función social es la mejor puntuada de todos los dominios.

Tabla 19*Diferencias en la Cuarta Visita (T4) según Alimentación Saludable*

Dominio	Bien	Mal	p-valor
Función Física	77.2 (17.9)	79.4 (17.7)	.448
Rol Físico	51.7 (45.7)	55.5 (43.0)	.877
Dolor Corporal	69.7 (23.5)	68.9 (25.6)	.885
Salud General	58.6 (21.6)	54.4 (20.1)	.321
Vitalidad	64.6 (23.7)	63.5 (22.4)	.881
Función Social	84.9 (18.4)	81.1 (19.7)	.407
Rol Emocional	80.4 (35.0)	73.7 (41.1)	.512
Salud Mental	78.6 (17.7)	75.6 (19.8)	.527

Nota. Valores en medias y desviaciones estándar entre paréntesis.

p-valor calculado mediante el test U de Mann-Whitney

Por último, se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión siendo la variable dependiente en cada uno el dominio correspondiente al T4 (Tabla 20). Como variables independientes se incluyeron los aspectos de estilo de vida recogidos al inicio del estudio en cuanto a actividad física, ansiedad/estrés, consumo de alcohol, nutrición, problemas de peso e hipertensión, así como el nivel de estudios y el riesgo (bajo, medio y alto). Esta estratificación del riesgo, medida a través de la historia clínica, la prueba de esfuerzo y el electrocardiograma, sirven para conocer el perfil de cada uno de los pacientes en cuanto a estimar su pronóstico y el nivel de supervisión y/o monitorización que necesitan durante las sesiones de rehabilitación a la hora de tener garantizada su seguridad durante el programa.

En línea con los resultados previos, un mayor nivel de estudios se relacionó con puntuaciones más altas en los dominios de función física y rol físico, mientras que el nivel de actividad se relacionó positivamente con la salud general. Por otra parte, la ansiedad/estrés se relacionó negativamente con casi todos los dominios (rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental), y el consumo de alcohol con la función social. Un bajo nivel de riesgo al inicio muestra una relación positiva con la función física, frente a una menor salud general en el caso de riesgo moderado.

Tabla 20

Análisis de Regresión

Variables	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Riesgo								
Bajo	6.77*			-2.73				
Intermedio	-0.61			-9.74*				
Estudios								
Secundaria	5.64	7.93			-6.49			
Universidad	13.17**	28.39**			4.74			
Actividad física (sí)				6.93*				
Ansiedad/estrés (sí)		-15.00*	-3.55*		-10.58**	-10.63**	-12.68*	-12.52***
Consumo alcohol (sí)						-6.11*		
Nutrición (Mal)	6.45							
Problemas peso (sí)	-4.90						-10.95	
Hipertensión (sí)		13.35					10.08	
R^2	0.146	0.103	0.041	0.056	0.080	0.086	0.067	0.103
p	**	**	*	*	**	**	*	***

Nota. Modelos ajustados por regresión lineal multivariante. Valores expresados mediante los coeficientes de la regresión p -valores del modelo correspondientes al F -test
 $*p < .05$; $**p < .01$; $***p < .001$

6. DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación muestra el resultado positivo que tiene la rehabilitación cardíaca sobre la percepción de salud de las personas y se vincula con estudios publicados al respecto que constatan que estos programas de rehabilitación cardíaca reducen las consecuencias físicas y psíquicas ocasionadas por la enfermedad cardiovascular, promoviendo el bienestar psicosocial y reduciendo las posibilidades de un nuevo evento (Coster et al., 2020; Foster et al., 2017; Mendieta Torres et al., 2020; Ruiz Bustillo et al., 2018).

De acuerdo a los resultados de esta investigación, tan solo un 24.3% de los participantes admite alimentarse de forma saludable, lo que se traduce en el porcentaje de mal control de peso (51.1%) e hipertensión arterial (51.4%). En cambio, se puede observar que se adhieren al tratamiento farmacológico en un 98.3%. Estos datos ponen de manifiesto la labor que aún nos queda por delante. Resulta más complicado cambiar el estilo de vida que tomar la medicación prescrita.

Se hace necesario destacar la importancia de hacer trabajo preventivo para no tener que llegar a este punto. Resultan esenciales todas las actividades profesionales centradas en acciones preventivas para promover la salud y prevenir la enfermedad, evitando la necesidad de una atención aguda o rehabilitadora (Martínez Linares et al., 2014). Hacer de la prevención una prioridad es una de las materias pendientes de la medicina (Agarwala et al., 2021), ya que las intervenciones enfocadas en promover la salud reduciendo los factores de riesgo cardiovascular son determinantes en cuanto a llevar un estilo de vida saludable en un 92% y supone un 66% menos de riesgo de sufrir cardiopatía coronaria (Sisti et al., 2018).

En este estudio también se evidencia el porcentaje de participantes que sigue fumando (40.8%) después de sufrir el evento coronario. La literatura sugiere que más de la mitad de la reducción de la mortalidad cardiovascular se ha atribuido especialmente a la reducción de la tensión arterial, colesterolemia y tabaquismo, una tendencia favorable contrarrestada con el aumento de la obesidad y diabetes tipo 2 (Flores-Mateo et al., 2011).

Estos hallazgos ponen de manifiesto una vez más la necesidad de seguir reforzando en las charlas educativas la importancia de no ver la medicación ni como la única ni la mejor parte del tratamiento. Todas las intervenciones de autocuidado encaminadas a capacitar a

los pacientes para mejorar el control de su estado de salud se hacen imprescindibles para no poner en riesgo su salud y por consiguiente su calidad de vida (Coster et al., 2020).

En lo relativo a los datos aportados en cuanto a sentir ansiedad/estrés, un 44.2% de los participantes admite sufrir estas dolencias y que se evidencia peor percepción de salud comparativamente con los que admiten no sufrirlas. Cabe destacar que la ansiedad y el estrés tienen una prevalencia muy significativa en pacientes con cardiopatía (Madavanakadu Devassy et al., 2020). La labilidad emocional, la ausencia de interés por lo que antes era placentero o la mala calidad del sueño son síntomas indicativos del deterioro en la calidad de vida. En ocasiones el estrés emocional al que están sometidos puede ir acompañado de dolor torácico, factor motivo de ansiedad a la hora de poder tener relaciones sexuales o pensar en la futura reincorporación laboral (Davis, 2020). Al finalizar la rehabilitación cardíaca podemos evidenciar en el estudio una clara mejoría de su percepción de salud.

Por otra parte, en los datos de este estudio relativos a la actividad física, solo admiten ser personas activas un 56.9% de la muestra. Estos datos corroboran que la inactividad física y el sedentarismo es uno de los principales problemas de salud de nuestra sociedad. La investigación confirma que los pacientes físicamente activos obtienen mejores puntuaciones, al igual que numerosas publicaciones donde se refleja que la actividad física mejora el estado de salud, con independencia de la edad, el sexo, la raza o la etnia (Barbosa Granados y Urrea Cuéllar, 2018; Mostaza et al., 2019; Tucker et al., 2020). Es importante señalar estudios que han demostrado incluso que la inactividad física se asocia con una mayor mortalidad cardíaca, mientras que el ejercicio, incluso el moderado, se asocia a un beneficio de supervivencia (Patti et al., 2021). De ahí la relevancia de mantenerse activo por su relación con la esperanza de vida.

Asimismo, cabe señalar que la tasa de incidencia de la enfermedad coronaria es mayor en hombres que en mujeres, y que la participación femenina en los programas de rehabilitación es baja. En la investigación, tan solo el 19.9% de los participantes son mujeres. Este bajo porcentaje se relaciona con los diferentes roles de cuidadora por los que pasan las mujeres haciéndose dependientes del hogar. A este hándicap se le suma la inseguridad o falta de experiencia previa con el ejercicio o el limitado apoyo cultural para llevar un estilo de vida físicamente activo (Supervía et al., 2017).

Por otro lado, otro dato importante es el sentirse acompañado (92.3%). Los pacientes que no se sienten solos, tal como sugiere la evidencia, encuentran más ayuda a la hora de plantearse reformas en el estilo de vida y enfrentar la enfermedad (Bu et al., 2021).

Respecto al nivel de estudios, tan solo un 17.7% de los participantes tiene estudios universitarios. Los datos recogen que cuanto mayor es el nivel de estudios, los participantes valoran mejor la percepción de salud. Estos datos relativos al grado de escolaridad son significativos a la hora de valorar la adherencia a los programas de rehabilitación. Tal como sugiere la literatura, a más bajo nivel educativo más dificultades en la comunicación con los profesionales de salud. Además, a bajo nivel de escolaridad se asocia un perfil de persona más desfavorecida por tener menores ingresos económicos y falta de conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular que afectan a su salud (García Alcaraz et al., 2009).

En cuanto al dominio de transición, la percepción de salud con respecto a un año, este estudio longitudinal confirma la adherencia a lo aprendido en los programas de rehabilitación cardíaca, manteniendo los participantes esa mejor percepción de salud.

Otro dato interesante que ofrece este estudio es la importancia de las revisiones de salud como refuerzo de lo aprendido en cuanto a factores de riesgo cardiovascular. Es muy común que los pacientes cuando empiezan a trabajar no encuentren tiempo para el ejercicio y que su alimentación vuelva a ser improvisada haciendo uso de las comidas rápida, algo que repercute en sus cifras de tensión arterial, peso corporal y datos analíticos. En la Tabla 9 se puede evidenciar la disminución en las puntuaciones en la revisión de los 4 meses (T3), tanto en el rol físico como en el emocional, cifras que se remontan en la siguiente revisión, al cabo de los 12 meses (T4), sugerido por el refuerzo educativo en cuanto a control de factores de riesgo y/o ajustes de medicación.

Cabe señalar también que el impacto negativo que genera en los pacientes el no poder continuar con sus tareas por una limitación física, genera sentimientos de baja autoestima. En un reciente estudio (Ramos et al., 2014) que trató de predecir la asociación entre varias dimensiones de la calidad de vida mediante el SF-36 y las variables clínicas y demográficas, se evidenció también como los pacientes más vulnerables son los que sufrían trastornos depresivos, sugiriendo que afecta de igual forma a los dominios psicológicos como físicos de la calidad de vida. En este estudio también se reflejó el handicap del nivel educativo bajo. Aspectos prioritarios que debemos de tener en cuenta cuando tratamos con este perfil de pacientes.

