

Universidad de Costa Rica
Escuela de Enfermería

Trabajo final de graduación modalidad tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Enfermería

**Calidad de vida relacionada con la salud en personas que asisten a la
Asociación para Rehabilitación Cardíaca de Cartago (ARCCA), 2019**

Yorlibeth Winter Rose
A56261

Ciudad universitaria Rodrigo Facio,
San José, Costa Rica
2020

“La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar.”

Carta de Ottawa, 1986



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **14 de abril 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Yorlibeth Winter Rose**, carné **A56261**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Daniel Martínez Esquivel, Director
Derby Muñoz Rojas, Lector
Sara Brenes Garita, Lectora
Ana María Quezada Ugalde, Quinto miembro
Jerik Andrade Espinales, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Yorlibeth Winter Rose** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Yorlibeth Winter Rose**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Calidad de vida relacionada con la salud en personas que asisten a la Asociación de Rehabilitación Cardíaca de Cartago (ARCCA), 2019”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
14 de abril 2020

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

APROBADO

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

Daniel Martínez E. Daniel Martínez Esquivel, Director

Derby Muñoz Rojas Derby Muñoz Rojas, Lector

_____ Sara Brenes Garita, Lectora

Ana Maria Quezada Ugalde Ana Maria Quezada Ugalde, Quinto miembro

Jerik Andrade Espinales Jerik Andrade Espinales, Preside

Postulante Postulante



Recepción: 2511-2111 Fax 2253-5660, Servicios Administrativos: 2511-2093 Asuntos Estudiantiles: 2511-2107
Secretaría Módulos: 2511-5210, Secretaría Dirección: 2511-2105, Sitio Web: www.enfermeria.ucr.ac.cr
E-mail: enfermeria@ucr.ac.cr

Tabla de Contenido

Capítulo I: Introductorio	1
1. 1. Introducción	2
1. 2. Justificación.....	5
1. 3. Antecedentes	14
1. 3. 1. Internacionales.....	14
1. 3. 2. Nacionales	26
1. 4. Planteamiento del problema	31
1. 5. Objetivos	31
1. 5. 1. General	31
1. 5. 2. Específicos.....	31
Capítulo II: Marco Referencial	32
2. 1. Marco Referencial	33
2. 1. 1. Calidad de Vida (CV).....	33
2. 1. 2. Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CVRS)	35
2. 1. 3. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.....	37
2. 1. 4. Enfermedad Cardiovascular (ECV).....	39
2. 1. 5. Rehabilitación Cardíaca (RC).....	43
2. 2. Marco Teórico	44
2. 2. 1. Teoría General de Enfermería	44
2. 2. 1. 1. Teoría del Autocuidado	46
Capítulo III: Marco Metodológico.....	52
3. Marco Metodológico	53
3. 1. Modalidad de Investigación	53
3. 2. Enfoque de Investigación.....	53
3. 3. Tipo de Investigación.....	54
3. 4. Diseño de Investigación	55
3. 5. Lugar de la investigación	56

3. 6. Población de estudio	57
3. 7. Criterios de inclusión	58
3. 8. Criterios de exclusión.....	59
3. 9. Muestra.....	59
3. 10. Instrumento para la recolección de la información	60
3. 10. 1. Validez y confiabilidad cuestionario SF-36	64
3. 11. Sistema de variables.....	65
3. 12. Análisis de datos	71
3. 13. Coordinaciones pertinentes	72
3. 14. Consideraciones éticas	73
Capítulo IV: Resultados.....	75
4. Presentación de resultados	76
Capítulo V: Análisis de los resultados.....	90
5. Análisis de resultados.....	91
5. 1. Características sociodemográficas	91
5. 2. Cuestionario SF-36 Calidad de Vida Relacionada con la Salud	100
5. 2. 1. Componentes de Salud Física.....	101
5. 2. 2. Componentes de Salud Mental	105
5. 3. Análisis desde la perspectiva disciplinar enfermera	109
Capítulo VI: Conclusiones.....	125
6. Conclusiones	126
Capítulo VII: Recomendaciones.....	129
7. Recomendaciones.....	130
Reconocimiento de limitaciones.....	133
Reconocimiento de las limitaciones.....	134
Bibliografía	135

Índice de Tablas

Tabla 1. Componentes y dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), según el cuestionario de salud SF-36.....	37
Tabla 2. Contenido de las escalas del Cuestionario SF-36	62
Tabla 3. Matriz de variables.....	66
Tabla 4. Distribución de los participantes según edad. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019.....	77
Tabla 5. Distribución de los participantes según estado civil. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019	78
Tabla 6. Distribución de los participantes según lugar de procedencia. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019	79
Tabla 7. Distribución de los participantes según ocupación. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019.....	80
Tabla 8. Distribución de los participantes según nivel de escolaridad. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019	81
Tabla 9. Distribución de los participantes según cardiopatía. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019.....	82
Tabla 10. Distribución de las variables del Componente de Salud Física en personas de sexo masculino. N=14. ARCCA. 2019.....	84
Tabla 11. Distribución de las variables del Componente de Salud Física en personas de sexo femenino. N=10. ARCCA. 2019	85
Tabla 12. Distribución de las variables del Componente de Salud Mental en personas de sexo masculino. N=14. ARCCA. 2019.....	86
Tabla 13. Distribución de las variables del Componente de Salud Mental en personas de sexo femenino. N=10. ARCCA. 2019	87
Tabla 14. Comparación entre el Componente de Salud Física y el Componente de Salud Mental según sexo. N=24. ARCCA. 2019	88
Tabla 15. Vinculación entre los elementos de la teoría del autocuidado con respecto a los hallazgos del cuestionario SF-36	120

Índice de Anexos

Anexo 1. Datos generales y Cuestionario SF-36 Calidad de Vida Relacionada con la Salud	158
Anexo 2. Carta de solicitud y aprobación de la asociación	163
Anexo 3. Formulario para el consentimiento informado	164
Anexo 4. Carta de aprobación del trabajo final de investigación por parte del Comité Ético Científico (CEC)	167

Capítulo I: Introductorio

1. 1. Introducción

El presente documento es una tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería que tuvo como propósito el análisis de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas que asisten a la Asociación para Rehabilitación Cardíaca de Cartago (ARCCA).

En este sentido, cabe mencionar que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019) una epidemia y la principal causa de muerte a nivel mundial.

Entre las personas que han padecido estas enfermedades se ha identificado una afectación en la calidad de vida (CV) asociada a las modificaciones en el estilo de vida y la poca adherencia al tratamiento. También es importante mencionar que dentro de los factores que contribuyen a esta epidemia se encuentran la obesidad, la mala nutrición, el sedentarismo, el consumo de diversos tipos de drogas, comorbilidades como la hipertensión, diabetes, hiperlipidemias; en fin, cambios negativos en el estilo de vida (OMS, 2017).

Por lo que los procesos de rehabilitación cardíaca (RC) son necesarios para que las personas con ECV lleguen a un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, mental y social, lo cual constituye una herramienta fundamental para el manejo integral de estas. La

evidencia muestra que tales procesos recuperan la salud de las personas al abordar diferentes enfoques como la prevención de complicaciones secundarias y terciarias, la mejora en aspectos fisiológicos, sintomáticos, psicosociales e inclusive económicos, logrando así un mejoramiento en su CV (Báez, Camacho, Abreu, Arenas & Jaimes, 2006).

Sin embargo, mencionan Herrera, Céspedes & Flórez (2014), que existe la necesidad de indagar más a fondo y generar estrategias para la atención de esta población. Lo cual muestra la relevancia de esta investigación en el sentido del aporte de evidencia empírica que podría orientar a las autoridades sanitarias a definir políticas públicas, diseñar estrategias, normas y programas, y la posible generación de nuevos conocimientos que influyen directa e indirectamente en la práctica enfermera. Además, desde la disciplina de enfermería favorece el manejo profundo y experto del conocimiento científico, el cual respalda las decisiones correspondientes al cuidado y el reconocimiento de la información que determina el perfil de las condiciones de salud y condiciones de vida en las personas.

Como parte del abordaje integral de esta problemática multifactorial, resulta importante evaluar la CVRS en las personas en RC ya que la misma comprende aspectos tanto objetivos como subjetivos con respecto al individuo. Por lo tanto, favorecería el análisis de los datos y la respuesta satisfactoria a las necesidades tanto físicas como emocionales de estas personas, contribuyendo así al proceso de adaptación y continuidad de cambios en los estilos de vida (Moreno-Rangel, Osorio-Gómez; Forero & Camargo-Figuera, 2015).

De acuerdo con lo expuesto, se desarrolla un estudio cuantitativo, no experimental, bajo un diseño descriptivo que tiene como objetivo determinar la CVRS en sus respectivas dimensiones, las cuales comprenden el componente físico y el componente de salud mental en personas que reciben RC. El proceso se llevó a cabo entre setiembre 2018 y marzo 2020. La población estuvo conformada por 24 personas que asisten a ARCCA. La recolección de datos se hizo mediante la aplicación del cuestionario SF-36 “Calidad de Vida Relacionada con la Salud”, mismo que ha sido validado en el ámbito nacional e internacional. Se procedió al análisis de los datos de forma descriptiva tras utilizar la base de datos de Microsoft Excel.

Esta investigación fue previamente aprobada por el Comité Ético Científico (CEC) de la Universidad de Costa Rica en la sesión 132-2019.

El Comité Asesor estuvo conformado por el Máster. Daniel Martínez Esquivel como tutor, en conjunto con el Máster. Denis Carrillo Díaz como lector n°1 y la Máster. Sara Brenes Garita como lectora n°2.

1. 2. Justificación

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como es el caso de las ECV son un problema global amenazante para la vida, algunos datos que ilustran esta situación indican que "se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo" (OMS, 2017, párr. 2).

Existe evidencia con respecto a la relación que existe entre la CV y la problemática de salud en el mundo, esto debido a comportamientos que aumentan el riesgo a desarrollar ECV (Vidarte, Vélez, Sandoval & Alfonso, 2011); además, según recientes estudios los hábitos no saludables son significativamente frecuentes y conforman los perfiles de alto riesgo para generar ECV (Rosado, García, Doporto, Gómez & Moreno, 2016).

Así también, la OMS en su Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2010, reitera que la carga de crecimiento de enfermedades no transmisibles en países de ingresos bajos y medios se debe no solo a la globalización y la urbanización descontrolada sino también a estilos de vida cada vez más sedentarios.

Asimismo, en Costa Rica las enfermedades del sistema circulatorio son la causa más frecuente de muerte y se registra que durante el año 2011 "1,238 fallecieron por ECV para una tasa de 27 por cada 100,000 habitantes" (Evans, Pérez & Bonilla, 2016, párr. 6). Por lo

tanto, es de suma importancia el impacto que este tipo de enfermedades está generando en el perfil epidemiológico de la población costarricense, ya que están resultando en casos de discapacidad, déficit funcional, pérdida de capacidad productiva y afectación de las familias (CCSS, 2015). Esto se puede apreciar con los siguientes datos:

En el año 2012 se registró un total de 5.631 muertes para una tasa ajustada de 91,3 por 100.000 habitantes, con una tendencia descendente de la mortalidad en los últimos 8 años. Además, estas enfermedades constituyen la cuarta causa de consulta externa y representan el 6% del total de egresos, con una tendencia creciente en la morbilidad en los últimos años. (CCSS, 2015, p. 23)

Se puede decir que, a pesar de los avances en las ciencias médicas y tecnología, los índices de morbimortalidad por ECV se han incrementado en el ámbito nacional. Lo anterior se evidencia en los datos recabados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2017), los cuales indican que entre el período 2015 y 2017 la cantidad de defunciones a causa del sistema cardiovascular ha aumentado progresivamente, resultando en una tasa de mortalidad de 11.9 en el 2016 y un total de 5 998 defunciones en el año 2017.

Cabe mencionar que las altas tasas de mortalidad debido a ECV se presentan principalmente en personas que se encuentran en etapas de adultez intermedia y tardía. Según las estadísticas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el año 2012 el 95.89%

de las muertes a causa de ECV se presenta en personas mayores de 45 años, con 54.7% correspondiente al sexo masculino, por el otro lado, el mayor número de muertes en mujeres se presenta en mayores de 75 años; asimismo, dicho comportamiento estadístico se mantiene aún en el 2017. Los datos antes expuestos evidencian el impacto considerable en el promedio de años de vida perdidos (CCSS, 2015).

En consideración a lo anterior, la CCSS reitera la urgencia de que las personas controlen factores de riesgo a ECV, entre ellos: hipertensión, diabetes, peso, colesterol y triglicéridos; además, que se adopten estilos de vida saludables como el realizar actividad física constante, descartar el consumo de drogas, bebidas alcohólicas y el tabaco, mantener una dieta baja en grasas, carbohidratos y azúcares, y manejar los niveles de estrés a través de la planificación del tiempo y el control de emociones, ya que estas acciones favorecen la salud de las personas y protegen de este tipo de enfermedades (CCSS, 2012). A razón de esto, se muestra la importancia de que haya evidencia que brinde respuesta a lo que menciona la CCSS.

Así también, la CCSS en su informe de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (2011) y la encuesta de Enfermedades Crónicas y Factores de Riesgo Cardiovascular que valora varios elementos de enfermedades crónicas, hace referencia a la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular y a la importancia de la detección temprana y manejo adecuado de la misma, ya que luego de la comparación con la encuesta

realizada en el 2004 se evidencia un 9.4% de personas hipertensas no diagnosticadas, especialmente hombres.

De manera que es primordial el abordaje de la RC de forma integrada, lo cual se puede lograr dirigiendo las acciones a reducir el riesgo y actuando sobre las condiciones que pueden generar o potenciar la enfermedad, dichas acciones deben ir orientadas a la disminución del daño con el objetivo de evitar la mayor afectación posible al estado de salud de las personas portadoras o en riesgo de adquirir ECV.

Por otro lado, Gallardo (s.f.) menciona que es de suma importancia contemplar el cambio en el perfil demográfico y epidemiológico al que está sujeto Costa Rica en la actualidad, el cual evidencia el progresivo envejecimiento de la población. Los diversos avances tecnológicos favorecen la supervivencia de personas con enfermedades graves o condiciones delicadas, lo cual genera una población que requiere de procesos rehabilitatorios intensos y prolongados, en la mayoría de los casos con una frecuencia indeterminada para tratar secuelas ya sean permanentes o temporales de aspectos físicos y/o mentales, como es el caso de las personas que reciben RC. De modo que, es importante el análisis de la CVRS en personas que reciben RC, determinar en qué aspectos se ha visto afectada su CV y los retos o dificultades de la vida diaria a los que deben enfrentarse.

Cabe mencionar que la CV se ve influenciada por los diversos aspectos que atañen al contexto y a las circunstancias socioeconómicas, las cuales aumentan los factores de riesgo y por ende la prevalencia de ECV.

En este contexto, la valoración de la CVRS es de gran relevancia debido a que contempla la autopercepción del estado de salud y valora todos los cambios a los que están sujetas las personas a causa de su condición; además, supone ir más allá de medidas sólidas y objetivas para obtener una información más sutil y referida a fenómenos menos aparentes, pero de gran trascendencia para la determinación del estado de salud. Asimismo, permite comparar el nivel de afectación de diversas enfermedades, la identificación de beneficios encontrados en diferentes tratamientos de salud entre estos la RC y en sí, valorar de forma integral el estado de salud en las personas.

El proceso de valoración es la primera etapa del proceso de enfermería, la cual consiste en la recolección de datos trascendentales que deben considerarse durante el proceso de cuidado, de modo que el uso de instrumentos estandarizados, que valoren de forma comprensiva e integral el estado de salud estén debidamente validados y respaldados por evidencia científica, de manera que permitan la práctica idónea de enfermería basada en criterios científicos y meramente empírica. Por lo tanto, el uso del cuestionario SF-36 es de gran utilidad ya que genera de manera confiable y válida información que parte de la percepción de las personas que completan dicho cuestionario para la interpretación de los

resultados, generando así el cimiento para la intervención de Enfermería durante el proceso de cuidado, cuyas acciones se ejecutan con el fin de mitigar o erradicar los problemas; además, estas se reevalúan para determinar su efectividad y el impacto favorable en la población.

Lo anterior responde a la Política Nacional de Enfermería, la cual según el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica (2011) está orientada a contribuir tanto a nivel individual como familiar y comunitario. Su enfoque primordial es la salud sobre la enfermedad abordando así procesos y valores que procuren una asistencia de calidad en los diversos ámbitos existentes. Además, el proceso gradual de envejecimiento de la población costarricense demarca la urgencia de recurso humano de calidad y cuidado continuo oportuno mediante estrategias de enfoque integral e integrado.

La enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración de modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos. (Orem, 1983. p. 19)

Bien menciona Carballal (2015) que es ineludible accionar en pro de la mejora en la atención de personas con cardiopatías y así también, considerar la prevalencia de ECV y las tasas de mortalidad que dicha enfermedad acarrea. Dicha situación se ha tornado en un gran

problema de salud; sin embargo, la RC ha surgido como una posible solución en la prevención de esta enfermedad y en la de sus secuelas físicas, mentales y sociales.

La evidencia muestra que en diferentes países hay programas de rehabilitación cardíaca (PRC) que han dado como resultado mejoras significativas en función del componente físico lo cual afecta el componente mental de forma favorable, la disminución de la mortalidad, el control de factores de riesgo cardiovascular y una tasa importante de reincorporación al trabajo, lo cual comprueba la efectividad de los PRC; además, los resultados mostraron que las personas con las peores condiciones al inicio de los PRC fueron las que experimentaron una mayor ganancia en parámetros de CVRS, por ende, la importancia de evaluar a la población que participa de estos programas.

Por tanto, para el profesional de Enfermería es primordial la continuidad del cuidado en personas con ECV y/o cardiopatías ya que las secuelas de la enfermedad podrían estar interviniendo en la CVRS. Así también, el debido seguimiento de estas enfermedades podría favorecer la reducción de problemas asociados que podrían reflejarse en una menor cantidad de hospitalizaciones y un aumento en la CV de las personas.

De manera que la investigación y los resultados de estas son de gran importancia para Enfermería ya que podrían tener un papel fundamental en los procesos de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y RC, elaborando nuevas propuestas de cuidado,

programas, estrategias, entre otros, con un enfoque que tiene como objetivo desarrollar agentes de autocuidado. Esto es respaldado por Orem (1983), quien indica que Enfermería se deriva de acciones específicas con el propósito de ayudar a personas en el mantenimiento o cambio de sus condiciones y/o entorno según las limitaciones que estas posean.

Cabe mencionar que esta investigación impacta la disciplina de Enfermería con aporte al conocimiento empírico, el pensamiento crítico y la toma de decisiones, de manera que además puedan generarse proyectos de Enfermería utilizando estrategias de RC de las cuales toda persona con ECV podría beneficiarse, esto considerando que su condición está sometida a limitaciones derivadas o relacionadas con la salud, que de una u otra forma les incapacita para el autocuidado continuo, eficaz o completo.

Además, el desarrollo de esta investigación es de gran relevancia para la disciplina de Enfermería debido a que esta es una profesión científica que necesita crear evidencia propia que por consiguiente podría mejorar la práctica profesional; por lo tanto, hay un interés epistémico del cuidado que además permite seguir dándole importancia al papel de Enfermería en la RC.

Por ende, el papel del profesional de Enfermería es de suma importancia en los procesos de RC ya que establece intervenciones que combinan metodologías y técnicas

basadas en la utilización de teorías o modelos de Enfermería que brindan los conocimientos y la orientación requerida para la efectiva gestión del cuidado.

Esta pesquisa aporta a Enfermería la oportunidad de construir un horizonte institucional por medio de la implementación de programas propios de la disciplina, proyectos de innovación y emprendimiento, con una orientación de la disciplina a mejorar la CV de las personas en RC y evidenciar el aporte de los y las profesionales de Enfermería en diversos ámbitos.

1. 3. Antecedentes

En el siguiente apartado se presenta la evidencia empírica recabada de fuentes nacionales e internacionales, para lo cual se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos del sistema de bibliotecas documentación e información de la Universidad de Costa Rica, INEC, Ministerio de Salud, revistas electrónicas tales como Scielo, Redalyc, Elsevier, Revista médica Chile, Revista Española de Cardiología, Research Gate, Enfermería Actual, Dialnet, Enfermería en cardiología, Nursing Center, Dialnet, Revista Cubana de Enfermería, Medigraphic, Revista Costarricense de Cardiología, entre otros.

1. 3. 1. Internacionales

Fariñas et al. (2007) en su artículo: *Estudio observacional de calidad de vida en cirugía cardiaca*. La investigación tiene el objetivo de valorar si la cirugía cardiaca mejora la CV y ayuda a recuperar el estado inicial de la persona. Se realizó un estudio prospectivo observacional con una muestra de 140 pacientes intervenidos con una cirugía valvular.

Se aplicó el Cuestionario EuroQOL. Concluyen con que los pacientes a pesar de que pierden su autonomía recuperan al mes la movilidad basal; así también, registran que las mujeres tenían peor CV en la etapa pre y post quirúrgica debido a manifestaciones depresivas y de ansiedad. A pesar de que la CV de ambos grupos había sufrido un impacto importante al momento del ingreso debido al deterioro en su salud y al mes tras su intervención

quirúrgica, ya luego se identifica una mejora importante en su CV al transcurrir el año, inclusive la CV de las mujeres se iguala con respecto a los hombres. Se puede decir que las personas participantes en el estudio presentaron una CV similar a la que tenían antes de la afectación a causa de su enfermedad; además, se determinó que la edad no influye en la recuperación de la CV.

Morata & Domínguez (2007) en su artículo: *Calidad de vida tras un programa de rehabilitación cardíaca*. En este estudio se hace referencia a la eficacia de la RC en casos de cardiopatía isquémica. Se realizó un estudio de cohortes prospectivo desde mayo de 2003 hasta enero de 2004, con una muestra de 50 pacientes con los siguientes diagnósticos: infarto agudo de miocardio, trasplante cardíaco y cardiopatía isquémica, y sometidos a cirugía de revascularización. Se aplicó el Cuestionario de salud SF-36. La rehabilitación consistió en un acondicionamiento aeróbico supervisado y un programa educativo orientado a modificar los factores de riesgo.

Las únicas subescalas del cuestionario que mantuvieron resultados similares a los iniciales fueron las de salud general y salud mental, mientras las de función física, estado físico, dolor corporal, vitalidad y estado emocional aumentaron significativamente; por lo tanto, los resultados concluyen con mejoras significativas en función del componente físico lo cual afecta de forma favorable el componente mental.

Por otra parte, Ribera et al., en su revisión publicada en el 2009: *Supervivencia, estado clínico y calidad de vida a los cinco años de la cirugía coronaria*. El estudio evalúa la respuesta de los y las pacientes supervivientes de procesos quirúrgicos en donde se efectuaron injertos aortocoronarios, este se lleva a cabo al haber transcurrido 5 años desde su intervención. Se dispuso de una muestra de 1.525 personas, de las cuales 5 años después seguían vivas 1.300 personas.

Los resultados encontrados señalan una supervivencia acumulada de 0,99 a lo largo de los primeros 6 meses y de 0,87 a los 5 años, mientras la tasa de supervivencia libre de eventos mayores fue de 0,84 a los 5 años. En relación con la CV, se ha visto mayormente impactada a nivel funcional, especialmente en la dimensión de función física, en aquellos pacientes con limitaciones moderadas o severas; sin embargo, el resto tenía una CV equivalente a la de la población general española. Se concluyó que 3 de cada 4 supervivientes estaban exentos de eventos significativos; asimismo, mantenían buena capacidad funcional y CV.

Riera et al. (2011) en su artículo: *Supervivencia a medio plazo de los pacientes operados en cirugía cardiaca mayor*; valoran la supervivencia y los factores de riesgo asociados con la mortalidad a medio plazo en la cirugía cardiaca del Hospital Universitario Son Dureta. Realizan un seguimiento de 1.844 pacientes a lo largo de 5 años. Sus resultados

reflejan que la mortalidad y la morbilidad hospitalarias de los pacientes operados en cirugía cardiaca disminuyeron a pesar de su envejecimiento progresivo y complejidad.

La mortalidad general observada al final del seguimiento fue de 6.5% y según el EuroSCORE logístico de 4.2%, siendo 10% de estas personas mayores de 70 años y 4.5% menores de 70 años. Además, refieren que incrementó la supervivencia de los pacientes dados de alta vivos del hospital a corto y medio plazo con probabilidades de supervivencia a 1, 3 y 5 años del 98%, el 94% y el 90% respectivamente, mientras las probabilidades de supervivencia en los pacientes de edad ≥ 70 años a 1, 3 y 5 años fueron del 97%, el 91% y el 83% respectivamente, en comparación con el 98%, el 96% y el 93% en menores de 70 años. Así mismo, indican que mejoró la CV de los pacientes que fueron dados de alta vivos del hospital tras la cirugía cardiaca.

Por lo tanto, se concluyó que el pronóstico de las personas operadas en cirugía cardiaca es muy satisfactorio gracias a la cooperación multidisciplinaria obtenida entre los distintos servicios implicados ya sea en procedimientos quirúrgicos, protocolos, técnicas idóneas y medidas preventivas; además, mencionan otros estudios que confirman la buena capacidad funcional y CV en personas post operadas por cardiopatías.

Por otro lado, Pacci et al. (2011) en su investigación titulada: *Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional*

Cardiovascular del Perú. El mismo es un estudio analítico y retrospectivo, en el cual evalúan 219 pacientes de ambos géneros y mayores de 18 años que completan el PRC. Se aplica el cuestionario de salud SF-36 a través de una entrevista y se recolectan datos en dos fases, una al inicio del estudio y otra al final del PRC. Los resultados registran mejoras en seis de ocho dimensiones del cuestionario, entre estas está la dimensión de función física que pasó de 75.11 a 87, rol físico de 68.95 a 87.95, dolor corporal de 69.82 a 83.06, salud general de 65.50 a 78.32, vitalidad de 67.10 a 81.39, función social de 70.14 a 87.01, rol emocional de 77.09 a 87.01 y salud mental de 66.35 a 66.97.