Por tanto, la medición de la calidad de vida tiene una relevancia alta ya que la evolución de la mejoría en el ámbito físico, social y emocional aumenta la adherencia de los pacientes a la terapia farmacológica, a los controles clínicos y a un estilo de vida saludable, incluyendo el ejercicio (Bustamante et al., 2017).

6.1 LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La limitación más destacada de este estudio es la reducción de la muestra a lo largo de la investigación. Por cuestiones de desplazamiento, incorporación a la vida laboral, descompensación de su enfermedad y en mayor medida como causa de fuerza mayor la pandemia por COVID-19, el número de encuestas recogidas fue decayendo, no pudiendo consolidar el mismo número de cuestionarios recibidos en todos los momentos: visita inicial (T1; $N = 181$), segunda visita a las 12 semanas (T2; $N = 141$), tercera visita a los 4 meses (T3; $N = 118$), última visita y alta a los 12 meses (T4; $N = 143$). Los pacientes no acudían al hospital por miedo a contagiarse y se programaron muchas revisiones de forma telemática lo que facilitó su seguimiento, pero dificultó la recuperación del cuestionario. Fueron momentos muy duros donde lo que primaba era dar una cobertura física y emocional, aportando calma y consuelo. Pensar en solicitar de nuevo el cuestionario en algunos casos resultaba totalmente inapropiado.

Otra importante limitación a señalar es la extensión del cuestionario SF-36. Cuando se trata de pacientes que tienen un nivel de alfabetización deficiente, cumplimentarlo resulta complicado. Hay pacientes que necesitan ayuda para poder completarlo debido a que son formularios largos, lo que puede provocar una posible interferencia con la elección de respuesta (van Rotterdam et al., 2021).

En futuras investigaciones sería necesario abordar otros factores influyentes en la calidad de vida de las personas, como pueden ser la mala calidad del sueño, factor pronóstico en la enfermedad coronaria (Assari et al., 2013) o la disfunción sexual. La sexualidad como necesidad básica se ve afectada negativamente en los pacientes que sufren una cardiopatía, debido al temor de sufrir un nuevo ataque al corazón, tal como recoge la literatura consultada. Además el no poder hablar de sus problemas sexuales con profesionales de la salud es un hándicap añadido, ya que sigue siendo considerado para algunos un tema demasiado íntimo (Valverde Bernal et al., 2018).

En anteriores investigaciones se ha evidenciado que el cuestionario SF-36 resulta útil por su capacidad para predecir resultados de salud futuros, incluso la mortalidad. Se establece una asociación con la mortalidad, con puntuaciones bajas en el componente físico (más a menudo) y en el componente mental (más raramente) (DeSalvo et al., 2005). Las puntuaciones bajas en la escala de funcionamiento físico por sí solas, parecen predecir la mortalidad por todas las causas (Nilsson et al., 2020). Algo que parece interesante para tener en cuenta en futuras líneas de investigación.

Asimismo, investigaciones relacionadas con el impacto de la formación de los profesionales de la salud en cuanto a calidad de vida (Bauer et al., 2018) y estudios que incluyan a los pacientes en programas de telerrehabilitación (Brown Wilson et al., 2020) son sugerentes a la hora de proponer nuevas líneas de investigación. Los programas de telerrehabilitación son una alternativa o un complemento eficaz a la rehabilitación cardíaca, que ayuda a superar los problemas de accesibilidad incrementados por la crisis de la pandemia del COVID-19.

6.2. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran el impacto positivo de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes. En consonancia con publicaciones previas se puede concluir que las personas que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca mejoran su calidad de vida, disminuyen el número de complicaciones y retrasan la progresión de la enfermedad, influyendo no solo sobre la condición física, sino también sobre la condición mental y social (Bustamante et al., 2017; Casaverde Pineda et al., 2018; Martín, 2018).

La asistencia a estos programas produce mejoras en la autogestión de la enfermedad, valorando su salud de un modo más positivo. Los datos recogidos revelan que los participantes mejoraron en los dominios de calidad de vida relacionada con la salud analizados, por lo que se concluye que la rehabilitación cardíaca es un factor clave a la hora de su recuperación, enlenteciendo la progresión de la enfermedad y disminuyendo la probabilidad de nuevos eventos cardiovasculares.

CAPÍTULO III: CONCLUSIONES

1. APORTACIONES DE AMBOS ESTUDIOS

En las investigaciones desarrolladas en esta tesis doctoral, como aportación general se pone de manifiesto la importancia de los programas de rehabilitación en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes coronarios. Los diferentes participantes que formaban ambos estudios fueron pacientes que habían sufrido un evento cardiovascular, a los cuales se les prescribió la rehabilitación cardíaca con la finalidad de reducir las consecuencias físicas y psíquicas de la enfermedad, controlar los síntomas, promover el bienestar psicosocial, facilitar el retorno a la vida laboral y reducir asimismo la posibilidad de un nuevo evento, tal como sugiere la evidencia (Ruiz Bustillo et al., 2018). Cada vez hay mayor sensibilidad por conocer si las intervenciones de los servicios sanitarios están orientadas hacia las expectativas de los ciudadanos. De ahí, que se haya utilizado la investigación cualitativa mediante los grupos focales para la evaluación de estos programas de rehabilitación, teniendo en cuenta las experiencias y opiniones subjetivas de los participantes. Además, por otro lado, para complementar la investigación, se ha utilizado también la investigación cuantitativa, que mediante una recogida de datos ha permitido contrastar las hipótesis formuladas en el diseño del estudio.

En el Estudio 1 se llevó a cabo un trabajo de investigación cualitativa a través de dos grupos focales, con una muestra de 12 pacientes. En él se pretendía analizar el conocimiento que manejaban los participantes en cuanto a asuntos concretos en materia de alimentación, como el etiquetado nutricional y la ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria. También por otra parte, nos interesaba conocer su opinión en cuanto al “vending” hospitalario además de valorar la adherencia a las charlas educativas del programa. La primera aportación de este Estudio 1, fue poner de manifiesto el desconocimiento de los participantes en lo referente al etiquetado nutricional y la ley de seguridad alimentaria, evidenciando la desinformación en cuanto a temas relacionados con la salud y la necesidad de más educación sanitaria. Por otra parte, se confirmó que, gracias a lo aprendido en el programa de rehabilitación, los participantes pudieron hacer cambios no solo en su patrón alimentario sino también en la forma de cocinar y planificar la cesta de la compra, leyendo las etiquetas alimentarias de los productos envasados. Como aportación, por tanto, este Estudio 1 ha evidenciado que gracias a las charlas educativas recibidas en rehabilitación, los participantes interiorizaron el mensaje de que la alimentación era un asunto muy serio del que había que empezar a preocuparse, ya que de ello dependía

en gran medida su salud, de ahí que a partir de la educación recibida, empezaran a asumir un papel más activo con una nueva rutina de alimentación saludable implantada en su día a día, controlando así los factores de riesgo cardiovascular, tales como el colesterol elevado, la hipertensión o el sobrepeso, que guardan una relación muy cercana con lo que nos llevamos a la boca, según nos muestra la literatura consultada (Cicero et al., 2021; Davis, 2020; Piepoli et al., 2016).

Tal como reclaman los participantes, otra de las aportaciones importantes a reseñar en este Estudio 1, es plasmar la necesidad de más prevención primaria, con intervenciones educativas destinadas a promover la salud y disminuir la posibilidad de enfermar. La adherencia a comportamientos saludables resulta un factor determinante en la esperanza de vida de las personas (Agarwala et al., 2021; Barbaresko et al., 2018). Los participantes dejaron claro que apuestan por una publicidad no engañosa y con mensajes impactantes, similares a los de la Dirección General de Tráfico como apuntaba alguno de los encuestados, ya que la enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte, según recoge el último informe del INE (2021) donde se plasma que el 23,0% de las defunciones fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio; y las enfermedades infecciosas, que incluyen la COVID-19, fueron las segundas (un 20,9% del total) superando a los tumores (20,4%).

En cuanto al Estudio 2, se realizó un trabajo de investigación cuantitativa con una cohorte de 181 pacientes. El objetivo principal de este estudio longitudinal era medir el impacto que un programa de rehabilitación cardíaca tenía sobre la calidad de vida relacionada con la salud a lo largo de cuatro momentos temporales (al inicio del programa, al alta, en la revisión de los 4 meses y en la revisión al año). Se utilizó para ello como instrumento de medida el cuestionario SF-36. Lo novedoso de este estudio reside en su carácter longitudinal analizando los beneficios de la rehabilitación cardíaca hasta después de un año del tratamiento rehabilitador. Las aportaciones finales del estudio van en sintonía con otras investigaciones publicadas recientemente (Tucker et al., 2020), donde se ha utilizado como herramienta de medida el mismo cuestionario SF-36. Aquí se señala el incremento de la percepción de la calidad de vida de los participantes que tienen la oportunidad de acudir a un programa de rehabilitación cardíaca, con respecto a su situación inicial después de sufrir un evento cardiovascular. Asimismo, en una reciente revisión sistemática (Fan et al., 2021) también se pudo evidenciar que estos programas de rehabilitación que incluían entrenamiento de resistencia y/o aeróbico no solo podían mejorar

eficazmente la calidad de vida en comparación con el tratamiento habitual, sino también la capacidad de ejercicio.

Cabe reseñar, como se ha descrito anteriormente, que una de las principales contribuciones de este Estudio 2 es su carácter longitudinal y las aportaciones de sus resultados más novedosas van en relación a su permanencia en el tiempo. Los datos que nos ofrece esta investigación son realmente prometedores ya que los beneficios ocasionados por los programas de rehabilitación cardíaca son perdurables en el tiempo, hasta 12 meses después del fin de la rehabilitación. En las revisiones de los 4 y 12 meses el seguimiento de los pacientes se hace imprescindible a la hora de atajar olvidos, reconducir inercias e instalar hábitos de vida saludable que contribuyen a mantener la salud y disminuir la probabilidad de un nuevo evento cardiovascular. Asimismo, los resultados de este Estudio 2, están en línea con la revisión Cochrane (Dibben et al., 2021) que apunta una mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud hasta los 12 meses de seguimiento de los pacientes que han sido rehabilitados.

Por tanto, en las investigaciones desarrolladas en esta tesis, queda plasmada la relevancia que los programas de rehabilitación cardíaca tienen en la vida de las personas que han sufrido un evento cardiovascular. Estos datos son útiles para poner en valor las unidades de rehabilitación y contribuir a reivindicar la necesidad de su expansión y crecimiento, ya que en España la inclusión de pacientes presenta cifras muy bajas que giran en torno a un 2-3% y tan solo son ofrecidos por 12 centros públicos del Sistema Nacional de Salud (Martin, 2018).

Asimismo, teniendo en cuenta que la enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte, que es una enfermedad más prevenible que irremediable y con el hándicap de que un alto porcentaje de los pacientes después de sufrir un evento cardiovascular no cumplen con los objetivos terapéuticos (Mendieta Torres et al., 2020), resulta imprescindible implementar estrategias en la lucha contra esta enfermedad, que modifiquen conductas y promuevan un estilo de vida saludable, donde se contemplen las unidades de rehabilitación cardíaca como punto clave de su abordaje. La utilidad de estas unidades de rehabilitación queda ampliamente demostrada para tal fin en la literatura consultada, a la que se suma el estudio de las investigaciones aportadas en esta tesis, disminuyendo la discapacidad y mejorando la calidad de vida de las personas afectadas.

Para finalizar, se deben tener en consideración los resultados valorados por el paciente, con el fin de planificar intervenciones profesionales de acorde a sus necesidades.

Cuando utilizamos estos enfoques más centrados en la persona, estamos empleando una medicina basada en el valor, donde se reconocen las medidas de resultado informadas por los pacientes (PROM) como una herramienta fundamental, con la inclusión específica de la calidad de vida como una PROM en las evaluaciones de rutina de estas personas a las que se les prescribe un programa de rehabilitación cardíaca (Le et al., 2018).

Cabe por tanto recordar que la experiencia del paciente resulta fundamental en la calidad de la prestación sanitaria y muestra asociaciones positivas con algunas medidas de resultado (Fuster Ruiz de Apodaca et al., 2019). Medir la experiencia de los pacientes aporta información crucial en aras de avanzar en un modelo centrado en la persona en el que realmente nos importe trabajar en mejorar su calidad de vida (Galindo et al., 2018).

2. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Los estudios que forman parte de esta tesis tienen una serie de limitaciones que deben de tenerse en cuenta y se describen a continuación.

En cuanto a las limitaciones referidas al Estudio 1, se encuentra el tamaño reducido de la muestra. Con una muestra más amplia de participantes se hubiera podido explorar mejor los aspectos relevantes que pueden llegar a incidir en el abordaje de su enfermedad y en el tratamiento rehabilitador posterior, pero hay que tener en cuenta que son pacientes de toda el área sanitaria que tienen que desplazarse al hospital para recibir el tratamiento. Algunos todavía no pueden conducir por prescripción médica y otros ya se han incorporado al mundo laboral lo que les dificulta la asistencia. Dada la actual pandemia sanitaria, los grupos de discusión tendrían que realizarse online, aunque para algunos de los pacientes tratados en rehabilitación esto supondría un problema por el escaso conocimiento en el uso de la tecnología.

En cuanto al Estudio 2, a la hora de utilizar instrumentos de autoinforme, se debe tener en cuenta una serie de desventajas o limitaciones derivadas de sus características intrínsecas. Estas pruebas pueden estar sesgadas por las capacidades de introspección tanto de la persona como de su memoria en comparación con medidas de ejecución, lo que puede ocasionar una recolección de información errónea que a su vez podría dar lugar a unos resultados y conclusiones equívocas. Asimismo, los errores también pueden venir dados por desconocimiento de quien responde, ya sea por una falta de capacidad de introspección o por un bajo nivel cultural (Martín, 2011; Mazefsky et al., 2011).

Asimismo, otra limitación importante de este Estudio 2 reside en que aspectos tan importantes para la calidad de vida de las personas como son el abordaje de la sexualidad o la mala calidad del sueño, no han sido contemplados por el cuestionario utilizado SF-36. Otra limitación importante es la baja participación femenina en estos programas de rehabilitación por los roles de cuidador desempeñados y otras cuestiones de relevancia como son la falta de seguridad o experiencia previa con el ejercicio, junto con el limitado apoyo cultural para llevar un estilo de vida físicamente activo, según ha sido recogido por diferentes autores (Anchique et al., 2018; Montero-Vega y Carbonell-Riera, 2022). Por último, se debe considerar también la ausencia de un grupo control como limitación, ya que no se puede estimar si hay diferencias en cuanto a los que reciben tratamiento rehabilitador y los que no.

Como futuras líneas de investigación, se podría desde la perspectiva de género profundizar en el abordaje de la enfermedad cardiovascular y en su rehabilitación posterior, además de contemplar la responsabilidad del cuidado de otras personas, como padres, pareja enferma, nietos, etc. Se hace necesario plasmar estudios que analicen las desigualdades de género en contextos de asistencia sanitaria, así como nuevas estrategias en el abordaje de la enfermedad que luchen por garantizar la equidad en los servicios sanitarios (Sánchez-Recio et al., 2021). Aunque el cambio de roles socioeconómicos parece aumentar la autopercepción de salud de las mujeres, sigue persistiendo una brecha de género importante, de ahí que la evidencia sugiera promover la inclusión de las mujeres al mercado laboral (Aguilar-Palacio et al., 2018).

En cuanto a valorar la calidad del sueño, futuras investigaciones podrían incluir escalas de medida del insomnio como pueden ser: Índice de Gravedad del Insomnio (ISI, *Insomnia Severity Index*) o Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI, *Pittsburgh Sleep Quality Index*) (Bastien et al., 2001). Por otro lado, aspectos importantes que ofrecen los resultados, como pueden ser la falta de perspectiva de los participantes en cuanto al consumo de alcohol, podrían ser abordados en otras investigaciones, ya que los participantes no lo consideraban como algo perjudicial cuando se consumía de una forma habitual controlada y/o moderada que no provocaba embriaguez. Resulta sorprendente que no se conozcan las cifras identificadas como dañinas y que no se asuma que no existe consumo de alcohol sin riesgo.

Además, también se podrían proponer otros estudios longitudinales que analicen a largo plazo otros beneficios ya medidos en otros países entre los que se encuentran la reducción del riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM), una probable ligera reducción de

la mortalidad por todas las causas y una gran reducción de la hospitalización junto con los costes sanitarios asociados (Dibben et al., 2021).

Por último, señalar la necesidad de hacer estudios con inclusión de pacientes de programas de telerrehabilitación ya que esta se está planteando como una alternativa eficaz o un complemento de la rehabilitación cardíaca, ayudando a superar los problemas de accesibilidad. Cabe recordar que la crisis pandémica de COVID-19 aumentó esta necesidad, debido al aumento de las limitaciones a la accesibilidad hospitalaria. La telerrehabilitación puede ser una alternativa o complemento eficaz y seguro (Cavalheiro et al., 2021).

3. CONCLUSIONES

Esta tesis tenía como objetivo estudiar el impacto de un programa de rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de las personas que habían sufrido un evento cardiovascular. La enfermedad cardiovascular tiene una repercusión considerable en la vida de las personas. Los pacientes que sufren esta enfermedad suelen reflejar una disminución de su resistencia durante la actividad física, fatiga e incluso disnea. En algunos casos pueden sufrir arritmias, percibiendo palpitaciones o dolor torácico, lo que se relaciona con la prevalencia de ansiedad y/o depresión, haciendo que la calidad de vida se deteriore.

A través de la investigación en los dos estudios se evidenciaron los beneficios del tratamiento rehabilitador enfocado al control de los factores de riesgo cardiovascular con ejercicio físico, abandono de hábitos tóxicos, modificación de la dieta, afrontamiento del estrés, abordaje de la reincorporación laboral y la optimización del tratamiento farmacológico. Asimismo, se plasmó la necesidad manifestada por los participantes de más educación sanitaria. Cuando se incrementan los conocimientos y se trabaja en la promoción de estilos de vida saludables, se genera menor enfermedad cardiovascular. Gracias a la alfabetización en salud, las personas entienden mejor las instrucciones de los profesionales, se involucran más en su proceso y están más dispuestos a modificar conductas o comportamientos que les enferman, aumentando así, gracias al conocimiento, la sensación de empoderamiento, control y seguridad. Saber manejar situaciones imprevistas, identificando signos de alarma, conociendo la razón de su tratamiento, la importancia del seguimiento y las revisiones de salud, y las actividades que puede retomar y las que no, garantizan su seguridad y les devuelven la tranquilidad y la autonomía que

todo paciente necesita. De ahí la importancia de establecer una buena comunicación con los pacientes. La atención no hay que reducirla a algo puramente técnico, ya que una buena comunicación se haya íntimamente relacionada con resultados clínicos positivos además de la satisfacción del usuario (Pérez-Fuentes et al., 2021).

En el Estudio 1 se puso de manifiesto como los hábitos alimentarios son determinantes en la rehabilitación de estos pacientes. La alimentación cardiosaludable no es una dieta temporal, se trata de una alimentación para mantener toda la vida y para ello se necesita recibir educación sanitaria que cale no solo en el paciente, sino también en su familia. A nivel poblacional las recomendaciones serían para todos aplicables, ya que se trataría de introducir pequeños cambios para hacerlos sostenibles a lo largo del tiempo, incorporando numerosos menús elaborados con técnicas culinarias saludables. Se trata de tener muy en mente que con una buena alimentación se controlan varios factores de riesgo, como pueden ser la hipertensión, la hipercolesterolemia, el sobrepeso o la diabetes mellitus tipo 2.

Por otro lado, y siguiendo el hilo de la alimentación saludable, me gustaría dejar reflejado otros de los principales problemas a los que nos enfrentamos los profesionales de la salud en el abordaje de esta temible enfermedad, los menús hospitalarios. Estos, en ocasiones envían mensajes contradictorios en base a las recomendaciones recibidas. Alimentos tales como fruta en almíbar, galletas, carne procesada y cereales refinados son una constante en las bandejas de los pacientes. Sería relevante reflejar la importancia de un trabajo colaborativo en el abordaje de esta enfermedad, donde las gerencias de las instituciones sanitarias y la industria alimentaria deberían implicarse con el fin de garantizar una política alimentaria que contribuya a frenar la progresión de la enfermedad cardiovascular. Como sugiere un reciente estudio (Bozkurt, Hershberger et al., 2021), se trata de mejorar la prevención y el cuidado de las enfermedades cardiovasculares a través de la educación profesional, la investigación y el desarrollo de pautas y estándares orientados a fomentar políticas que generan buenos resultados en beneficio de los pacientes.