Las dimensiones del CSF como son la función física, rol físico, dolor corporal y salud general, presentan un aumento significativo que se traduce en una mejora de la capacidad funcional del individuo tras la rehabilitación cardiaca. A pesar de que la dimensión de salud mental, la cual corresponde al CSM no presentó un aumento significativo, de igual forma se determina la importancia del PRC sobre el bienestar psicosocial; por tanto, concluyen que la RC representa un incremento en la CV.

Cano, Alguacil, Alonso, Molero & Miangolarra (2012) en su artículo: *Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual*; valoran la efectividad y los niveles de evidencia de los PRC como instrumento de prevención secundaria en ECV, así como los diversos componentes de estos programas y su impacto.

Entre sus supuestos, los PRC con terapias diseñadas a abordar síntomas físicos y psíquicos que mejoran la CVRS e indican que la evaluación de la CVRS a partir de alguno de los diversos instrumentos de medición existentes resulta una herramienta útil para identificar los riesgos de reingreso y mortalidad; además, permite el control de la evolución y efectividad de los PRC. Así también, recomiendan incluir actividad física intensa en los PRC ya que puede tener un mayor beneficio en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular.

García & Yudes (2015) en su artículo: *Rehabilitación Cardíaca: Revisión Bibliográfica del Impacto en la Capacidad Funcional, Mortalidad, Seguridad, Calidad de vida, Factores de riesgo y Reincorporación laboral*. Este refiere sobre la eficiencia y óptima relación coste-beneficio, el grado de recomendación y el nivel de evidencia científica. Este estudio tenía como objetivo el análisis de resultados publicados sobre PRC y su impacto en diferentes áreas.

Para el estudio se realizó una revisión bibliográfica y se efectuó una recolección de datos mediante un formulario digital, de la información analizan la mejora de la capacidad funcional a través de los instrumentos METs y VO₂, la disminución de la mortalidad, la seguridad o número de eventos negativos por paciente, la mejora de la CV mediante el Test 36-Item Short Form Survey-SF 36, el control de los factores de riesgo, CV y la reincorporación laboral.

En relación con la capacidad funcional, mencionan un estudio realizado en España con una muestra de 401 pacientes con cardiopatía isquémica que presentaron una mejora del 26%, uno en Uruguay con 358 pacientes con una fracción de eyección menor al 40% y considerados de alto riesgo cardiológico con un incremento relativo del 37.1%, en Europa un ensayo clínico coordinado por enfermería, el cual fue realizado en ocho países concluyó con que los participantes de PRC mejoraron su estilo de vida y se logran controlar factores de riesgo cardiovascular.

Tras la revisión de documentos de la Sección de Rehabilitación Cardíaca de la Asociación Europea de Prevención Cardiovascular y Rehabilitación determinan que los PRC contribuyen a la disminución de la morbi-mortalidad, mostrando que los favorables índices de mortalidad después de participar en los PRC eran independientes del diagnóstico de la ECV. Por otra parte, la seguridad de los PRC según las sesiones efectuadas en diferentes países es ideal, esto considerando la reducida tasa de eventos negativos que reportaron diferentes estudios; así también, mencionaron que el realizar ejercicio físico en combinación con la educación brindada redujo significativamente los índices de mortalidad y las causas que normalmente le atañen.

Con respecto a la CV, esta fue valorada con el instrumento de recolección de datos SF-36, los resultados encontrados indican que hubo una mejora en la CVRS tras el tratamiento en PRC. Mencionan el estudio de Redfern et al. y Morata-Crespo et al. con una

mejoría en 6 de 8 dimensiones del cuestionario, el estudio de Álvarez-Bandrés et al. con una mejora en 7 dimensiones, siendo la dimensión del dolor corporal la única sin mejoría y el estudio de McKee que describe que un grupo de 187 pacientes en la fase III de un PRC presentó un promedio de 5% por debajo de la CV del grupo de control, lo cual confirma la mejora de la CV de los miembros de PRC; además, los estudios revisados indican una tasa importante de reincorporación al trabajo. El estudio de García & Yudes concluye con que los PRC son de significativo impacto en el área de investigación; sin embargo, la implementación de estos programas sigue siendo baja.

Por el otro lado, Vilchez, Paravic, Salazar & Sáez (2015) publican un artículo titulado: *Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria*. En este estudio participaron 120 personas entre 35 y 64 años inscritos en alguno de los 6 Centros de Salud Familiar Municipalizados de Concepción (CESFAM) en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) con hipertensión, sobrepeso y dislipidemia como factores de riesgo.

Se utilizó un método mixto anidado, con un ensayo clínico controlado y aleatorizado, un método primario cuantitativo con el uso del cuestionario SF-36, la Escala de Autoeficacia General y la Escala Multidimensional Apoyo Social Percibido (MSPSS); seguidamente, se utilizó el método cualitativo de Parse fenomenológico-hermenéutico, el cual está diseñado para la comprensión de las experiencias de vida. Se efectuaron un total de 10 sesiones

presenciales y 5 telefónicas en el cual se midió la CVRS, presión arterial, IMC, circunferencia abdominal, colesterol total, LDL, HDL, LDL/HDL), CT/HDL y Riesgo Coronario a 10 años.

Los resultados de la intervención de consejería evidenciaron un aumento significativo en la CVRS en las mujeres con respecto a los hombres, presentando las mujeres mediciones pre-test de 79,7 y post test de 88,9 en el Componente de Salud Física, un pre-test de 66,9 y post test de 78,9 en el Componente de Salud Mental, por el contrario, los hombres presentaron mediciones pre-test de 84,4 y post test de 90,3 en el Componente de Salud Física, un pre-test de 78,7 y post test de 81,3 en el Componente de Salud Mental. Asimismo, se evidenció un efecto en la disminución del riesgo coronario a 10 años en los hombres con respecto a las mujeres.

Rivera, Ceballos & Vilchez (2017) en su publicación *Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: Conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería*; presentan una revisión que brinda visibilidad de las situaciones que generan desgaste en trabajadores que se desempeñan en ámbitos sanitarios como es el caso de los trabajadores y trabajadoras de las unidades de oncología valoradas en este estudio, ya sea debido a las tareas desempeñadas, el ambiente de trabajo y su organización, los procedimientos a los que deben someterse y el impacto mental, que por consecuencia podrían desencadenar síntomas psicosomáticos que comprometen la CVRS y la productividad de estas personas considerando las exigencias y la alta complejidad de sus labores.

En este estudio bibliográfico, se valoran los factores de riesgos psicosociales percibidos en el personal de unidades de oncología y la repercusión en la CVRS de dichas personas; por tanto, el estudio está orientado a establecer estrategias de promoción de la salud y prevención de los factores de riesgos psicosociales para favorecer la CV de estos trabajadores. Así mismo, el estudio reitera la importancia de la medición de la CVRS con instrumentos validados e inclusive estandarizados como es el caso del cuestionario SF-36, ya que proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo según su propia perspectiva, aplicable a la población general sana o con diferentes afecciones; además, proporciona una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos a los que estos puedan estar expuestos.

Muñoz & Mantilla (2018) en su publicación: *Impacto de un programa de rehabilitación cardíaca basado en la medición del consumo de oxígeno*. Ejecutan un estudio prospectivo de corte transversal y con una muestra probabilística a lo largo de enero del 2016 a enero del 2017. Para el estudio, a las personas participantes se les realiza una ergoespirometría y según los resultados se les prescribe ejercicio a partir de un PRC.

Los datos obtenidos destacan que la media para VO₂ inicial fue de 16,79 mientras la media para VO₂ final fue de 49,98 tras participar del PRC. Por lo tanto, se evidenció un significativo aumento después de la intervención; además, se determina que el tamaño del efecto fue de 1,32, lo cual refiere que el efecto del PRC fue positivo.

Por tanto, los resultados demuestran que los PRC logran beneficios sustanciales en la capacidad física, CV, morbilidad y mortalidad de las personas con ECV ya que contribuyen positivamente a la recuperación física y en el mejoramiento de la salud de personas que han sufrido eventos coronarios.

Zeledon, Selegim & da Silva (2018) en su publicación: *Calidad de Vida y determinantes de las recaídas en pacientes reincidentes ingresados en centros de rehabilitación de Managua Nicaragua, 2016*. Describen un estudio cuantitativo cuyo objetivo era identificar niveles de CV y determinantes de las recaídas en pacientes reincidentes de centros de rehabilitación de Managua.

Dicho estudio fue realizado en cuatro centros de rehabilitación de la ciudad de Managua, Nicaragua con una muestra asignada por conveniencia, la cual estaba constituida por 40 consumidores de drogas en tratamiento, con edades de entre 31 y 40 años, los cuales facilitaron la recolección de datos entre agosto 2015 y diciembre 2016.

Los datos se obtuvieron mediante dos cuestionarios, entre ellos el Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP), el cual destacó que el 47.5% de estos participantes tenían baja CV, el 25% un nivel de CV medio mientras un 27.5% de ellos reportaron un nivel de CV alto. Así también, se determinó que

los resultados estuvieron sujetos a las condiciones de vida objetivas y a su percepción de bienestar.

De manera que la investigación evidenció que el abordaje de la CV de los pacientes en los centros de rehabilitación, especialmente en el ámbito de la intervención psicosocial, influye significativamente en la estabilidad de estas personas y en la reducción de probabilidades de recaída.

En síntesis, se han llevado a cabo varias publicaciones y/o investigaciones en diferentes países en relación con el estudio de la CV, la CVRS, ECV y RC, a partir de las investigaciones mencionadas se ha confirmado la importancia de la CVRS y el aporte al éxito de cirugías y PRC en las que han participado personas con ECV. Así también, se identifica la posibilidad de evaluar la CV, la CVRS y los PRC a través de diversos instrumentos y estrategias que resultan de gran utilidad y confianza para el abordaje adecuado y adaptado a las necesidades reales de la población, siendo estas no solo en relación con su capacidad física sino también mental y acorde a aspectos sujetos a la autopercepción del individuo.

Como se observa, pese a que se han realizado estudios relativos a ECV, CVRS y/o RC, se determina la importancia de este estudio, el cual busca evaluar la CVRS en personas con alta vulnerabilidad a sufrir complicaciones que pueden culminar en una fatalidad mortal.

1. 3. 2. Nacionales

Roselló, Guzmán & Bolaños (2001) en su artículo: *Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca en la alimentación, peso corporal, perfil lipídico y ejercicio físico de pacientes con enfermedad coronaria*. Se realizó un estudio prospectivo en el cual participaron 61 pacientes en donde el 76% eran hombres y la edad modal fue de 46 años, el estudio tenía como objetivo determinar los efectos de un PRC en el perfil lipídico, índice de masa corporal (IMC) y alimentación en pacientes con enfermedad coronaria.

En dicho estudio se aplica un programa en donde se realizan evaluaciones antropométricas, bioquímicas, dietéticas y de la capacidad funcional, se brindan intervenciones educativas tanto para el paciente como para su familia; además, se practica ejercicio físico, sesiones de psicología y sesiones nutricionales.

Después del PRC, se evidenció una mejora significativa en el índice de masa corporal y la capacidad aeróbica tanto en hombres como en mujeres; además, se evidenció una modificación estadística en el colesterol total de los hombres. Al inicio del estudio 21% de los participantes presentó un IMC mayor a 27 que al final disminuyó favorablemente a 16. Asimismo, se identificó que el 32.8% de los participantes presentaba sedentarismo total al inicio del estudio; no obstante, al final este dato se redujo a 26.6% de la población participante, la frecuencia cardíaca incrementó de 66% a 87% mientras la capacidad aeróbica aumentó de 6.3 a 12.1; además, se da un cambio importante en hábitos alimenticios y

nutricionales. Por consiguiente, se evidencia que los PRC son una alternativa factible para mejorar la CV de personas cardiopatas y para el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Loáisiga et al. (2008) en su artículo: *Calidad de vida de los pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca del hospital San Vicente de Paúl en Heredia*. Se realizó un estudio observacional, transversal, en el cual se abordó una población de 330 pacientes con enfermedad coronaria. Para efectos de la recolección de datos se utiliza un instrumento mixto constituido por una encuesta supervisada al paciente, complementado con medición de variables cuantificables y una prueba de esfuerzo.

Destacaron que 99% de los participantes consideraron que la RC fue de mucha ayuda, el 95.3% reportó una mejoría en sus síntomas, el 100% de los participantes indicó conocer mejor su enfermedad y el 98% expresó mejoría en su CV. Además, evidenciaron que el 97% de las personas participantes consideró que su familia comprende mejor su enfermedad; sin embargo, solo el 45% reportó que su familia se integró al programa. Por el otro lado, se identificó que el 67% reportó buena tolerancia al ejercicio, un 1% mala, 25% regular y un 7% presentó excelente tolerancia.

A partir de los resultados y el programa aplicado, se observa una mejoría en la CV de los pacientes; sin embargo, se identificaron limitaciones relacionadas con un espacio insuficiente, trabajo, el lugar de residencia y según lo expresado por los pacientes: falta de conciencia en relación con el hecho de que la RC debe ser vista como parte del tratamiento de personas con ECV.

En el 2015 se publica el tema *Rehabilitación Cardíaca para el Médico General*, en este Hütt & Salas, plantean que la RC es una herramienta terapéutica en la cardiología; pese a esto, no ha sido ampliamente utilizada por la comunidad médica. Resaltan que el objetivo principal de la RC era ayudar a los pacientes a readquirir autonomía y a mejorar la actividad física regular; no obstante, hoy día rescatan su significativo y positivo impacto en la mortalidad.

Además, indican que los PRC son multidisciplinarios, compuestos de tres fases, entre ellas: la movilización temprana del paciente posterior a un evento cardiovascular, el cuidado postoperatorio, la optimización del tratamiento médico, la elaboración de un programa de actividad física, consejería de estilos de vida saludables, manejo de las comorbilidades, entre otras.

Barrantes & Salas (2016) en su publicación: *Sobrevida y calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica egresados de una Unidad de Cuidados Intensivos de*

tercer nivel. Presentaron una investigación de tipo observacional, descriptivo y prospectivo, la cual recabó datos demográficos y datos en relación con la condición de salud de 128 pacientes, esta recolección de información se da al momento del alta hospitalaria, a los 28 días y a los 6 meses. Asimismo, se evalúa la CV a partir del grado de independencia y reinserción laboral o a actividades normales.

Según los resultados, el sexo no estableció ninguna diferencia significativa entre la mortalidad, la estancia o el grupo diagnóstico, de igual forma entre la edad y la supervivencia o con la capacidad de reinserción a los 28 días o a los 6 meses. Al momento del alta hospitalaria el 97.5% de los pacientes tenía una condición cognitiva adecuada, a los 28 días del alta el 68% tuvieron una reinserción satisfactoria a sus actividades cotidianas y a los 6 meses de la reinserción efectiva se redujo a un 63% debido al incremento de síntomas por insuficiencia cardíaca; sin embargo, a los 6 meses todos los pacientes refirieron tener buen apego a su tratamiento. Por tanto, gran parte de estos pacientes presentó muy bajos índices de mortalidad y adecuada reinserción a las actividades normales.

Además, Ceballos, Vilchez-Barboza & Valenzuela-Suazo (2016) en su investigación: *Propuesta de enfermería con terapias complementarias para el abordaje de riesgos psicosociales a nivel laboral*, cuyo objetivo está orientado a contrarrestar los riesgos psicosociales en el ámbito laboral y por ende mejorar la CVRS, esto a través de terapias complementarias y/o alternativas desde la disciplina de Enfermería. Este estudio reitera la

importancia del abordaje como una necesidad social orientada a mejorar la salud y CV de las personas, considerando que los estilos de vida de un individuo o grupo condicionan la aparición o complicación de enfermedades.

Evidentemente, existen escasos estudios sobre la CV y CVRS en personas costarricenses que reciben RC, las investigaciones o publicaciones sobre las variables sujetas a este estudio son pocas y en su mayoría revisiones bibliográficas; sin embargo, las conclusiones de estas resaltan aspectos positivos y reiteran el favorable impacto que se puede generar de la evaluación de la CVRS en conjunto con la RC. Por esta razón es inminente que en nuestro país la realización de investigaciones sobre CVRS y RC se torne un aspecto imperativo en la vida de las personas.

En función de los antecedentes nacionales, vemos que la mayoría de las investigaciones se han dirigido al área de medicina; por lo tanto, esto reitera el interés y la necesidad de que los profesionales en enfermería aborden el tema y generen investigación propia sustentada en criterios científicos que brinden aportes importantes al país y además se dé seguimiento a los antecedentes ya existentes. Por ello, se realizó un estudio desde la perspectiva de la disciplina de enfermería que pretende dar a conocer al sistema de salud costarricense las percepciones sobre CVRS en personas que reciben RC.

1. 4. Planteamiento del problema

¿Cuál es el nivel de la Calidad de Vida relacionada con la Salud en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019?

1. 5. Objetivos

1. 5. 1. General

- Determinar la Calidad de Vida relacionada con la Salud en personas que reciben rehabilitación cardíaca, ARCCA, Cartago, 2019.

1. 5. 2. Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.
- Describir el componente de salud física en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.
- Describir el componente de salud mental en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.

Capítulo II: Marco Referencial

2. 1. Marco Referencial

Con el fin de comprender los conceptos que serán analizados durante el estudio se debe realizar un abordaje teórico-conceptual de los principales ejes temáticos que se abordan en la investigación, los cuales permiten plantear los interrogantes implícitos en los objetivos establecidos.

2. 1. 1. Calidad de Vida (CV)

Según la OMS (citado en Botero & Pico, 2007) la CV refiere a la percepción del individuo sobre su propia vida, la cual engloba aspectos del contexto cultural y social de la persona; además, es considerada multidimensional, dinámica y compleja ya que comprende aspectos personales, ambientales, entre otros. Aunado a esto, es reconocida como una combinación de factores objetivos que interactúan entre sí, los cuales dependen del individuo y las condiciones externas que lo rodean; por el otro lado, también se ve afectada por factores subjetivos ligados a la satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que la persona o la población tenga de sus condiciones de vida.

Ardila (2003) establece un concepto integrador con respecto a la CV, el cual indica que:

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (p. 15)

Pese a lo antes mencionado, no puede obviarse que la CV es evaluativa e inherente del contexto del cual parte su valoración. Así también, este concepto es equivalente a la calidad de envejecimiento al que está sujeto el individuo, esto debido a que el proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida en función de limitaciones físicas, psicológicas, sociales, posibles enfermedades y/o secuelas de ellas, tratamientos y/o políticas de salud (Botero & Pico, 2007).

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. (Alvarado & Salazar, 2014, p. 1)

Entre los factores que influyen en la CV, y además pueden variar de acuerdo con la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia se encuentran (Botero & Pico, 2007):

- Relaciones familiares.
- Apoyo social.
- Salud general.
- Estado funcional.
- Disponibilidad económica.
- Entre otros.

De manera que la CV es un concepto que intuye varias áreas de la vida humana, entre ellas la salud; por lo tanto, es considerado de suma importancia comprender el concepto de CVRS, el cual se describe en el siguiente apartado.

2. 1. 2. Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CVRS)

La CV desde su relación con la salud, es conceptualizada como un fenómeno que comprende múltiples aspectos, según Shipper, Clinch & Powell (citado en Cunha, 2008) van desde “...el funcionamiento físico y ocupacional, el estado psicológico, la interacción social y sensaciones somáticas de la persona” (p. 271). Asimismo, la CV aborda factores del cuidado en salud y particularidades físicas como psicológicas vinculadas con la enfermedad.

Por ende, engloba componentes del bienestar físico, social, psicológico y espiritual; entre ellos la funcionalidad física y afectiva, la fuerza, la fatiga, el sueño, el reposo, el dolor,

la imagen corporal, el ocio, condición económica, nivel de ansiedad y espiritualidad, entre otros. En otras palabras, la CV se describe según lo que cada individuo considera ya que la percepción subjetiva de sí o inclusive de su entorno como tal varía de persona a persona (Vinaccia & Orozco, 2005).

Patrick & Erickson (citado en Schwartzmann, 2003) definen la CVRS como una “medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad” (p. 13). Asimismo, Schumaker & Naughton (citado en Schwartzmann, 2003) refieren que es una “percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” (p. 13).

Badia & Lizán (2003) refieren que el propósito primordial en la medición de la CVRS radica en procurar una evaluación comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo. Para efectos de su medición se contemplan dimensiones del funcionamiento físico y mental que se interrelacionan entre sí, esto a pesar de que las variables que componen esas dimensiones son diferentes y están sujetas a la experiencia directa y percibida por la persona.

La comprensión y medición de la CVRS es de suma importancia ya que promueve una atención centrada en la persona, brinda entendimiento con respecto al impacto que genera una condición y/o enfermedad en la vida de una persona, y funciona como indicador de la

calidad del cuidado brindado tras la práctica clínica; además, Urzúa (2010) también menciona que resulta ser un insumo relevante para la formación de objetivos, guías, nuevas tecnologías y políticas dirigidas al cuidado de la salud. Así también, la medición de la CVRS permite no solo la evaluación de las acciones ejecutadas sino la implementación de nuevas estrategias que vayan más allá de esquemas biomédicos tradicionales, de manera que se considere a la persona como tal.

2. 1. 3. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud

Según Rodríguez, Merino & Castro (2009), la CVRS está conformada por dos grandes componentes de la salud que miden diferentes aspectos correspondientes a la vida y autonomía de la persona a partir de la agrupación de dimensiones homogéneas entre sí. Con el fin de entender de forma apropiada los componentes de la CVRS, se presenta la siguiente tabla en donde se describen las variables de los componentes tanto de salud física como de salud mental y su respectivo indicador de medición (p. 17):

Tabla 1. Componentes y dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), según el cuestionario de salud SF-36

Componente	Dimensión
Componente de salud Física (CSF)	Función física: Es el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.
	Rol físico: Es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado.
	Dolor corporal: Es el grado de intensidad del dolor y su efecto en el hogar o fuera de casa.
	Salud general: Es una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
Componente de salud mental (CSM)	Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
	Función social: Grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social.
	Rol emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo.
Salud mental: Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar.	

Fuente: Alcázar, J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en personas sobrevivientes de cáncer que asisten a la Fundación Calidad de Vida para personas con Cáncer (FUNCAVIDA), San Ramón de Alajuela, 2018 (p. 33). (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica. San Ramón, Alajuela

2. 1. 4. Enfermedad Cardiovascular (ECV)

En la mayoría de los casos las ECV presentan una condición asintomática por lo que inicialmente son de difícil identificación. Según la OMS (2017), las ECV son de las cuatro principales ECNT, y estas apuntan a un grupo de desórdenes del corazón y de vasos sanguíneos, entre estos se encuentran:

- *Cardiopatías coronarias*: Enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco.
- *Enfermedades cerebrovasculares*: Enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.
- *Arteriopatías periféricas*: Enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.
- *Cardiopatía reumática*: Lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas, generadas por fiebre reumática, la cual es causada por bacterias estreptococos.
- *Cardiopatías congénitas*: Malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.
- *Trombosis venosas profundas y embolias pulmonares*: Coágulos de sangre en las venas de las piernas, que pueden desprenderse y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Aunado a esto, Gómez (2011) comparte lo siguiente:

Pese a que las enfermedades crónicas no transmisibles son más frecuentes en personas mayores de 60 años, el 25% de los fallecimientos por debajo de esta edad está relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles. Esto sugiere que el aumento de la prevalencia en enfermedades cardiovasculares puede resultar, en parte, por un aumento de los diferentes factores de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y, quizás, por múltiples factores que no siempre son de orden médico, sino de naturaleza política, económica, sociocultural y ambiental. (p. 5)

De manera que, la prevalencia de las ECV se debe a múltiples factores, entre ellos “deficiencias en los sistemas de salud, en cuanto a su capacidad de llevar a cabo acciones de promoción y prevención, así como por deficiencias en las intervenciones y los tratamientos basados en la "evidencia", (...) aumento en los factores de riesgo” (Gómez, 2011, p. 9).

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) parten de características biológicas y/o conductuales que aumentan la probabilidad de padecer una ECV, estos se encuentran (Gómez, 2011):

- Alteraciones metabólicas, producto de los trastornos alimentarios.
- Obesidad abdominal.
- Consumo de sustancias ilícitas y/o drogas.

- Cambios de estilos de vida saludables.
- Complejidad genómica.
- Diversidad proteómica y metabolómica.
- Variedad de mecanismos de regulación celular y molecular.
- Cambios demográficos que inciden en la organización social, valores, en aspectos socioeconómicos, en el sistema de educación, salud y seguridad social.
- Incremento relativo en la esperanza de vida al nacer.
- Desigualdades sociales.
- Diferencias culturales.
- Acceso a servicios de salud de buena calidad.

Cabe recalcar que la mayoría de las ECV son prevenibles siempre que se tomen acciones en relación con los factores de riesgo comportamentales, los cuales comprenden el tabaquismo, alimentación no saludable, obesidad, sedentarismo y el consumo de drogas como el alcohol, entre otros hábitos que conforman el estilo de vida de las personas (OMS, 2017).

Cabe recalcar, que la relevancia de las ECV viene dada por su elevada tasa de mortalidad, Velázquez et al. (2003) refieren sobre el problema de salud pública y la transición epidemiológica de las ECNT, a la cual contribuye el incremento en la esperanza de vida que, por ende, trae consigo un significativo problema social que afecta simultáneamente a los sistemas de salud.

De ahí la importancia del abordaje de la salud cardiovascular y de la prevención de ECNT con una respuesta multisectorial coordinada, lo cual se puede lograr a partir de campañas nacionales, investigaciones científicas, biomédicas y clínicas que permitan el desarrollo de mejores y más potentes fármacos y alternativas, sistemas de salud más eficientes, el análisis de prevalencias de acuerdo a aspectos sociodemográficos y culturales, políticas de salud, estrategias de investigación e inclusive medidas eficaces para la prevención de la morbilidad, la discapacidad y la mitigación de la progresión de la ECV como es el caso con la RC (Gómez, 2011).

Según Herrera et al. (2014) la salud cardiovascular puede definirse como “la capacidad de funcionar adecuadamente, mediante la práctica de actividades que las personas realizan por sí mismas para el mantenimiento del bienestar y la vida” (p. 152).

la estrategia global de la OMS y la estrategia regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), establecen que debe consolidarse la capacidad de los sistemas de salud para concentrarse más en la promoción y en la atención primaria de la salud con miras a intensificar la prevención y mejorar la asistencia sanitaria, que garantice que el individuo reciba los servicios de prevención, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación eficaces y oportunos para la recuperación de su salud cardiovascular, en el menor tiempo posible, y logre la pronta incorporación a sus actividades normales. (Gómez, 2011, p. 24)

Entre las acciones existentes para abordar las ECV se encuentra la RC, cuyo concepto es ahondado en el siguiente apartado.