A partir de los resultados de esta tesis, se considera prioritario no solo incrementar o potenciar los programas de rehabilitación sino promover la prevención. En el ámbito de la salud en esta área seguimos quedándonos cortos. La enfermedad cardiovascular es más prevenible que irremediable. En el segundo estudio se pudo evidenciar que se le da más peso al tratamiento farmacológico que al cambio del estilo de vida. Más de un 50% de los participantes sufrían hipertensión y tenían problemas de sobrepeso después de sufrir el

evento coronario y un 40% seguía fumando. Por el contrario, prácticamente todos los participantes (un 98%), confesaba tomarse la medicación prescrita. En nuestra práctica diaria el desequilibrio ingesta calórica - energía consumida, es un mal habitual, además muchos de nuestros pacientes manifiestan desconocer sus cifras de tensión arterial y frecuencia cardíaca hasta que sufren el evento coronario.

El trabajo preventivo, por consiguiente, sigue siendo la clave en la lucha contra la enfermedad cardiovascular y también la materia pendiente de la medicina, sin olvidarnos de contemplar desde una perspectiva psicosocial, factores clave en el desarrollo de esta enfermedad como son la ansiedad, el estrés o la depresión. Cualquier esfuerzo tanto a nivel de prevención, primaria o secundaria, redundaría a medio o a largo plazo en una mejor calidad de vida de las personas. Dar, por tanto, prioridad a los programas preventivos, además de invertir en tecnología y en tratamientos cada vez más novedosos, es algo que resulta totalmente imprescindible. Reconducir estilos de vida en personas que ya han sufrido un evento coronario, etiquetadas de “pacientes crónicos”, resulta más complicado y más costoso que enseñar a las personas sanas a vivir de una forma más saludable disminuyendo la probabilidad prematura de enfermar.

Asimismo, cabe destacar la afectación de la función social en las personas que han sufrido un evento coronario. La sensación de incertidumbre y miedo que acompaña a estos pacientes merma por completo su calidad de vida. Las ayudas de orden afectivo, recibidas de sus familiares próximos o de otros proveedores sustitutos, son clave en su recuperación. El apoyo emocional, el poder confiar y desahogarse y el fomentar relaciones con otros se convierten en ayudas que mejoran su salud física y mental. No podemos olvidar el impacto negativo de un evento cardiovascular en la vida de las personas, este no solo interfiere en las actividades laborales, también en las actividades cotidianas y las recreativas, imponiéndoles limitaciones que los angustian y estresan por verse afectada su autonomía. El diagnóstico de depresión no siempre resulta fácil, de ahí la importancia de utilizar escalas de valoración validadas, como la Escala Corta de Depresión-Felicidad (SDHS; Lomas Martínez et al., 2018) que nos ayudan a objetivar cuantitativamente los cambios y la gravedad de los síntomas.

La incorporación laboral, tal y como se ha señalado anteriormente, es uno de los aspectos que más influyen en la calidad de vida de los pacientes que han sufrido una cardiopatía. De acuerdo a los resultados, se evidenció en el Estudio 2, su nivel educativo suele ser bajo, algo que va asociado a puestos de trabajo con un perfil socioeconómico vinculado a la formación académica. Esto es algo que dificulta la modificación o adaptación

del puesto, al ser por tanto, en su mayoría, trabajos de baja cualificación, algo que hace más complicada la inserción, sin ser demasiado acorde con las limitaciones específicas de su patología. Además, la ECV puede ser uno de los factores que lleven a jubilarse en un momento dado. Un metaanálisis centrado en los antecedentes y consecuencias dentro de la experiencia de la jubilación, nos recuerda que el contexto laboral es una de las variables más influyentes en esta transición compleja y progresiva (Topa et al., 2009). Por otro lado la evidencia sugiere (Topa y Pra, 2018) que los rasgos disposicionales y las variables motivacionales interfieren, como recursos de los trabajadores, a la hora de afectar a la calidad de su jubilación.

Otro de los desafíos a los que deben enfrentarse las personas afectadas a medida que envejecen y que puede comprometer su salud es el estigma relacionado con el envejecimiento, una desigualdad que en muchos casos suele resultar una experiencia traumática, con graves consecuencias sobre el bienestar emocional y la CVRS (Hsieh et al., 2022; Navarro-Pardo et al., 2015). La evidencia sugiere medir la variable de la resiliencia exitosa supuestamente relacionada con el proceso de un envejecimiento óptimo (Moret-Tatay et al., 2015; Sinclair y Wallston, 2004).

En lo referido a las organizaciones sanitarias, incidir una vez más en la escasez de los programas preventivos y de rehabilitación. La estructura sanitaria está más diseñada para la atención de pacientes agudos. La inversión en revascularizaciones y medicación cardioprotectora está claro que funciona, pero seríamos más eficaces si esto se lograra combinar con intervenciones profesionales dirigidas a reconducir estilos de vida, que al final resultan ser las causas subyacentes de la enfermedad. El nivel de asistencia preventiva debería tener por tanto en cuenta programas integrales de estilo de vida que contemplen de una manera holística las necesidades de las personas. Por otro lado, tal y como sugiere la literatura (Bretones y Jáimez, 2022), trabajar en el empoderamiento del trabajador se hace imprescindible. Mejorar el empoderamiento estructural, en cuanto a acceso a recursos o a la información, al igual que en el empoderamiento psicológico, actuando sobre su nivel de autonomía, control o toma de decisiones, puede hacer que los profesionales de la salud adopten una conducta más activa dentro de la organización ayudándoles a sentirse más satisfechos.

En relación al contexto en que se desarrolló la investigación, cabe mencionar la presión a la que nos vimos sometidos todos los profesionales de la salud con la pandemia actual. El desgaste profesional, según señala la evidencia, se debe de ayudar a gestionar para prevenir riesgos psicosociales que puedan aparecer como consecuencia, favoreciendo

entornos de trabajo más saludables que interfieran en el desequilibrio esfuerzo-recompensa (Loyola da Silva et al., 2021). A este respecto, un estudio sugiere que la experiencia laboral juega un papel muy importante en el estrés crónico de los trabajadores, aunque en el *burnout* se vea afectado por el sobreesfuerzo y las bajas recompensas percibidas en el quehacer diario (Alvarado et al., 2021). También por otro lado, cabe mencionar el daño que a nivel psicológico provocó el confinamiento en los pacientes, de ahí la importancia de considerar estrategias que fomenten una actitud positiva en las personas que sirvan para amortiguar o inhibir el daño que en la salud mental pueden provocar estas experiencias traumáticas y extraer beneficios de las mismas (Fernández-Millán y Bretones, 2020). En cuanto a la perspectiva de género, se hace necesario seguir reclamando la presencia de la mujer en los ensayos clínicos, ya que la cardiopatía isquémica, a pesar de ser una de las causas principales de muerte en la mujer, por delante incluso del cáncer de mama, tiene un índice de participación que no supera el 30% (Melloni et al., 2010). La triste realidad que nos avala la literatura es que algunos de los síntomas cardiovasculares más comunes referidos por las mujeres son interpretados como una crisis de ansiedad. También un reciente estudio sugiere que los médicos varones más efectivos tratando a las mujeres infartadas son aquellos que tienen más compañeras mujeres o que han tratado a más mujeres con infarto anteriormente (Gong et al., 2019).

Para concluir, plasmar la importancia de las visitas de seguimiento o revisiones de salud, algo evidenciado en el Estudio 2 gracias a su carácter longitudinal. El buen seguimiento de los pacientes mejora los resultados en salud. Problemas como la falta de adherencia a los tratamientos o las inercias terapéuticas se pueden abordar en las consultas de control, cambiando la evolución y el pronóstico de estos pacientes. Algo muy común en la enfermedad cardiovascular son los síntomas que persisten, lo que tiene consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas y sociales que repercuten en el deterioro de la calidad de vida. La interpretación de estos síntomas y la concienciación de la importancia de la adherencia son intervenciones de las consultas de seguimiento que se traducen en una mejora del bienestar y en el incremento de la autonomía de los pacientes. Por consiguiente, queda evidenciado que son tan necesarias como útiles en el abordaje de la enfermedad cardiovascular, mejorando su pronóstico.

REFERENCIAS

- Agarwala, A., Saeed, A., Kulkarni, S., Goldberg, A. y Ballantyne, C. (2021). Prevention: The past, present, and future of medicine and society. *Journal of Clinical Lipidology*, 15(2), 245–247. <https://doi.org/10.1016/j.jacl.2020.12.013>
- Aggarwal, M., Ornish, D., Josephson, R., Brown, T. M., Ostfeld, R. J., Gordon, N., Madan, S., Allen, K., Khetan, A., Mahmoud, A., Freeman, A. M. y Aspary, K. (2021). Closing gaps in lifestyle adherence for secondary prevention of coronary heart disease. *The American Journal of Cardiology*, 145, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2021.01.005>
- Agüero, F., Dégano, I. R., Subirana, I., Grau, M., Zamora, A., Sala, J., Ramos, R., Treserras, R., Marrugat, J. y Elosua, R. (2013). Impact of a partial smoke-free legislation on myocardial infarction incidence, mortality and case-fatality in a population-based registry: The REGICOR Study. *PLoS ONE*, 8(1), e53722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053722>
- Aguilar, J. M. (1999). *Entrevista en profundidad*. Lumen Humanitas.
- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., Sánchez-Recio, R., Alonso, J. P. y Rabanaque, M. J. (2018). Recession, employment and self-rated health: A study on the gender gap. *Public Health*, 154, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.10.013>
- Alba Martín, R. (2018). Efectividad de la rehabilitación cardiaca en un grupo de pacientes de alto riesgo. *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 75, 34–39.
- Alexander, D. D., Bylsma, L. C., Vargas, A. J., Cohen, S. S., Doucette, A., Mohamed, M., Irvin, S. R., Miller, P. E., Watson, H. y Fryzek, J. P. (2016). Dairy consumption and CVD: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Nutrition*, 115(4), 737–750. <https://doi.org/10.1017/S0007114515005000>

- Alvarado, L. E., Bretones, F. D. y Rodríguez, J. A. (2021). The effort-reward model and its effect on burnout among nurses in Ecuador. *Frontiers in Psychology*, 12, 760570. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.760570>
- Anchique, C. V., Fernández, R. O. y Zeballos, C. (2018). Rehabilitación cardiovascular en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25, 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.024>
- Anderson, L., Brown, J. P., Clark, A. M., Dalal, H., Rossau, H. K. K., Bridges, C. y Taylor, R. S. (2017). Patient education in the management of coronary heart disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), CD008895. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub3>
- Antón Menárguez, V., Sempere Ripoll, J. M. y Martínez Amorós, R. (2019). Eficacia de la intervención psicológica en rehabilitación cardíaca. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(5), 288–294. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.10.006>
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Yeboah, J. y Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease. Executive Summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e563–e595. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000677>
- Ascaso, J. F., Millán, J., Hernández-Mijares, A., Blasco, M., Brea, Á., Díaz, Á., Mantilla, T., Pedro-Botet, J. y Pintó, X. (2017). Documento de consenso sobre el manejo de la dislipemia aterogénica de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 29(2), 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2016.11.001>
- Asociación Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). (2018).

Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España.

[https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN COLABORACION 2020](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN_COLABORACION_2020)

Asociación Médica Mundial (AMM). (2013). Declaración de Helsinki de la AMM—Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Assari, S., Moghani Lankarani, M., Kazemi Saleh, D. y Ahmadi, K. (2013). Gender modifies the effects of education and income on sleep quality of the patients with coronary artery disease. *International Cardiovascular Research Journal*, 7(4), 141–146.

Babio, N., López, L. y Salas-Salvado, J. (2013). Análisis de la capacidad de elección de alimentos saludables por parte de los consumidores en referencia a dos modelos de etiquetado nutricional: Estudio cruzado. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 173–181. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6254>

Badia, X. y Alonso, J. (2007). Medidas genéricas de calidad de vida relacionada con la salud. En X. Badia, M. Salamero y J. Alonso, *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español* (pp.131–209). Editoria Tecnología y Ediciones del Conocimiento (EDITTEC).

Ballard, S.-B. y Blazes, D. L. (2020). Epidemiología aplicada para el médico de enfermedades infecciosas. En J. E. Bennet, R. Dolin y M. J. Blaser, *Enfermedades infecciosas: principios y práctica* (9ª ed.) (pp.154–163). Elsevier.

Banegas, J. R., Graciani, A., de la Cruz-Troca, J. J., León-Muñoz, L. M., Guallar-Castillón, P., Coca, A., Ruilope, L. M. y Rodríguez-Artalejo Fernando. (2012). Achievement of cardiometabolic goals in aware hypertensive patients in Spain. *Hypertension*, 60(4),

898–905. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.112.193078>

Barbaresko, J., Rienks, J. y Nöthlings, U. (2018). Lifestyle indices and cardiovascular disease risk: A meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(4), 555–564. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.046>

Barbosa Granados, S. H. y Urrea Cuéllar, Á. M. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 25, 141–159.

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Haesler, E., Beattie, E., Hill, K. D. y Poulos, C. J. (2018). The impact of nurse and care staff education on the functional ability and quality of life of people living with dementia in aged care: A systematic review. *Nurse Education Today*, 67, 27–45. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.019>

Bastien, C. H., Vallières, A., y Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297–307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)

Beck, C. A., Joseph, L., Bélisle, P., Pilote, L. y QOLAMI Investigators (2001). Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 142(2), 271–279.

Berciano, S. y Ordovás, J. M. (2014). Nutrición y salud cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 67(9), 738–747. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.05.003>

Berkman, B., Millar, S., Holmes, W. y Bonander, E. (1991). Predicting elderly cardiac patients at risk for readmission. *Social Work in Health Care*, 16(1), 21–38. https://doi.org/10.1300/j010v16n01_03

Bossio, M. y Justel, N. (2018). Impact of an active life-style on emotional memory. *Acción Psicológica*, 15(1), 39–56. <https://doi.org/10.5944/ap.15.1.21446>

Bozkurt, B., Fonarow, G. C., Goldberg, L. R., Guglin, M., Josephson, R. A., Forman, D. E., Lin, G., Lindenfeld, J., O'Connor, C., Panjrath, G., Piña, I. L., Shah, T., Sinha, S. S. y

- Wolfel, E. (2021). Cardiac rehabilitation for patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(11), 1454–1469.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.01.030>
- Bozkurt, B., Hershberger, R. E., Butler, J., Grady, K. L., Heidenreich, P. A., Isler, M. L., Kirklin, J. K. y Weintraub, W. S. (2021). 2021 ACC/AHA key data elements and definitions for heart failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards (Writing Committee to Develop Clinical Data Standards for Heart Failure). *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 14(4), e000102.
<https://doi.org/10.1161/HCQ.0000000000000102>
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J. y Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*, 1–26. Discussion Paper, National Academy of Medicine. <https://doi.org/10.31478/201206a>
- Bretones, F. D. y Jáimez, M. J. (2022). Adaptación y validación al español de la Escala de Empoderamiento Psicológico. *Interdisciplinaria*, 39(1), 195–210.
<https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.12>
- Brown, N., Melville, M., Gray, D., Young, T., Munro, J., Skene, A. M. y Hampton, J. R. (1999). Quality of life four years after acute myocardial infarction: Short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*, 81(4), 352–358.
- Brown Wilson, C., Slade, C., Wong, W. Y. A. y Peacock, A. (2020). Health care students experience of using digital technology in patient care: A scoping review of the literature. *Nurse Education Today*, 95, 104580.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104580>
- Bu, F., Steptoe, A. y Fancourt, D. (2021). Relationship between loneliness, social isolation and modifiable risk factors for cardiovascular disease: A latent class analysis. *Journal*

of Epidemiology and Community Health, 75(8), 749–754.

<https://doi.org/10.1136/jech-2020-215539>

Bulos-Murbartian, A., Varela-Tapia, C. L., Hernández-Amaro, H. y Cortes-Molina, O. (2018).

Calidad de vida posterior a rehabilitación cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 29(3–4), 37–41.

Burckhardt, M., Fleischer, S. y Berg, A. (2020). Agreement between the Schedule for the

Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting (SEIQoL-DW) interview and a paper-administered adaption. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 80.

<https://doi.org/10.1186/s12874-020-00961-9>

Bustamante, M. J., Acevedo, M., Valentino, G., Casasbellas, C., Saavedra, M. J., Adasme,

M., Orellana, L., Vergara, I., Corbalán, R. y Navarrete, C. (2017). Impacto de un programa de rehabilitación cardiovascular fase II sobre la calidad de vida de los pacientes. *Revista Chilena de Cardiología*, 36(1), 9–16.

<https://doi.org/10.4067/S0718-85602017000100001>

Cantero-Braojos, M. Á., Cabrera-León, A., López-González, M. A. y Saúl, L. A. (2019).

Intervención grupal desde un enfoque sensoriomotriz para reducir la intensidad del dolor crónico. *Atención Primaria*, 51(3), 162–171.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.006>

Casaverde Pineda, M., Escate Quijandría, M. y Guerrero León, P. (2018). *Calidad de vida*

en pacientes post infarto agudo de miocardio que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en un Instituto Nacional 2017. [Trabajo académico para optar el título de Especialista en Enfermería en Cuidado Cardiovascular, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3762/Calidad_CasaverdePineda_Miriam.pdf

- Cavalheiro, A. H., Silva Cardoso, J., Rocha, A., Moreira, E. y Azevedo, L. F. (2021). Effectiveness of tele-rehabilitation programs in heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Health Services Insights*, 14, 11786329211021668. <https://doi.org/10.1177/11786329211021668>
- Cedeño Zambrano, J. E., Vásquez Jaramillo, P. A. y Roca Lino, V. E. (2016). Riesgo cardiovascular relacionado con el consumo de alcohol. *Dominio de las Ciencias*, 2(4), 17–27.
- Cicero, A. F. G., Fogacci, F. y Zambon, A. (2021). Red yeast rice for hypercholesterolemia: JACC Focus Seminar. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(5), 620–628. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.056>
- Collet, J.-P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., Dendale, P., Dorobantu, M., Edvardsen, T., Folliguet, T., Gale, C. P., Gilard, M., Jobs, A., Jüni, P., Lambrinou, E., Lewis, B. S., Mehilli, J., Meliga, E., Merkely, B., ... Siontis, G. C. M. (2021). Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, 74(6), 544.e1–544.e73. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.12.024>
- Consentino, F., Grant, P., Aboyans, V., Bailey, C. J., Ceriello, A., Delgado, V., Federici, M., Filippatos, G., Grobbee, D. E., Hansen, T. B., Huikuri, H. V., Johansson, I., Jüni, P., Lettino, M., Marx, N., Mellbin, L. G., Östgren, C. J., Rocca, B., Roffi, M., Sattar, N., Seferovic, P. M., Sousa-Uva, M., Valensi, P. y Wheeler, D. C. *Revista Española de Cardiología*, 73(5), 404.e1–404.e9. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.11.024>
- Coster, S., Li, Y. y Norman, I. J. (2020). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103698. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103698>
- Davis, A. M. (2020). Cardiac rehabilitation. En W. R. Frontera, J. K. Silver y T. D. Rizzo (Eds.), *Essentials of physical medicine and rehabilitation* (4ª Edición) (pp. 678–683).

Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-54947-9.00123-1>

DeSalvo, K. B., Fan, V. S., McDonell, M. B. y Fihn, S. D. (2005). Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Services Research*, 40(4), 1234–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00404.x>

del Pino Casado, R., Frías Osuna, A. y Palomino Moral, P. A. (2014). Estilos de vida. En J. R. Martínez Riera y R. del Pino Casado, *Manual práctico de enfermería comunitaria* (pp. 269–275). Elsevier.

del Pino, A. y Royo-Bordonada, M. Á. (2016). Ethical evaluation of a proposed statutory regulation of food advertising targeted at minors in Spain. *Public Health Ethics*, 9(3), 312–327. <https://doi.org/10.1093/phe/phw029>

Dibben, G., Faulkner, J., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D. R., Zwisler, A.-D. y Taylor, R. S. (2021). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD001800. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub4>

Díez-Espino, J., Buil-Cosiales, P., Babio, N., Toledo, E., Corella, D., Ros, E., Fitó, M., Gómez-Gracia, E., Estruch, R., Fiol, M., Lapetra, J., Alonso-Gómez, A., Serra-Majem, L., Pintó, X., Sorlí, J. V., Muñoz, M. A., Basora, J. y Martínez-González, M. Á. (2020). Impacto de Life's Simple 7 en la incidencia de eventos cardiovasculares mayores en adultos españoles con alto riesgo de la cohorte del estudio PREDIMED. *Revista Española de Cardiología*, 73(3), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.05.010>

Duarte, C. (2009). *Reabilitação cardiovascular*. [Tesis de Máster, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositorio de la Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/21004/2/Reabilitao%20CardacaTese%20de%20mestrado.pdf>