2. 1. 5. Rehabilitación Cardíaca (RC)

Araya & Trejos (2014) describen que la RC radica en aplicar un programa multifactorial dirigido a personas con ECV, el mismo dirigido a "asegurar a los pacientes una condición física, mental y social óptimas que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la Sociedad" (Loáisiga, 2008, párr. 10).

Por tanto, los programas surgen como herramienta primordial para el tratamiento y control de ECV; además, la RC es de enfoque multidisciplinario ya que brinda rehabilitación física, social y mental. De igual forma, busca reintegrar a la sociedad a las personas con ECV de la mejor forma y lo antes posible, de manera que no se presenten nuevos eventos. Así también, los programas han demostrado ser beneficiosos en la salud de los pacientes con ECV y se ha comprobado un aumento en la capacidad funcional, la mejora de aspectos físicos a partir de la RC como es el caso de los niveles de presión arterial sistólica y el oxígeno, entre otros. La RC está subutilizada tanto a nivel mundial como nacional a pesar de la amplia evidencia científica que respaldan las tasas favorables de mortalidad y morbilidad de los pacientes con ECV (Araya & Trejos, 2014).

2. 2. Marco Teórico

Para el desarrollo de esta investigación es indispensable la fundamentación bajo una teoría propia de Enfermería, esto con el fin de desarrollar conocimientos sustentados en la disciplina; por lo tanto, el abordaje de esta investigación se adecua a una de las teorías que conforman el modelo de la teoría general de Enfermería de Dorothea Orem, específicamente la teoría del autocuidado. Para una mejor comprensión, seguidamente se hace referencia a estas.

2. 2. 1. Teoría General de Enfermería

Desde los inicios de la Enfermería, la misma responde a la necesidad de ayudar a las personas, y así colaborar a su CV al suplir o realizar acciones que la persona no puede ejercer por sí misma en un momento de su vida, identificar problemas de salud y necesidades tanto reales como potenciales no solo de la persona sino de todo el que lo necesite como su familia e inclusive la comunidad.

Las teorías de Enfermería han sido utilizadas para llevar todo esfuerzo humano a la práctica de Enfermería, facilitando la extensión del conocimiento y la estructuración de este (Orem, 1983). Asimismo, el uso de las teorías favorece la autonomía de acción y la toma de decisiones; por ende, proporcionan una guía de funciones profesionales dirigidas a mejorar

el cuidado, las cuales comprenden aspectos asistenciales, de recurso humano e investigación (Sillas & Jordán, 2011).

Orem (1983) aborda al individuo de manera integral en función de mejorar su CV a partir de cuidados básicos; aunado a esto, su modelo conocido como Teoría General de Enfermería de Orem abarca tres teorías:

- *Teoría del déficit de autocuidado:* Refiere al déficit del cuidado de personas dependientes debido a condiciones de salud o relacionadas con ella.
- *Teoría del autocuidado:* Alude a acciones sistematizadas de forma continua y eficaz por parte de la persona misma o dirigidas a personas dependientes, y se rigen en la integridad de desarrollo y funcionamiento humano.
- *Teoría de los sistemas de enfermería:* Menciona la capacidad de la persona para formar parte en su continuo autocuidado.

A continuación, se profundiza sobre la teoría que se utiliza en el abordaje disciplinar de Enfermería en este estudio:

2. 2. 1. 1. Teoría del Autocuidado

La Teoría del Autocuidado está orientada a ayudar a la persona a actuar y/o brindarle el apoyo necesario para que aprenda a actuar por sí misma, ejerza o mantenga acciones de autocuidado con el fin conservar la salud y la vida misma.

El autocuidado es un proceso o sistema de acciones intencionales, las cuales están orientadas a satisfacer las necesidades que tiene un individuo según su edad, sexo, estado de desarrollo o condición de salud; no obstante, cabe resaltar que la forma de ejercer dichas acciones está sujeta a factores culturales de cada persona o grupo social, y además se aprenden conforme la persona madura o a medida que aumenta en edad. Dichas necesidades están directamente relacionadas con los requisitos de cuidado universales y los requisitos asociados con estados de desarrollo y salud mencionados por Orem (1983).

Cabe mencionar que las ECV se caracterizan por la severidad de los síntomas y el impacto de los tratamientos que requieren y que, además determinan la necesidad de adaptarse a un nuevo estilo de vida, la manifestación de una posible disminución de la capacidad funcional, aislamiento social e inclusive se presenta la posibilidad de hospitalizaciones; de modo que, representa una demanda importante ya sea para adquirir o mantener su CV. No obstante, a partir de la inclusión de comportamientos de autocuidado

podrían prevenirse o tratarse muchas de las complicaciones generadas por las ECV (Olivella, Bastidas & Castiblanco, 2012).

Por el otro lado, Prado, González, Paz & Romero (2014) plantean que el autocuidado es una función reguladora que eventualmente toda persona debe aprender y llevar a cabo que, además, está proyectado a controlar los factores internos o externos que pueden comprometer la vida y el desarrollo de un individuo.

Orem (1983) indica que los requisitos de autocuidado se clasifican en tres tipos:

1) *Universales*: Representan acciones humanas que desencadenan condiciones internas y externas relacionadas a la estructura y funcionamiento humano de la persona; además, son comunes durante todas las etapas del ciclo de vital. Entre ellos se encuentran:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos de acuerdo con el potencial humano.

Estos requisitos son comunes a todas las personas, ya que todos los seres humanos se ven en la diligencia de cumplir con estas necesidades aún en el caso de personas con una alteración de la salud como la ECV; asimismo, Orem (1983) menciona que:

El ser humano, por naturaleza, tiene necesidades comunes para el consumo de materiales (aire, agua, comida) y para crear y mantener condiciones de vida que sostengan los procesos vitales, la formación y mantenimiento de la integridad estructural del cuerpo y el mantenimiento y promoción de su integridad funcional. (p. 57)

Es pertinente resaltar que para el adecuado abordaje del autocuidado de personas con ECNT deben conocerse los requisitos de autocuidado relacionados con su condición.

2) *De desarrollo*: Son referentes a procesos del desarrollo humano y acontecimientos durante diversas etapas del ciclo de vida. Los mismos están orientados a la provisión de condiciones que fomenten el desarrollo, el autodesarrollo, y la prevención o manejo de situaciones que afectan el desarrollo humano, entre ellos están:

- Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.

- Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo.

Además, Rojas & Leiva (2009) indican que los requisitos del autocuidado universales del autocuidado son “consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos desarrollados como resultado de una situación o suceso” (p. 56). De manera que, estos se van modificando a lo largo de la vida de las personas y según sus necesidades de autocuidado.

Aunado a esto, Orem (1983) menciona que:

El desarrollo humano, desde el periodo inicial de la vida intrauterina hasta la plenitud de la madurez, requiere la formación y el mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos conocidos de desarrollo en cada etapa del ciclo vital. (p. 57)

Así también, Morales & Flores (2016) hacen referencia al hecho de que en muchos casos las ECV surgen de hábitos adquiridos y arraigados desde la infancia, lo cual resulta en el desarrollo progresivo de la ECV; además, recalca la necesidad de que el ser humano se adhiera desde temprana edad a un estilo de vida saludable.

3) *De alteración de la salud*: Dirigidos a personas con alguna patología o daño sujeto a un diagnóstico o tratamiento médico, y están asociados con la regulación de los efectos y resultados de la condición del individuo.

Acorde a esto, Orem (1983) apunta a las estrategias de trabajo que ejecuta el profesional de Enfermería con el objetivo de realizar acciones de prevención y regulación, estas dirigidas a controlar la extensión y mitigar los efectos de la alteración de la salud de cada persona según su caso. Cabe mencionar que deben considerarse no sólo las afecciones físicas sino también emocionales que atañen a la persona, ya que estas pueden resultar de las medidas terapéuticas aplicadas.

Bien mencionan Nitsche, Bitranm, Pedrals, Echeverría & Rigotti (2014) que:

los trastornos psicológicos y sociales también son relevantes en el origen y el manejo de las enfermedades físicas. En el área cardiovascular, varios trastornos psicosociales se asocian y predicen el desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria (...) Por lo tanto, se ha propuesto el manejo activo de los aspectos psicosociales negativos que predisponen a enfermedad cardiovascular (ECV) con detección rutinaria de este tipo de factores de riesgo, tratamiento adecuado de pacientes con trastornos psicológicos leves y derivación de casos graves a los especialistas correspondientes. (p. 2)

Por otra parte, los requisitos de autocuidado son generalizaciones en relación con las intenciones que tiene la persona al ejercer su autocuidado; sin embargo, a excepción de los requisitos de la alteración de la salud que solo son aplicables en presencia de defectos o alteraciones, los demás requisitos deben ser previamente conocidos para que el resultado sea eficaz.

Las ECV son prevenibles si existe un compromiso individual y propio del ser humano, y este esté respaldado por el apoyo y seguimiento requerido para que las personas logren alcanzar los cambios necesarios en su estilo de vida; de manera que se conserve la salud cardiovascular. Bien menciona Herrera et al. (2014) que “el autocuidado es el elemento clave para el afrontamiento de la enfermedad cardiovascular” (p. 152).

Aunado a lo anterior, Prado et al. (2014) indica que la teoría de Orem comprende la promoción y el mantenimiento de la salud, y para su correcto abordaje es indispensable que Enfermería determine el nivel de intervención requerida.

Capítulo III: Marco Metodológico

3. Marco Metodológico

En este apartado se detalla el proceso metodológico aplicado para el desarrollo de esta intervención de Enfermería.

3. 1. Modalidad de Investigación

Esta investigación es de modalidad tesis, lo cual el Reglamento general de trabajos finales de graduación de la Universidad de Costa Rica (1980) refiere que “se entiende por Tesis de Graduación un proceso de investigación que culmina con un trabajo escrito que aporta algo original sobre el asunto investigado” (p. 1).

Se parte de una investigación básica, la cual está orientada a la compilación de conocimientos. De tal manera, Vargas (2009) menciona que es conocida “como investigación fundamental, exacta o investigación pura–, que se ocupa del objeto de estudio sin considerar una aplicación inmediata, pero teniendo en cuenta que, a partir de sus resultados y descubrimientos, pueden surgir nuevos productos y avances científicos” (p. 159).

3. 2. Enfoque de Investigación

Esta investigación es de enfoque cuantitativo ya que se utilizan datos numéricos recolectados a través del cuestionario SF-36, el cual cuantifica la CVRS; por consiguiente,

se procede a la medición numérica y al análisis estadístico que tiene como fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. Según Sampieri (2014), esta “parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica” (p. 4). Su diseño es no experimental, por esta razón el estudio se realiza sin manipulación de variables, sino que se observan fenómenos en su contexto natural con el objetivo de analizarlos.

3. 3. Tipo de Investigación

Según los conocimientos que se adquieren de esta investigación, esta es de alcance descriptivo porque se trabajó con un grupo de personas que asisten a un centro de RC, en donde se buscó identificar diversas características y su perfil sobre CVRS.

Este tipo de investigación está orientada a la identificación de propiedades, características y perfil de personas, grupos, comunidades, entre otros (Morán & Alvarado, 2010). Asimismo, Hernández, Fernández & Baptista (2006) refieren que los estudios descriptivos “únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas” (p. 81).

3. 4. Diseño de Investigación

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el diseño de investigación propuesto por Hurtado (2010), el cual refiere a la investigación descriptiva a partir de un método general de investigación holística, que está conformado por ocho fases o procesos operativos.

Seguidamente se describen las fases según las tareas respectivas que se abordaron en el desarrollo de la investigación.

1. *Fase Exploratoria:* Se delimitó el tema y se planteó el problema. La investigación inicia tras un problema observado a razón de alarmantes índices de morbimortalidad a causa de ECV, esto condujo al planteamiento del problema.
2. *Fase Descriptiva:* Se describió la situación preocupante, y se desarrolló la justificación de la investigación para establecer la importancia de esta, para seguidamente redactar los objetivos que guiaron el estudio.
3. *Fase Analítica, Comparativa y Explicativa:* Tras establecer las diversas variables de la investigación, se procedió a la búsqueda, revisión, lectura y análisis de investigaciones realizadas tanto en el contexto internacional como nacional; así también, se indaga material bibliográfico de forma detallada con el propósito de delimitar el marco referencial.

4. *Fase Predictiva:* Esta fase se abordó paralelo a la fase descriptiva, de manera que se verificó la factibilidad de la investigación y se ajustaron los objetivos según se consideró necesario.
5. *Fase Proyectiva:* Se establecieron los lineamientos metodológicos con respecto al diseño, la selección de la población, técnicas, métodos e instrumentos a utilizar, entre otros aspectos fundamentales para la investigación.
6. *Fase Interactiva:* Se recolectó de la muestra los datos necesarios por medio de un instrumento de corte cuantitativo que facilitó los datos descriptivos, para posteriormente desarrollar la investigación.
7. *Fase confirmatoria:* Se procedió a la integración, presentación y el análisis de los resultados con las conclusiones respectivas.
8. *Fase evaluativa:* Se abordó la discusión de los resultados, se determinaron inquietudes, conclusiones y recomendaciones en relación con la investigación. Además, se concluyó con la presentación escrita de la investigación y la divulgación oral de los resultados a través de una defensa pública.