- Estrategia para la nutrición, actividad física, prevención de la obesidad (NAOS). (2005).
Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AESA.jsp>
- Fan, Y., Yu, M., Li, J., Zhang, H., Liu, Q., Zhao, L., Wang, T. y Xu, H. (2021). Efficacy and safety of resistance training for coronary heart disease rehabilitation: A systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 8, 754794. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.754794>
- Fernández González, E. M. y Figueroa Oliva, D. A. (2018). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 225–235.
- Fernández-Millán, J. M., y Bretones, F. D. (2020). Salud mental y factores de resiliencia durante el confinamiento por COVID-19. *Universitas Psychologica*, 19, 1–13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.smfr>
- Fernández-Muñoz, J. J., Cigarán-Méndez, M., Navarro-Pardo, E., Pérez-de-Heredia-Torres, M., Parás-Bravo, P. y Fernández de Las Peñas, C. (2018). Is the association between health-related quality of life and fatigue mediated by depression in patients with multiple sclerosis? A Spanish cross-sectional study. *BMJ open*, 8(1), e016297. [10.1136/ bmjopen-2017-016297](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016297)
- Figueredo, J. M., García-Ael, C., Gragnano, A. y Topa, G. (2020). Well-being at work after return to work (RTW): A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7490. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207490>
- Figueredo, J. M., García-Ael, C., Gragnano, A. y Topa, G. (2021). The mediating role of work-health balance in the relationship between perceived work ability and affective job satisfaction. *Psychological Topics*, 30(3), 547–572. <https://doi.org/10.31820/pt.30.3.8>
- Flores-Mateo, G., Grau, M., O'Flaherty, M., Ramos, R., Elosua, R., Violan-Fors, C., Quesada, M., Martí, R., Sala, J., Marrugat, J. y Capewell, S. (2011). Análisis de la

disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: España 1988-2005. *Revista Española de Cardiología*, 64(11), 988–996. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.05.033>

Forman, D. E., Fleg, J. L. y Wenger, N. K. (2019). Enfermedad cardiovascular en las personas mayores. En D. P. Zipes, P. Libby, R. O. Bonow, D. L. Mann y G. F. Tomaselli, *Braunwald. Tratado de cardiología* (11ª ed.) (pp. 1735–1766). Elsevier.

Foster, J. G., Lewis, S. F. y Hennekens, C. H. (2017). Editorial commentary. Cardiac rehabilitation: Major benefits and minor risks. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 27(6), 426–427. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.03.001>

French, S. A., Jeffery, R. W., Story, M., Breitlow, K. K., Baxter, J. S., Hannan, P. y Snyder, M. P. (2001). Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: The CHIPS Study. *American Journal of Public Health*, 91(1), 112–117.

Fundación Española del Corazón. (s.f). *Fundación Española del Corazón*. <https://fundaciondelcorazon.com/>

Fundación Internacional del Autocuidado. (2016). *Global support for the seven pillars of self-care*. International Self-Care Foundation (ISF). <https://isfglobal.org/1110-2/>

Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Laguía, A., Safreed-Harmon, K., Lazarus, J. V., Cenoz, S. y Del Amo, J. (2019). Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1208-8>

Galan, P., González, R., Julia, C., Hercberg, S., Varela-Moreiras, G., Pérez-Rodrigo, C. y Serra-Majem, L. (2017.). El logotipo nutricional NutriScore en los envases de los alimentos puede ser una herramienta útil para los consumidores españoles. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 23(2), 86–93.

Galindo Puerto, M. J., Cotarelo, M., Sánchez-Vega, N., Ferrer, P. y Fuster Ruiz de Apocada, M. J. (2018). La experiencia del paciente crónico. Encuesta anónima a pacientes con

distintas enfermedades crónicas sobre su experiencia con el sistema de salud con la escala IEXPAC. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 6(14), 29–32.

Gálvez Galán, I., Cáceres León, M. C., Guerrero-Martín, J., López Jurado, C. F. y Durán-Gómez, N. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus en una zona básica de salud. *Enfermería Clínica*, 31(5), 313–322. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.03.001>

García, R., Victoria, M., Fabo, M.-B., Cortés, A., Ortiz, P., González, R., Honrubia, L. y González, V. (2009). ¿Desde el hospital podemos hacer intervenciones para la educación sociosanitaria? *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 53, 48–52.

García Alcaraz, F., Alfaro Espín, A. y Moreno Sotos, J. L. (2009). Evaluación de resultados de salud: panorama sobre el uso de medidas de resultados de salud basadas en el paciente en la práctica clínica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 286–293.

García Calvente, M. M. y Mateo Rodríguez, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181–186. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78485-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78485-X)

García García, C. R., Muñoz de la Casa, S., García López, F. y García Gálvez, C. (2015). Hábitos de vida perjudiciales. En J. J. Gázquez Linares, M. C. Pérez-Fuentes y M. M. Molero Jurado, I. Mercader Rubio y A. B. Barragán Martínez, *Investigación en salud y envejecimiento* (Vol. II; pp. 185–192). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP). <https://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/investigacion-en-salud-y-envejecimientovolumenII.pdf>

Gierisch, J. M., Hughes, J. M., Edelman, D., Bosworth, H. B., Oddone, E. Z., Taylor, S. S., Kosinski, A. S., McDuffie, J. R., Swinkels, C. M., Razouki, Z. y Masilamani, V. (2017).

The effectiveness of health coaching. Department of Veterans Affairs, Evidence-based Synthesis Program (ESP), Project #09-010.

González Guzmán, R. y Alcalá Ramírez, J. (2010). Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 53(5), 35–43.

Grau, M., Elosua, R., Cabrera de León, A., Guembe, M. J., Baena-Díez, J. M., Vega Alonso, T., Javier Félix, F., Zorrilla, B., Rigo, F., Lapetra, J., Gavrila, D., Segura, A., Sanz, H., Fernández-Bergés, D., Fitó, M. y 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(4), 295–304. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2010.11.005>

Grundy, S. M., Stone, N. J., Bailey, A. L., Beam, C., Birtcher, K. K., Blumenthal, R. S., Braun, L. T., de Ferranti, S., Faiella-Tommasino, J., Forman, D. E., Goldberg, R., Heidenreich, P. A., Hlatky, M. A., Jones, D. W., Lloyd-Jones, D., Lopez-Pajares, N., Ndumele, C. E., Orringer, C. E., Peralta, C. A., Saseen, J. J., ... Yeboah, J. (2019). 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(24), 3168–3209. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.002>

Guallar-Castillón, P., Gil-Montero, M., León-Muñoz, L. M., Graciani, A., Bayán-Bravo, A., Taboada, J. M., Banegas, J. R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Magnitude and management of hypercholesterolemia in the adult population of Spain, 2008-2010: The ENRICA Study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(6), 551–558. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2012.03.001>

- Gong, I. Y., Tan, N. S., Ali, S. H., Lebovic, G., Mamdani, M., Goodman, S. G., Ko, D. T., Laupacis, A. y Yan, A. T. (2019). Temporal trends of women enrollment in major cardiovascular randomized clinical trials. *The Canadian Journal of Cardiology*, 35(5), 653–660. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2019.01.010>
- Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J.-L. y Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: Meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*, 360, j5855. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5855>
- Hamui-Sutton, A. y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55–60.
- Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B. y Brownell, K. D. (2013). The science on front-of-package food labels. *Public Health Nutrition*, 16(3), 430–439. <https://doi.org/10.1017/S1368980012000754>
- Herdman, M. y Baró, E. (2000). La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. En X. Badía y D. Podzamczar, *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH* (pp. 19–33). Jarpyo Editores.
- Huang, R., Palmer, S. C., Cao, Y., Zhang, H., Sun, Y., Su, W., Liang, L., Wang, S., Wang, Y., Xu, Y., Melgiri, N. D., Jiang, L., Strippoli, G. F. M. y Li, X. (2021). Cardiac rehabilitation programs for chronic heart disease: A bayesian network meta-analysis. *The Canadian Journal of Cardiology*, 37(1), 162–171. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.02.072>
- Hurtado, M. D. y Topa, G. (2019). Quality of life and health: Influence of preparation for retirement behaviors through the serial mediation of losses and gains. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1539. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091539>
- Hsieh, E., Polo, R., Qian, H. Z., Fuster-RuizdeApodaca, M. J. y del Amo, J. (2022). Intersectionality of stigmas and health-related quality of life in people ageing with HIV

in China, Europe, and Latin America. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(3), e206–e215. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00003-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00003-4)

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (IETSI). (2018). *Guía de práctica clínica de rehabilitación cardíaca*. Seguro Social de Salud (ESSALUD).

Instituto Nacional de Estadística. (INE). (2020). *Defunciones según la causa de muerte*. https://ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf

Jiang, W., Zhang, Y., Yan, F., Liu, H. y Gao, R. (2020). Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary self-management program for patients with coronary heart disease in communities: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 854–863. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.11.001>

Jiménez Navarro, M. F. (2016). Comments on the 2016 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Revista Española de Cardiología (English Ed.)*, 69(10), 894–899. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.09.001>

Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., Suñer-Soler, R., Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C. y Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8–10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>

Kirwan, R. (2021). *A high-protein mediterranean diet and resistance exercise for cardiac rehabilitation: A pilot randomised controlled trial* (Clinical trial registration N.o NCT04272073). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04272073>

Kvale, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Sage.

Le, J., Dorstyn, D. S., Mpofu, E., Prior, E. y Tully, P. J. (2018). Health-related quality of life in coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis mapped against the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Quality of Life Research*, 27(10), 2491–2503. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1885-5>

Lomas Martínez, D., Fernández Muñoz, J. J. y Navarro-Pardo, E. (2018). Spanish version of the short depression-happiness scale (SDHS): A reliability and validity study in a

simple of Spanish elderly people. *Acción Psicológica*, 15(1), 17–24.
<https://doi.org/10.5944/ap.15.1.21196>

Loose, M. S. y Fernhall, B. (1995). Differences in quality of life among male and female cardiac rehabilitation participants. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 15(3), 225–231. <https://doi.org/10.1097/00008483-199505000-00009>

López Frías, M., Gómez Martínez, M., Ramírez López Frías, M., De Teresa Galván, C., Díaz Castro, J. y Nestares, T. (2014). Beneficio del seguimiento de un programa de rehabilitación cardíaca. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1366–1374.
<https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7897>

López-González, M. A., Morales-Landazábal, P. y Topa, G. (2021). Psychodrama group therapy for social issues: A systematic review of controlled clinical trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4442.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18094442>

Loyola da Silva, T. C., de Medeiros Pinheiro Fernandes, Á. K., Brito do O'Silva, C., de Mesquita Xavier, S. S. y Bezerra de Macedo, E. A. (2021). El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 20(63), 502–543. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.454061>

Madavanakadu Devassy, S., Webber, M., Scaria, L., Amuthavalli Thiyagarajan, J., Fendt-Newlin, M., Joubert, J., Benny, A. M., Nannatt, A. y Joubert, L. (2020). Social and behavioural risk factors in the prevention and management of cardiovascular disease in Kerala, India: A catchment area population survey. *BMC Cardiovascular Disorders*, 20(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01595-x>

Madueño Caro, A. J., Mellado Fernández, M. L., Delgado Pacheco, J., Muñoz Ayllon, M., Pardos Lafarga, M. y Saez García, L. (2017). Autoeficacia percibida, rasgos de

personalidad y biotipos previos a programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud. *Enfermería Clínica*, 27(6), 346–351. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.004>

Madueño Caro, A. J., Mellado Fernández, M. L., Pardos Lafarga, M., Muñoz Ayllón, M., Martín-López, C. y Gómez-Salgado, J. (2020). Autoeficacia percibida en pacientes tras programa de rehabilitación cardíaca en Atención Primaria: un nuevo modelo de atención. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201907046.

Málaga, G., Cuba-Fuentes, M. S., Rojas-Mezarina, L., Romero-Albino, Z., Hamb, A. y Paz-Soldán, V. A. (2019). Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria: una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos medios y bajos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(3), 372–378. <https://doi.org/10.15381/anales.803.16864>

Martín, F. A. (2011). *La encuesta: una perspectiva general metodológica* (2a Ed.). CIS.

Martín, R. A. (2018). Efectividad de la rehabilitación cardíaca en un grupo de pacientes de alto riesgo. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 75, 34–39.

Martin Payo, R., Sánchez Díaz, C., Suarez Colunga, M., García García, R., Blanco Díaz, M. y Fernández Álvarez, M. del M. (2020). Composición nutricional de los alimentos de las vending de edificios públicos universitarios y hospitalarios de Asturias. *Atención Primaria*, 52(1), 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.010>

Martínez Linares, J. M., Guisado Barrilao, R. y Ocaña Peinado, F.(2014). Modelos de estimación de riesgo cardiovascular y papel de enfermería en la prevención. *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 63, 44–48.

Matthews, M. A. y Horacek, T. M. (2015). Vending machine assessment methodology: A systematic review. *Appetite*, 90, 176–186.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.007>

Mazefsky, C. A., Kao, J. y Oswald, D. P. (2011). Preliminary evidence suggesting caution in the use of psychiatric self-report measures with adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 164–174.

<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.03.006>

McMahon, S. R., Ades, P. A. y Thompson, P. D. (2017). The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 27(6), 420–425.

<https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.02.005>

Melloni, C., Berger, J. S., Wang, T. Y., Gunes, F., Stebbins, A., Pieper, K. S., Dolor, R. J., Douglas, P. S., Mark, D. B. y Newby, L. K. (2010). Representation of women in randomized clinical trials of cardiovascular disease prevention. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(2), 135–142.

<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.110.868307>

Mendieta Torres, M. M., Castro Moreira, G. A., Santana Bailón, X. T., Posligua Anchundia, J. J., Arteaga Castro, Y. X. y Sancan Zambrano, C. F. (2020). Riesgo cardiovascular y rehabilitación cardíaca de pacientes cardiopatas. *RECIMUNDO*, 4(1), 442–452.

[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).enero.2020.442-452](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.442-452)

Millá Perseguer, M., Guadalajara Olmeda, N. y Vivas Consuelo, D. (2019). Impacto de los factores de riesgo cardiovascular en el consumo de recursos en Atención Primaria según los grupos de riesgo clínico. *Atención Primaria*, 51(4), 218–229.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.008>

Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1079–1086.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020>

- Molina, D. I., Valencia-Urbe, S. y Agudelo-Rojas, L. M. (2017). La educación a pacientes y su corresponsabilidad como herramientas terapéuticas. *Revista Colombiana de Cardiología*, 24(2), 176–181. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.07.013>
- Montero-Vega, V. y Carbonell-Riera, R. (2022). Enfoque de género en la rehabilitación cardiaca. *Revista Información Científica*, 101(1), 3560.
- Montesi, M. (2017). Alfabetización en salud: revisión narrativa e interdisciplinar de la literatura publicada en biomedicina y en biblioteconomía y documentación. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 28(3), 1–21. <http://www.rcics.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1115>
- Mooney, L. y Franks, A. (2011). Impact of health screening and education on knowledge of coronary heart disease risk factors. *Journal of the American Pharmacists Association JAPhA*, 51, 713–718. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2011.10127>
- Moret-Tatay, C., Fernández Muñoz, J. J., Civera Mollá, C., Navarro-Pardo, E. y Alcover de la Hera, C. M. (2015). Propiedades psicométricas y estructura factorial del BRCS en una muestra de personas mayores españolas. *Anales de Psicología*, 31(3), 1030–1034. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.188401>
- Morris, N. R., Kermeen, F. D. y Holland, A. E. (2017). Exercise-based rehabilitation programmes for pulmonary hypertension. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(1), CD011285. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011285.pub2>
- Mostaza, J. M., Pintó, X., Armario, P., Masana, L., Ascaso, J. F., Valdivielso, P., Arrobas Velilla, T., Unidad de Lípidos, Á. B., Calmarza, P., Cebollada, J., Civeira, F., Cuende Melero, J. I., Salan, M. E., Fernández Pardo, J., Godoy, D., Guijarro, C., Jericó, C., Laclaustra, M., Rallo, C. L., ... Vila, L. (2019). Estándares SEA 2019 para el control global del riesgo cardiovascular. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 31, 1–43. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2019.03.004>
- Navarro, P. y Díaz, C. (1999). Análisis de contenido. En J. M. Delgado y J. Gutierrez

(Coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 177–224). Síntesis.

Navarro-Pardo, E., Fernández-Muñoz, J. J., Vázquez-Martínez, A., Vázquez-Molina, J., Moret-Tatay Moret, C. y Civera-Mollá, C. (2015). Resilience and the aging process: Assessment tools and needs. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 191, 2008–2011. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.350>

Navarro-Rubio, M. D., Rudd, R., Rosenfeld, L. y Arrighi, E. (2016). Alfabetización en salud: implicación en el sistema sanitario. *Medicina Clínica*, 147(4), 171–175. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.010>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Stop smoking interventions and services. NICE guideline* [NG92]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92>

Naughton, M. J., Shumaker, S. A., Anderson, R. T. y Czajkowski, S.M. (1996). Psychological aspects of health-related quality of life measurement: Tests and scales. En B. Spilker, *Quality of life and pharmaco economics in clinical trials* (pp. 117–131). Lippincott-Raven.

Navarro, P. y Díaz, C. (1999). Análisis de contenido. En J. M. Delgado y J. Gutierrez (Coords.), *Metodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 177–224). Síntesis.

Nilsson, E., Festin, K., Lowén, M. y Kristenson, M. (2020). SF-36 predicts 13-year CHD incidence in a middle-aged Swedish general population. *Quality of Life Research*, 29(4), 971–975. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02362-y>

Olmedilla, A. y Ortega, E. (2017). Deporte, rendimiento y salud: Una aproximación desde la psicología. Contribución de los autores españoles en Web of Science. *Acción Psicológica*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.5944/ap.14.1.19250>

Onwuegbuzie, A. J., Leech, N. L., Dickinson, W. B. y Zoran, A. G. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en

grupos focales. *Paradigmas: Una Revista Disciplinar de Investigación*, 3(2), 127–157.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. https://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Recuperado 4 de abril, 2022, de <https://www.who.int/tools/whoqol>

Palomino Moral, P. A., Frías Osuna, A., del Pino Casado, R. y Moreno Cámara, S. (2021). Bienestar: la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. En J. R. Martínez Riera y R. del Pino Casado, *Manual práctico de enfermería comunitaria* (pp. 73–77). Elsevier.

Patti, A., Merlo, L., Ambrosetti, M. y Sarto, P. (2021). Exercise-based cardiac rehabilitation programs in heart failure patients. *Heart Failure Clinics*, 17(2), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2021.01.007>

Pedretti, R. F. E., Fattirolli, F., Griffò, R., Ambrosetti, M., Angelino, E., Brazzo, S., Corrà, U., Dasseni, N., Faggiano, P., Favretto, G., Febo, O., Ferrari, M., Giallauria, F., Greco, C., Iannucci, M., La Rovere, M. T., Mallardo, M., Mazza, A., Piepoli, M., ... Mureddu, G. F. (2018). La Cardiología Preventiva e Riabilitativa “3.0”: dalle acuzie alla cronicità. Position paper del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR) [Cardiac rehabilitation «3.0»: From the acute to the chronic stage. A position paper from the Italian Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (GICR-IACPR)]. *Giornale Italiano Di Cardiologia*, 19(10 Suppl 3), 3S–40S. <https://doi.org/10.1714/3001.30010>

Pelayo-Alonso, R., Martínez-Álvarez, P., Cagigas-Villoslada, M. J., Cobo-Sánchez, J. L.,

- Palacio-Cornejo, C. M., Pelayo-Alonso, R., Martínez-Álvarez, P., Cagigas-Villoslada, M. J., Cobo-Sánchez, J. L. y Palacio-Cornejo, C. M. (2021). Grado de incumplimiento terapéutico en función del nivel de alfabetización en salud en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 24(2), 175–182. <https://doi.org/10.37551/s2254-28842021016>
- Pereira, M., Azevedo, A., Lunet, N., Carreira, H., O’Flaherty, M., Capewell, S. y Bennett, K. (2013). Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Portugal between 1995 and 2008. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6(6), 634–642. <https://doi.org/10.1161/Circoutcomes.113.000264>
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. y Ramiro Fariñas, D. (2020). *Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos*. Informes Envejecimiento en red nº 25. <https://digital.csic.es/handle/10261/241145>
- Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez Linares, J. J., Molero Jurado, M. M. y Martínez, Á. M. (2021). Communication Styles Inventory—Brief: Adaptation and validation for Spanish nursing. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(5), 1486–1499. <https://doi.org/10.1002/hpm.3188>
- Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Martos Martinez, A., Simon Marquez, M. D. M. y Gázquez Linares, J. J. (2021). Estado de ánimo y equilibrio afectivo de los españoles confinados por COVID-19: un estudio transversal. *International Journal of Psychological Research*, 14(1), 55–65. <https://doi.org/10.21500/20112084.4765>
- Pérez-Jiménez, F., Pascual, V., Meco, J. F., Pérez Martínez, P., Delgado Lista, J., Domenech, M., Estruch, R., León-Acuña, A., López-Miranda, J., Sánchez-Ramos, A., Soler i Ferrer, C., Soler-Rivas, C., Solá Alberich, R. M., Valdivielso, P. y Ros, E. (2018). Documento de recomendaciones de la SEA 2018. El estilo de vida en la prevención cardiovascular. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 30(6), 280–310. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2018.06.005>