3. 5. Lugar de la investigación

La investigación se lleva a cabo en la Asociación de Rehabilitación Cardíaca de Cartago (ARCCA), la cual es una asociación sin fines de lucro, fundada por el Dr. Agustín

Solís Blanco con apoyo del Hospital Max Peralta Jiménez de Cartago el 22 de julio del año 2000. La misma tiene los siguientes objetivos (ARCCA, 2018):

- Luchar en beneficio de personas cuyo padecimiento sean las enfermedades del corazón y ayudar a su tratamiento y recuperación.
- Mejorar la CV de cada uno de sus miembros.
- Servir como agentes de cambio en su comunidad, para reducir y eliminar los factores de riesgo de dicha enfermedad.

ARCCA lleva a cabo reuniones semanales, los sábados a partir de las 8:00am en la Casa Municipal de la Salud en Cartago. Durante las reuniones se realizan charlas educativas de diversos temas relacionados con ECV, se practican rutinas de ejercicios físicos y varias actividades recreativas orientadas al beneficio de la salud de las personas participantes.

3. 6. Población de estudio

Pineda & Alvarado (citado en Mena et al., 2012), definen a la población o universo como “el grupo de elementos en el que se generalizan los hallazgos” (p. 93). En este caso, la población está conformada por miembros de ARCCA, estas personas han sido previamente diagnosticadas con una condición cardiovascular y/o han sufrido de un evento cardiovascular per sé.

Así también, dicha población está compuesta por hombres y mujeres sin restricción de edad; no obstante, los y las participantes de la muestra pertenecen a la etapa de crecimiento y desarrollo de adultez media y adultez tardía, dichas etapas comprenden respectivamente edades que van desde los 40 a 65 y de 65 años en adelante. Bien mencionan Berman, Snyder, Kozier & Erb (2008) que la etapa de crecimiento y desarrollo refiere que “la velocidad a la que crece y se desarrolla una persona es muy individual; pero la secuencia de crecimiento y desarrollo es predecible” (p. 350).

Cabe mencionar que los miembros de la asociación deben vivir en Costa Rica indiferentemente de su nacionalidad y deben ser residentes de la provincia de Cartago.

Por otro lado, parte de los miembros en ocasiones son acompañados por familiares o personas allegadas y estas personas son contempladas como parte de la cifra estimada de 85 personas, la cual corresponde al total de la población reportada.

3. 7. Criterios de inclusión

Para efectos de esta investigación se determinaron los siguientes criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.

- Ser miembro activo de ARCCA.
- Cantidad ilimitada de años con el previo diagnóstico de ECV.
- Comprender y firmar el documento de consentimiento informado.

3. 8. Criterios de exclusión

Como criterios de exclusión se establecen los siguientes:

- Menores de edad.
- Personas con dificultad para responder al instrumento debido a un deterioro cognitivo.

3. 9. Muestra

Sampieri (2014) define la muestra como “subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta” (p. 173). En este caso la muestra es de tipo no probabilística ya que depende de las características relacionadas con la investigación o el enfoque del investigador, lo cual obedece a los criterios de inclusión previamente establecidos; por ende, no necesariamente pretende que los casos sean estadísticamente representativos de la población. Además, cabe mencionar que la participación de la muestra es meramente voluntaria.

En esta investigación se utilizó un muestreo por conveniencia, ya que se seleccionó la muestra acorde a la población accesible al momento de la recolección de datos, la cual fue de un total de 24 personas que corresponden a la cantidad de personas presentes ese día y que además cumplieron con los respectivos criterios de la investigación (Hurtado, 2010).

3. 10. Instrumento para la recolección de la información

El instrumento utilizado para la recolección de los datos consiste en un cuestionario, el cual permitió la formulación de preguntas adecuadas, suministrando datos necesarios para cumplir con los objetivos de la investigación. Chasteauneuf (citado en Sampieri, 2014) indica que “un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (p. 217).

El instrumento que se aplicó para la recolección de datos fue el cuestionario autoadministrado SF-36 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (ver anexo 1), el cual ha sido previamente validado con población costarricense y en el ámbito internacional, el mismo está compuesto de ítems de tipo cerrado, siendo cada uno de respuesta única. Cabe mencionar que el cuestionario autoadministrado “se proporciona directamente a los participantes, quienes lo contestan. No hay intermediarios y las respuestas las marcan ellos” (Sampieri, p. 235).

El cuestionario SF-36 se emplea como herramienta para evaluar la percepción de la salud y CVRS en personas que reciben RC en ARCCA. García, Vera & Lugo (2013) mencionan que “Es un instrumento genérico de cvrs que se utiliza tanto en poblaciones generales como específicas, por su capacidad para discriminar el estado de salud en la población general o en pacientes con problemas de salud” (p. 27).

Cuestionario de Salud sf-36 ha sido empleado ampliamente para evaluar la cv de pacientes con diferentes enfermedades, tales como las de este artículo, como una medida de desenlace para evaluar la efectividad de las intervenciones educativas, farmacológicas, quirúrgicas y de rehabilitación, y en estudios que evalúan factores pronósticos en diferentes estados de salud. (García et al., 2013, p. 37)

Se agregó al cuestionario un primer apartado que corresponde a características sociodemográficas y consta de 9 ítems con preguntas cerradas, las cuales refieren a edad, sexo, estado civil, nacionalidad, lugar de procedencia, lugar de residencia, escolaridad, ocupación y tipo de cardiopatía.

El segundo apartado del cuestionario cubre 8 dimensiones de salud general, entre ellas: rol físico, función física, dolor corporal, rol emocional, función social, vitalidad y salud mental. Este consta de 11 preguntas con 36 ítems de selección única los cuales tienen respectivamente 5 opciones de respuesta; además, cabe mencionar que entre estos ítems se

encuentra uno de transición, el cual hace referencia al cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior.

Vera-Villarroel, Silva, Celis-Atenas & Pavez (2014) mencionan que estas preguntas tienen opciones de respuesta que forman escalas de tipo Likert, las cuales evalúan la intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. Los resultados obtenidos de los diferentes ítems son codificados, agregados y transformados según un puntaje entre 0 y 100, en donde 0 sugiere un peor estado de salud y 100 un mejor estado de salud.

La siguiente tabla contiene el número de ítems incluidos en las diferentes áreas del cuestionario; además, una breve descripción del significado de las puntuaciones de este ya sean estas altas o bajas.

Tabla 2. Contenido de las escalas del Cuestionario SF-36

Significado de las puntuaciones de 0 a 100			
Dimensión	Nº de ítems	~Peor~ puntuación (0)	~Mejor~ puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física

Significado de las puntuaciones de 0 a 100

Dimensión	N° de ítems	~Peor~ puntuación (0)	~Mejor~ puntuación (100)
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos y emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos y emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fuente: Rajmil et al. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. 19(2). *Gaceta Sanitaria*. Barcelona.

Para la administración de dicho cuestionario, ARCCA realiza un abordaje colectivo en el que se brinda información sobre el tema a tratar con el propósito de invitar a los sujetos a ser partícipes en la investigación básica.

3. 10. 1. Validez y confiabilidad cuestionario SF-36

Menciona Vilagut et al. (2005) que el cuestionario SF-36 ha sido evaluado en más de 400 artículos y en múltiples estudios hechos alrededor del mundo, esto a raíz de sus propiedades psicométricas que establecen este cuestionario como uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS, a pesar de que existen muchos otros instrumentos este es el más utilizado, por ende, también el más evaluado.

Su contenido, propiedades métricas y nuevos desarrollos de la versión española han sido críticamente revisados, entre los resultados obtenidos a través del coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach se identifica que los niveles de confiabilidad superan el valor mínimo recomendado para el uso de instrumentos de medición; asimismo, para este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.908. Por tanto, esas revisiones garantizan su validez y confiabilidad, y es considerado un instrumento adecuado para el uso en investigación y en la práctica clínica (Vilagut et al., 2005).

Asimismo, en Costa Rica se han realizado otros estudios con este cuestionario y se ha establecido que el instrumento cuenta con índices de confiabilidad y validez adecuados para su uso en la población costarricense, entre los estudios más destacados que refieren sobre la validez del cuestionario podemos mencionar la publicación del 2017 titulada *“Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de*

Costa Rica”, “Perfil bio-psico-social de la persona adulta mayor que asiste a programas institucionalizados” del 2011 y un estudio correspondiente al decimotercer informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, titulado: “una medida de calidad de vida relacionada con la salud: valores poblacionales de referencia para Costa Rica, 2006”.

3. 11. Sistema de variables

Barrantes (2013) menciona que una variable es “Todo rasgo, cualidad o característica cuya magnitud puede variar en individuos, grupos u objetivos. En otras palabras, es todo aquello que se va a medir, controlar y estudiar en una investigación” (p. 188).

Por lo tanto, en la tabla 3 se presenta la sistematización de las variables con base en los objetivos propuestos en la presente investigación.

Tabla 3. Matriz de variables

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Identificar las características sociodemográficas de personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019	Sociodemográfica	Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Apartado I. Ítem 1. Datos personales	Años cumplidos al momento de aplicación del historial.
		Sexo	Clasificación de las personas como masculinas o femeninas en el momento del nacimiento.	Apartado I. Ítem 2. Datos personales	Tipo de sexo femenino o masculino.
		Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física, en relación con otra con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente constituyendo en ella una institución familiar y adquiriendo	Apartado I. Ítem 3. Datos personales	Condición de estado civil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
			derechos y deberes al respecto.		
		Nacionalidad	País de procedencia	Apartado I. Ítem 4. Datos personales	País de nacimiento.
		Lugar de procedencia	Lugar de Nacimiento	Apartado I. Ítem 5. Datos Personales	Lugar de procedencia. -Provincia -Cantón -Distrito
		Lugar de residencia	Lugar donde reside actualmente la persona.	Apartado I. Ítem 6. Datos Personales	Lugar de residencia. -Provincia -Cantón -Distrito
		Escolaridad	Nivel de escolaridad alcanzado	Apartado I. Ítem 7. Datos Personales	Primaria, secundaria o Universidad, este completa o incompleta. Ninguna.
		Ocupación	Ocupación actual	Apartado I. Ítem 8. Datos Personales	Según lo indicado por la muestra.
		Tipo de cardiopatía	Cardiopatía diagnosticada	Apartado I. Ítem 9. Datos Personales	Según lo indicado por la muestra.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Describir el componente de salud física en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.	Salud Física	Salud General	Valoración personal de la salud	Cuestionario autoadministrado SF-36 Preguntas 1, 2 y 11 en conjunto con sus subdivisiones.	Percepción de salud. Pregunta #1 consta de cinco alternativas (Excelente=5 a mala=1). Pregunta #2 consta de cinco alternativas (Mucho mejor=5 a mucho peor=1). Pregunta #11 consta de cinco alternativas (Totalmente cierta=5 a totalmente falsa=1), en un rango de 5 a 25 puntos.
		Función Física	Limitaciones para realizar todo tipo de actividad .	Cuestionario autoadministrado SF-36 Pregunta 3 y subdivisiones.	Grado de limitación en la salud física. Consta de 10 ítems con tres alternativas de respuesta, (Mucho=1; poco=2; nada=3), con un rango de 10 a 30 puntos.
		Rol Físico	Problemas en el trabajo y otras actividades diarias	Cuestionario autoadministrado SF-36	Complicaciones a causa de la salud física. Tiene 4 ítems con cinco alternativas de respuesta

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
			como el resultado de la salud física.	Pregunta 4 y subdivisiones.	(Siempre=1; casi siempre=2; algunas veces=3; casi nunca=4; nunca=5), en un rango de 4 a 8 puntos.
		Dolor Corporal	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual.	Cuestionario autoadministrado SF-36 Preguntas 7 y 8.	Nivel de dolor. Pregunta #7 consta de cinco alternativas (Nada=5 a demasiado=1). Pregunta #8 consta de cinco alternativas (Nada=5 a demasiado=1), con un rango de 2 a 10 puntos.
Describir el componente de salud mental en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.	Salud Mental	Rol Emocional	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales.	Cuestionario autoadministrado SF-36 Pregunta 5 y subdivisiones.	Consecuencias de un problema emocional. Tiene 3 ítems con cinco alternativas de respuesta (Siempre=1; casi siempre=2; algunas veces=3; casi nunca=4; nunca=5), en un rango entre 3 a 6 puntos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
		Vitalidad	Sensación de energía y vitalidad.	Cuestionario autoadministrado SF-36 Pregunta 9 y subdivisiones 1, 5, 7 y 9.	Energía y vitalidad. Consta de cinco alternativas (las cuales se encuentran entre siempre y nunca), en un rango de 4 a 20 puntos.
		Función Social	Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales.	Cuestionario autoadministrado SF-36 Pregunta 6 y 10.	Impacto en actividades sociales. Pregunta #6 consta de cinco alternativas (Nada=5 a demasiado=1). Pregunta #10 consta de cinco alternativas (Siempre=1 a nunca=5), en un rango de 2 a 10 puntos.
		Salud Mental	Salud mental general.	Cuestionario autoadministrado SF-36 Pregunta 9 y subdivisiones 2, 3, 4, 6 y 8.	Estado de salud mental. Consta de cinco alternativas (las cuales se encuentran entre siempre y nunca), en un rango de 5 a 25 puntos.