- Pérez Mora, M. J. y Martínez Riera, J. R. (2021). Necesidades en salud. En J. R. Martínez Riera y R. del Pino Casado, *Manual práctico de enfermería comunitaria* (pp. 477–480). Elsevier.
- Peterson, J. C., Link, A. R., Jobe, J. B., Winston, G. J., Klimasiewfski, E. M. y Allegrante, J. P. (2014). Developing self-management education in coronary artery disease. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 43(2), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.006>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon J., ... Zamorano, J. L. (2016). Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 69(10), 939.e1–939.e87. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.004>
- Pinson Guerra, A. G. (2001). Rehabilitación cardiaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 9(2), 97–104.
- Poli, A., Barbagallo, C. M., Cicero, A., Corsini, A., Manzato, E., Trimarco, B., Bernini, F., Visioli, F., Bianchi, A., Canzone, G., Crescini, C., de Kreutzenberg, S., Ferrara, N., Gambacciani, M., Ghiselli, A., Lubrano, C., Marelli, G., Marrocco, W., Montemurro, V., Parretti, D., ... Marangoni, F. (2018). Nutraceuticals and functional foods for the control of plasma cholesterol levels. An intersociety position paper. *Pharmacological Research*, 134, 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2018.05.015>
- Prieto-Castillo, L., Royo-Bordonada, M. A. y Moya-Geromini, A. (2015). Information search behaviour, understanding and use of nutrition labeling by residents of Madrid, Spain. *Public Health*, 129(3), 226–236. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.12.003>
- Ramos, S., Prata, J., Rocha-Gonçalves, F., Bettencourt, P. y Coelho, R. (2017). Quality of

life predicts survival and hospitalisation in a heart failure Portuguese population. *Applied Research in Quality of Life*, 12(1), 35–48. <https://doi.org/10.1007/s11482-016-9449-8>

Ramos, S., Prata, J., Rocha-Gonçalves, F. y Coelho, R. (2014). Congestive heart failure and quality of life. *Applied Research in Quality of Life*, 9(4), 803–817. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9270-6>

Ramos Hernández, E. (2017). *Rol de enfermería en los programas de rehabilitación cardíaca*. [Trabajo Fin de Grado, Grado en Enfermería, Universidad de Salamanca]. Repositorio de la Universidad de Salamanca. <https://gredos.usal.es/handle/10366/135745>

Rosas-Chavez, G., Romero-Visurraga, C. A., Ramirez-Guardia, E. y Málaga, G. (2019). El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 214–221. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4279>

Roselló Araya, M., Guzmán Padilla, S. y Bolaños Arrieta, M. (2001). Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca en la alimentación, peso corporal, perfil lipídico y ejercicio físico de pacientes con enfermedad coronaria. *Revista Costarricense de Cardiología*, 3(2), 15–20.

Ruiz Bustillo, S., Ivern Díaz, C., Badosa Marcè, N., Recasens Gracia, L. y Martí Almor, J. (2018). Consejos prácticos de rehabilitación cardíaca para los pacientes con cardiopatía isquémica. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 25(9), 539–546. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2018.02.008>

van Rotterdam, F.-J., Hensley, M. y Hazelton, M. (2021). Measuring change in health status over time (responsiveness): A meta-analysis of the SF–36 in cardiac and pulmonary rehabilitation. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 3(2),

100127. <https://doi.org/10.1016/j.arrct.2021.100127>

- Sánchez-Galarza, A., Delfino-Blanco, C., Rosa-Rodríguez, Y. y Torres-Pagán, L. (2018). Percepción de salud general y calidad de vida de puertorriqueños/as con enfermedades cardiovasculares. *Salud y Sociedad*, 9(3), 294–305. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2018.0003.00007>
- Sánchez-Recio, R., Alonso Pérez de Ágreda, J. P., Gasch-Gallén, Á. y Aguilar Palacio, I. (2021). Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006-2017. *Salud Pública de México*, 63(2), 190–200. <https://doi.org/10.21149/11384>
- Santesmases-Masana, R., González-de Paz, L., Real, J., Borràs-Santos, A., Sisó-Almirall, A. y Navarro-Rubio, M. D. (2017). Alfabetización en salud en pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en atención primaria. *Atencion Primaria*, 49(1), 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.003>
- Santos-Antonio, G., Bravo-Rebatta, F., Velarde-Delgado, P. y Aramburu, A. (2019). Efectos del etiquetado nutricional frontal de alimentos y bebidas: sinopsis de revisiones sistemáticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e62. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.62>
- Sibilitz, K. L., Berg, S. K., Tang, L. H., Risom, S. S., Glud, C., Lindschou, J., Kober, L., Hassager, C., Taylor, R. S. y Zwisler, A.-D. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for adults after heart valve surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD010876. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010876.pub2>
- Silveira Donaduzzi, D. S. da, Colomé Beck, C. L., Heck Weiller, T., Nunes da Silva Fernandes, M. y Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 24(1–2), 71–75. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000100016>
- Simón Márquez, M. M., Molero Jurado, M. M., Barragán Martín, A. B., Martos Martínez, Á.,

- Pérez-Fuentes, M. del C. y Gázquez Linares, J. J. (2022). Análisis de la humanización en el ámbito sanitario en redes sociodigitales. *Revista de Comunicación y Salud*, 12, 21–44. <https://doi.org/10.35669/rcys.2022.12.e282>
- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101. <https://doi.org/10.1177%2F1073191103258144>
- Sisti, L. G., Dajko, M., Campanella, P., Shkurti, E., Ricciardi, W. y de Waure, C. (2018). The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: A systematic review and meta-analysis of trials conducted in the general population and high risk groups. *Preventive Medicine*, 109, 82–97. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.027>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. y HLS-EU Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stein, A. C., Molinero, O., Correa, M. C. R. y Márquez Rosa, S. (2014). Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(1), 109–116. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/19102>
- Supervía, M., Medina-Inojosa, J. R., Yeung, C., Lopez-Jimenez, F., Squires, R. W., Pérez-Terzic, C. M., Brewer, L. C., Leth, S. E. y Thomas, R. J. (2017). Cardiac rehabilitation for women: A systematic review of barriers and solutions. *Mayo Clinic Proceedings*, S0025-6196(17)30026-5. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.01.002>
- Tabassum, F. y Batty, G. D. (2013). Are current UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) obesity risk guidelines useful? Cross-sectional associations with cardiovascular disease risk factors in a large, representative English population. *PLOS ONE*, 8(7), e67764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067764>

- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. (1998). *Social science y medicina (1982)*, 46(12), 1569–1585. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)
- Thompson, P. D. y Ades, P. A. (2019). Rehabilitación cardíaca integral basada en el ejercicio. En D. P. Zipes, P. Libby, R. O. Bonow, D. L. Mann y G. F. Tomaselli, *Braunwald. Tratado de cardiología* (11ª ed.) (pp. 1046–1051). Elsevier.
- Thompson, P. D., Buchner, D., Piña, I. L., Balady, G. J., Williams, M. A., Marcus, B. H., ... Wenger, N. K. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: A statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, 107(24), 3109–3116. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000075572.40158.77>
- Toledo Frías, P., Campuzano Ruiz, R., Alarcón Duque, J. A., Berenguel Senén, A., Fernández Olmo, M. R. y Abeytua Jiménez, M. (2019). Selección de lo mejor del año 2018 en riesgo vascular y rehabilitación cardíaca. *REC: CardioClinics*, 54, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2019.01.007>
- Topa, G., Depolo, M. y Alcover, C. M. (2018). Early retirement: A meta-analysis of its antecedent and subsequent correlates. *Frontiers in Psychology*, 8, 2157. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02157>
- Topa, G., Moriano, J. A., Depolo, M., Alcover, C. M. y Morales, J. F. (2009). Antecedents and consequences of retirement planning and decision-making: A meta-analysis and model. *Journal of Vocational Behavior*, 75(1), 38–55. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.03.002>
- Topa, G. y Pra, I. (2018). Retirement adjustment quality: Optimism and self-efficacy as antecedents of resource accumulation. *Applied Research in Quality of Life*, 13(4),

1015–1035. <https://doi.org/10.1007/s11482-017-9571-2>

Tucker, W. J., Angadi, S. S., Haykowsky, M. J., Nelson, M. D., Sarma, S. y Tomczak, C. R. (2020). Pathophysiology of exercise intolerance and its treatment with exercise-based cardiac rehabilitation in heart failure with preserved ejection fraction: A review. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 40(1), 9–16. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000481>

Vallés, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Valverde Bernal, J., Villalobos Abelló, A. y Martínez Pérez, J. (2018). ¿Cómo influye un evento coronario isquémico en la actividad sexual? *Enfermería en Cardiología*, 25(75), 48–55.

Visseren, F., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J. M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F., Hollander, M., Jankowska, E. A., ... ESC Scientific Document Group (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbigele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., ... Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127-e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>

- World Health Organization (WHO). (2012). *Field trial WHOQOL-100 February 1995: the 100 questions with response scales, 2012 revision*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77084>
- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
- Zhang, X., Devlin, H. M., Smith, B., Imperatore, G., Thomas, W., Lobelo, F., Ali, M. K., Norris, K., Gruss, S., Bardenheier, B., Cho, P., Garcia de Quevedo, I., Mudaliar, U., Jones, C. D., Durthaler, J. M., Saaddine, J., Geiss, L. S. y Gregg, E. W. (2017). Effect of lifestyle interventions on cardiovascular risk factors among adults without impaired glucose tolerance or diabetes: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 12(5), e0176436. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176436>
- Zhao, S., Zhao, H., Wang, L., Du, S. y Qin, Y. (2015). Education is critical for medication adherence in patients with coronary heart disease. *Acta Cardiologica*, 70(2), 197–204. <https://doi.org/10.1080/ac.70.2.3073511>