Fuente: Elaboración propia.

3. 12. Análisis de datos

Para el análisis y presentación de las variables de información, se procede a hacer una detenida revisión bibliográfica y de conocimiento teórico, la cual se desarrolla con respecto al tema en cuestión.

Debido a que la presente investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo, éste requiere de la sistematización de la información recolectada en los instrumentos, esta sistematización se efectuó mediante una base de datos correspondiente al cuestionario SF-36, la cual contiene la totalidad de la información recolectada por medio del programa Microsoft Excel. Según Ware, Davies-Avery, & Brook (citado por Alonso, 2000), en el caso de ítems sin respuesta la respectiva dimensión fue revisada para establecer un promedio o generar una estimación psicométricamente correcta de dichos ítems.

Los datos obtenidos, se ingresan según las dimensiones y variables, creando así tablas para hacer un mejor análisis descriptivo de cada variable y un análisis general de la información.

Los datos recolectados se presentan en forma de tablas y promedios sujetos a frecuencias de distribución absoluta y relativa simple. Según Gorgas, Cardiel & Zamorano (2011) la distribución absoluta refiere al “número de veces que aparece repetido el valor en cuestión de la variable” (p. 13) mientras que la distribución relativa consiste en calcular el “cociente entre la frecuencia absoluta y el número de observaciones realizadas N (...). Esta frecuencia relativa se puede expresar también en tantos por cientos del tamaño de la muestra, para lo cual basta con multiplicar por 100” (p. 13-14).

Seguidamente, se procede a un análisis de estadística descriptiva para cada una de las variables de la matriz relacionada al estudio en contraste con la literatura, lo cual según Muñoz (2011) refiere a la interpretación de los datos.

3. 13. Coordinaciones pertinentes

Por el otro lado, para la presente investigación y debida recolección de los datos, se establece un vínculo con la coordinadora de ARCCA, la Sra. María del Carmen Quesada Vargas, quien autoriza el estudio. Así pues, se realizan coordinaciones para visitar la asociación y presentar una solicitud formal (ver Anexo 2).

Seguidamente, se coordina un nuevo espacio para visitar la asociación durante sus reuniones regulares, esto con el propósito de explicar más en detalle el fin de la investigación y solicitar a la población su participación. Una vez obtenida la aceptación de participación por parte de los miembros de la población, se procede a la entrega, lectura, explicación y aclaración de dudas en relación con el consentimiento informado (ver Anexo 3), el cual brinda autorización para que se proceda con la toma de información pertinente al trabajo de investigación, cabe mencionar que se le entrega a cada participante su respectiva copia.

Posteriormente, se procede a la entrega del cuestionario a aquellas personas que voluntariamente aceptaron participar, cumplen con los criterios de inclusión y firman el consentimiento informado. De igual manera, se procede a la lectura detallada del cuestionario; no obstante, se hace hincapié en la solicitud de completar el cuestionario de manera individual o cesar su participación si en algún momento así lo desearan. Asimismo, por cada pregunta se brindan

espacios para aclarar dudas sobre algún término del cuestionario, el proceso de recolección de datos se completa sin mayores dudas sobre el cuestionario.

3. 14. Consideraciones éticas

Para efectos del presente trabajo, se obtiene la debida aprobación del Comité Ético Científico (CEC) UCR en la sesión N°132 (ver Anexo 4); además, se han tomado en cuenta una serie de normativas éticas vigentes en Costa Rica, las cuales no pueden pasarse por alto ya que se anteponen los principios bioéticos de investigación: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

- Según el principio de autonomía, se procede a la entrega de un consentimiento informado (ver Anexo 3), el cual es facilitado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica y ajustado a los objetivos de la investigación. Este documento confiere la aceptación o no a la realización del cuestionario y participación en la investigación básica; de igual manera, esta misma información se brinda verbalmente a cada participante.
- Se explica claramente al grupo de participantes el objetivo principal del estudio y la utilidad que van a tener las respuestas brindadas para el abordaje del estudio.
- A través de la confidencialidad se aplica el principio de No Maleficencia, se omite información personal con la que se pueda identificar a cualquiera de los participantes.

- La información brindada por la población participante es totalmente confidencial y anónima, la cual es utilizada únicamente por la investigadora del estudio y para efectos de este.
- Así también, tras la aplicación de estas estrategias de intervención de Enfermería media el principio de Beneficencia, ya que tiene como fin favorecer la Calidad de Vida de la población de estudio, identificar las necesidades de su autocuidado y generar de esta manera nuevos conocimientos.
- Se ofrece un trato equitativo para con los participantes conforme al principio de Justicia; además, la evolución de la investigación cursa sin distinción alguna.
- Se realiza el estudio procurando en todo momento no ofender a las personas participantes del estudio.
- Se pretende no juzgar, criticar o burlarse de las personas participantes del estudio.
- Se procura el uso de un instrumento de investigación científicamente validado, el cual es de lectura clara y sencilla.

Capítulo IV: Resultados

4. Presentación de resultados

En el capítulo III “Marco Metodológico” se describe el proceso llevado a cabo para la recopilación de los datos; por ende, una vez finalizada la fase de recolección se procede a la labor de análisis de la información obtenida con el fin de alcanzar los objetivos trazados para la presente investigación.

Los resultados se presentan en función de los objetivos específicos de la investigación.

Objetivo I: Identificar las características sociodemográficas de personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.

Es importante ahondar en una breve descripción de la población participante, ya que dicha información permite comprender aspectos trascendentales sobre las necesidades físicas y psicosociales que además influyen en el riesgo de la población.

A continuación, se presenta la caracterización de esta, la cual comprende datos en relación con la edad, sexo, estado civil, nacionalidad, lugar de origen y residencia, puesto de trabajo u ocupación y nivel educativo.

Como parte de las características sociodemográficas de la población, tenemos que la muestra total está compuesta por 24 personas participantes. Del total de participantes 10 son mujeres y 14 son hombres, quienes facilitan variedad de datos según la variable.

A pesar de que algunas respuestas fueron omitidas por algunas personas participantes se obtiene la información necesaria para abordar la investigación.

Las edades de los participantes se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 4. Distribución de los participantes según edad. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019

Rangos de edad	n	Frecuencia relativa	%	Mínimo-Máximo	DE
45-55	2	0.08	8.3%	49-53	2.82
56-65	7	0.29	29.1%	57-63	2.40
66-75	9	0.37	37.5%	66-74	3.11
76-85	4	0.16	16.6%	76-78	1
86-95	1	0.04	4.1%	89	0
-	1	0.04	4.1%	-	-
Total	24	0.98	100%	-	-

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

La edad promedio de los 23 participantes que facilitaron dicho dato fue de 67 años, con un rango de edad entre 49 y 89 años, y una moda de 68. Más del tercio del total de los participantes tiene entre 66 y 75 años (37.5%), seguido en orden de frecuencia por aquellos que se encuentran en el grupo de edad entre 56 y 65 años (29.1%) y entre 76 y 85 años (16.6%). La edad promedio de las mujeres participantes es de 64 años, mientras que la edad promedio del sexo masculino es de 69 años.

A continuación, se presentan los datos en relación con el estado civil de los participantes.

Tabla 5. Distribución de los participantes según estado civil. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019

Estado civil	n	Frecuencia relativa	%
Soltero (a)	2	0.08	8.3%
Casado (a)	12	0.50	50%
Unión libre	2	0.08	8.3%
Divorciado (a)	2	0.08	8.3%
Viudo (a)	6	0.25	25%
Total	24	0.99	100%

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

Según los datos anteriores, el 50% de los participantes tiene un estado civil de casado(a) mientras que el 25% ha enviudado, el resto de los participantes de la muestra se encuentran en un estado civil de soltería, unión libre y divorcio en porcentajes iguales a 8.3% respectivamente.

En relación con el lugar de procedencia, se presentan los siguientes resultados:

Tabla 6. Distribución de los participantes según lugar de procedencia. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019

Lugar de Procedencia	n	Frecuencia relativa	%
San José	2	0.08	8.3%
Cartago	17	0.70	70.8%
Guanacaste	1	0.04	4.1%
Limón	1	0.04	4.1%
Alajuela	1	0.04	4.1%
Heredia	1	0.04	4.1%
-	1	0.04	4.1%
Total	24	0.98	100%

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

Cabe recalcar que el total de la población participante es de nacionalidad costarricense, el 70.8% de la muestra participante es procedente de la provincia de Cartago, seguido por el 8.3% procedente de San José, mientras el resto de los participantes son procedentes de las provincias de Guanacaste, Heredia, Limón y Alajuela con un 4.2% respectivamente; además, 4.2% de la muestra no indicó su lugar de procedencia.

Aunado a lo anterior, a pesar de que los participantes tienen procedencia de diferentes partes del país, el total de la muestra participante reside en la misma área geográfica del país: Cartago.

Por el otro lado, se presenta la siguiente tabla con respecto a la ocupación de la muestra participante.

Tabla 7. Distribución de los participantes según ocupación. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019

Ocupación	n	Frecuencia relativa	%
Actividad doméstica	1	0.04	4.1%
Ama de casa	4	0.16	16.6%
Chofer	2	0.08	8.3%
Pensionado (a)	13	0.54	54.1%
Ninguno	1	0.04	4.1%
No	1	0.04	4.1%
-	2	0.08	8.3%
Total	24	0.98	100%

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

Respecto a las personas participantes, 54.1% de ellas se encuentran pensionadas, 16.6% son amas de casa, 8.3% se encuentran laborando como chofer y 4.1% ejerce actividad doméstica. Por el otro lado, 8.3% de los participantes indica que no cuentan con ningún puesto de ocupación, y otro 4.1% no indicó ningún detalle en relación con su ocupación.

Continuando con las características socioeconómicas de las personas participantes es importante hacer referencia al nivel educativo, el cual se distribuye de la siguiente manera.

Tabla 8. Distribución de los participantes según nivel de escolaridad. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019

Nivel de Escolaridad	n	Frecuencia relativa	%
Primaria	9	0.37	37.5%
Primaria Incompleta	3	0.12	12.5%
Primaria Completa	1	0.04	4.1%
Secundaria	1	0.04	4.1%
Secundaria Incompleta	3	0.12	12.5%
Secundaria Completa	1	0.04	4.1%
Universitaria	1	0.04	4.1%
Escolaridad media	1	0.04	4.1%
No	2	0.08	8.3%
-	2	0.08	8.3%
Total	24	0.97	100%

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

Como se puede observar, cerca de la mitad de las personas participantes tiene un nivel educativo de primaria con una frecuencia relativa del 37.5%, el cual no especifica si este nivel académico fue completado o si se mantiene incompleto; no obstante, un 12.5% indica tener tanto la primaria como la secundaria incompleta, y un 8.3% no indica su nivel de escolaridad. Niveles

de escolaridad indicados por los participantes, como primaria completa, secundaria, secundaria completa, universitaria y escolaridad media presentan una frecuencia relativa del 4.1% respectivamente, mientras otro 8.3% refiere no tener nivel de escolaridad.

Por otro lado, las diversas cardiopatías indicadas por la muestra se presentan a continuación.

Tabla 9. Distribución de los participantes según cardiopatía. Frecuencia relativa y absoluta. ARCCA. 2019

Tipo de cardiopatía	n	Frecuencia relativa	%
Arritmia cardiaca	2	0.08	8.3%
Cardiopatía isquémica	1	0.04	4.1%
Corazón abierto y bypass	1	0.04	4.1%
Dilatada	1	0.04	4.1%
Favorable	1	0.04	4.1%
Incomunicación auricular	1	0.04	4.1%
Infarto	9	0.37	37.5%
Insuficiencia cardiaca	1	0.04	4.1%
Procardico	1	0.04	4.1%

Tipo de	n	Frecuencia relativa	%
cardiopatía			
Soplo	1	0.04	4.1%
Cateter	1	0.04	4.1%
Del corazón	1	0.04	4.1%
-	3	0.12	12.5%
Total	24	0.97	99.3%

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

Según los datos brindados por las personas participantes, la muestra reporta como cardiopatía predominante el infarto con una frecuencia relativa de 37.5%, entre ellos son mencionados el infarto agudo, cardíaco, de miocardio, y otros casos de infarto cuya clasificación no fue especificada. Por consiguiente, un 12.5% de la muestra participante no indica su cardiopatía mientras un 8.3% refiere tener la condición de arritmia cardiaca; además, se mencionan otras condiciones cardíacas como cardiopatía isquémica, corazón abierto, miocardiopatía dilatada, cardiopatía de pronóstico favorable, incomunicación auricular, insuficiencia cardiaca, condición del corazón, soplo y catéter, condiciones con una frecuencia relativa de 4.1% respectivamente. Por el otro lado, hay un 4.1% que refiere una cardiopatía indicada como “procardico” la cual no es identificada.

Objetivo II: Describir el componente de salud física en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.

A continuación, se presentan los resultados de la valoración de la CVRS según el cuestionario utilizado durante el estudio como instrumento de recolección de datos. Cabe mencionar que los resultados del Cuestionario SF-36 van de 0 a 100, donde 0 es considerado como lo peor y 100 el mejor resultado.

Tabla 10. Distribución de las variables del Componente de Salud Física en personas de sexo masculino. N=14. ARCCA. 2019

Variable	%	Mínimo - Máximo	DE
Salud General	56.19	47-80	9.77
Función Física	70.95	47-100	15.10
Rol Físico	57.86	20-100	22.68
Dolor Corporal	57.14	0-100	33.38

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

En el cuadro anterior se observan los datos en relación con los CSF en los participantes de sexo masculino, los cuales comprenden aspectos como salud general en el cual presentan un 56.19%, lo que supone que evalúan su propia salud como buena, su función física presenta resultados de 70.95% lo cual sugiere que llevan a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas con muy poca limitación debido a su salud.

La variable de rol físico presenta un 57.86%, lo que podría incidir que tienen pocos problemas con el trabajo o actividades de la vida cotidiana debido a la salud física mientras la variable de dolor corporal presenta un promedio de 57.14% lo que podría indicar muy poco dolor

y limitaciones debidas a este. Todas estas variables se encuentran en niveles que podrían inferir que los participantes presentan una condición adecuada en el CSF.

En cuanto a las participantes de sexo femenino, se presentan los siguientes resultados.

Tabla 11. Distribución de las variables del Componente de Salud Física en personas de sexo femenino. N=10. ARCCA. 2019

Variable	%	Mínimo – Máximo	DE
Salud General	51	37-67	10.07
Función Física	53.67	0-87	24.72
Rol Físico	49	20-75	14.49
Dolor Corporal	66	20-100	22.21

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

En relación con los datos anteriores, la salud general de las participantes se encuentra en un 51%, lo que supone que evalúan su propia salud como buena; además, presentan una función física con resultados de 53.67% lo cual sugiere que podrían ejecutar actividades físicas con pocas limitaciones.

Por el otro lado, reportan un dolor corporal con un promedio de 66%, lo cual infiere que podrían presentar muy poco dolor y limitaciones físicas a causa del dolor corporal; además, se podría inferir que estos componentes se encuentran en una condición adecuada. Sin embargo, la variable de rol físico presenta un 49%, de manera que se podría interpretar que el rol físico de las

participantes se encuentra en una condición inadecuada ya que refiere a problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.

Objetivo III: Describir el componente de salud mental en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.

Seguidamente se presentan los resultados que hacen referencia a los CSM, en donde los valores de evaluación van de 0 a 100, siendo considerado 0 como lo peor y 100 lo mejor.

Tabla 12. Distribución de las variables del Componente de Salud Mental en personas de sexo masculino. N=14. ARCCA. 2019

Variable	%	Mínimo – Máximo	DE
Rol Emocional	57.14	0-100	31.35
Vitalidad	63.21	35-100	18.04
Función Social	74.29	0-100	32.98
Salud Mental	71.43	48-100	16.67

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

Los CSM refieren a aspectos como vitalidad, en el cual los hombres presentan como resultado un 63.21%, lo cual refiere a que se sienten muy dinámicos y llenos la mayor parte del tiempo. Su función social presenta como resultado un 74.29%, que podría indicar que llevan a cabo actividades sociales normales con muy poca interferencia debido a problemas físicos y emocionales.

Así también, la salud mental de los participantes presenta como resultado un 71.4%, el cual apunta a que mantienen un sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma la mayor parte del tiempo y; por último, la variable de rol emocional presenta como resultado un 57% que incide a que presentan muy pocos problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales. Por tanto, se podría interpretar que estas variables se encuentran en una condición adecuada.

Por otro lado, las mujeres participantes presentan los siguientes resultados con respecto a los CSM.

Tabla 13. Distribución de las variables del Componente de Salud Mental en personas de sexo femenino. N=10. ARCCA. 2019

Variable	%	Mínimo - Máximo	DE
Rol Emocional	64	20-100	24.59
Vitalidad	45.50	0-75	22.79
Función Social	61	30-100	21.32
Salud Mental	64	12-96	21.99

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

Las participantes presentan una función social con resultados de 61%, este dato infiere a que participan en actividades sociales normales con muy poca interferencia debido a problemas físicos y emocionales. Así también, su salud mental presenta un 64% como resultado, lo cual incide que en ellas existe un sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma la mayor parte del tiempo.

Además, el rol emocional presenta como resultado un 64%, lo cual denota muy pocos problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.

De modo que, se podría suponer que las variables anteriores se encuentran en una condición adecuada; no obstante, la variable de vitalidad presenta una condición que podría considerarse como inadecuada con un resultado de 45.50%, lo cual apunta a que se sienten cansadas y exhaustas gran parte del tiempo.

Seguidamente, se presenta una comparación de los componentes de la CVRS de las personas participantes en el estudio.

Tabla 14. Comparación entre el Componente de Salud Física y el Componente de Salud Mental según sexo. N=24. ARCCA. 2019

Sexo	CSF	CSM	Mínimo - Máximo	DE
Femenino	54.92	58.63	18-87	15.74
Masculino	60.54	66.52	21-90	17.63

Fuente: Elaboración propia según los datos recolectados.

En relación con lo anterior, se podría incidir que los resultados obtenidos del cuestionario de CVRS indican que los hombres cumplen con una condición adecuada al presentar un promedio de 60.54% en los CSF y 66.52% en los CSM mientras que las mujeres cumplen con un 54.92% y 58.63% respectivamente, cuyos resultados también podrían inferirse como de condición adecuada.

Por lo tanto, los resultados del SF-36 según sexo señalan un mejor estado de la salud percibida en los hombres.

Capítulo V: Análisis de los resultados

5. Análisis de resultados

El análisis de resultados se realiza a partir de los objetivos de este trabajo de investigación, y culmina con las aproximaciones desde la disciplina enfermera.

Objetivo I: Identificar las características sociodemográficas de personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.

5. 1. Características sociodemográficas

El primer factor que se toma en consideración dentro de los datos sociodemográficos de la población en estudio es la nacionalidad y el lugar de procedencia, esto considerando que la cultura en ocasiones dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas debido a los comportamientos arraigados en las creencias y las tradiciones. Por lo tanto, la cultura es un determinante del estilo de vida de la persona, y este depende del contexto social en el cual se desenvuelve el individuo (Tobón, 2003).

En este caso, la nacionalidad del 100% de la muestra es costarricense; sin embargo, procedentes de diferentes provincias del país las cuales difieren culturalmente. Es posible encontrar en estas variables explicaciones sobre variantes en los estilos de vida y en las acciones que cada persona realiza en su vida cotidiana.

Sumado a lo anterior, el lugar de residencia permite conocer el acceso que poseen las personas a los servicios de salud y las herramientas con las que cuentan para subsistir. Por lo tanto,

el área geográfica donde residen las personas puede considerarse un factor beneficioso o perjudicial a la salud, debido a los componentes del entorno y su relación directa con la igualdad social.

Bien menciona la OMS (2019):

El lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y a nuestra posibilidad de tener una vida próspera (...) Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano. (p. 3)

Por esta razón, un aspecto importante a tomar en cuenta es el índice de desarrollo social, el cual según el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) (2017) en su resumen sobre el Índice de Desarrollo Social (IDS), el cual forma parte de un proceso orientado a “alcanzar una mayor calidad de vida de la población, mediante una sociedad más igualitaria, participativa e inclusiva, que garantice una reducción en la brecha que existe en los niveles de bienestar que presentan los diversos grupos sociales y áreas geográficas” (p. 2). Cabe mencionar que el IDS operacionaliza el acceso y disfrute de derechos básicos a partir de las siguientes dimensiones: económica, participación social, salud, educativa y de seguridad, lo cual es concomitante con la variedad de contextos en donde se adapta y actúa la Atención Primaria de Salud (APS) con el fin de fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud (OMS, 2007).

Según el cálculo del IDS 2017, la mayoría del total de distritos analizados de la provincia de Cartago integra el grupo de menor desarrollo relativo en relación con otras provincias. A pesar de que la muestra del estudio presenta participantes procedentes de diferentes partes del país, el 100% de la muestra reside en la provincia de Cartago, lo cual infiere a la necesidad de reforzar el acceso a redes formales de servicios de salud, nutrición apropiada y educación que garantice una adecuada CV en la población.

Ramírez, Vicente, López & Capdevila (2017) mencionan que las variables sociodemográficas influyen en el nivel de riesgo cardiovascular al que están expuestas las personas, esto con mayor influencia en personas de sexo masculino. Dicho aspecto es alusivo a la mayoría de los participantes en este estudio, en donde el 58.3% de la muestra corresponde a personas de sexo masculino; asimismo, este comportamiento ha sido documentado en otros estudios como el de Roselló, Guzmán & Bolaños (2001), en donde se evidencia un 76% de participación masculina en su estudio y se destacan mayores tasas de ECV en hombres.

Tras identificar que la mayoría de la muestra está compuesta por hombres, se confirma que no necesariamente las mujeres tienden a hacer mayor uso de recursos sanitarios u otras alternativas como PRC. No obstante, la Universidad de Costa Rica (UCR) & Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (s.f.) en el I^{er} Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica refieren que el mayor uso de los servicios de salud es empleado por mujeres, especialmente la población adulta mayor, esto a pesar de que se tiende a identificar una mayor presencia de conductas y factores de riesgo en hombres.

Aunado a lo anterior, aspectos relacionados con la edad contribuyen al riesgo de ECV ya que a mayor edad mayor es el riesgo; sin embargo, estudios como el de Fariñas et al. (2007) destaca que la edad no determina la recuperación de la CV en las personas con ECV.

Así también, se comprueba que las ECV son más predominantes en personas mayores de 45 años y, a pesar de que no se marca una diferencia significativa entre el promedio de edad entre los hombres y mujeres participantes, de igual forma se confirma que la prevalencia de enfermedades no transmisibles aumenta más en mujeres a medida que ascienden los tramos de edad, lo cual puede estar relacionado con los roles sociales en donde la mujer debe velar por su estado de salud para así poder cuidar de su familia.

...lo social sobre todo cuando se habla de roles de género, que son el conjunto de comportamientos previstos, esperados, típicamente apropiados y asignados a uno u otro sexo desde la cultura, en una sociedad y momento histórico específicos. A través del rol de género se prescribe cómo debe ser el comportamiento de un hombre y una mujer en la sociedad, en la familia, con respecto a todo: a su propio sexo, al sexo contrario, ante los hijos, incluyendo en ello determinadas particularidades personales atribuidas y aceptadas para cada uno de los sexos, así como los límites en cuanto al modo de desarrollar, comprender y ejercer toda su vida, incluyendo por supuesto la sexualidad, las relaciones sociales, etc. (Lugones & Ramírez, 2008, p. 21)

Bien mencionan las estadísticas de la CCSS (2015) que la mayoría de las ECV predominan en personas adultas mayores y en su mayoría hombres, lo cual pudimos demostrar en el estudio ya

que el promedio de edad fue de 67 años, presentando los hombres una edad promedio mayor (69 años) en comparación con las mujeres (64 años), estos datos pueden relacionarse con la creencia social de que las mujeres tienen mayor orientación a acciones preventivas a lo largo de su vida mientras que los hombres tienen un interés centrado en acciones curativas cuando concierne a su salud; por lo tanto, los hombres presentan mayores complicaciones con respecto a su salud a edades tempranas.

En cuanto a la relación sexo-CVRS, otros estudios como el de Fariñas et al. (2007) y Vilchez et al. (2015) muestran coherencia sobre diferencias relevantes y aspectos negativos en la CVRS según el sexo de la persona, en donde las mujeres tenían peor CV con respecto a los hombres. Cabe mencionar que existen factores extrínsecos e intrínsecos que pueden afectar la percepción que tienen las personas sobre su salud, según Álcazar (2018) entre estos factores se encuentran problemas emocionales, limitación de oportunidades, inclusive la aceptación y expresión de inconformidades y/o afecciones, estigmas y cuestiones de género, entre otros factores socialmente comunes. Asimismo, Tajer & Charask (2013) hacen referencia a aspectos psicosociales y culturales considerables en la determinación del riesgo coronario, los cuales comprenden exigencias sociales específicas y condiciones de vida.

Cabe mencionar que la distribución de la edad indica que la mayoría de los participantes de la muestra (37.5%) están por encima de la edad de jubilación con edades entre los 66 y 75 años, lo cual es consistente con que más de la mitad de la muestra sea pensionada (54.1%) y con otras variables como el estado civil ya que la mitad de la muestra está casada (50%) y una cuarta parte ha enviudado (25%).

En relación con lo anterior, Huenchuan & Guzmán (citados en Madrigal–Martinez, 2010) refieren que la persona adulta mayor experimentará cierta situación económica en función de sus características sociodemográficas y otros aspectos como su historia laboral, accesibilidad a sistemas de protección social, historia familiar, el contexto socio-político, entre otros. Por tanto, conforme progresan las etapas de envejecimiento aumentan las probabilidades de experimentar un deterioro económico debido a eventos típicos de este proceso como la jubilación o la viudez, ante esto podría generarse un impacto en la supervivencia de estas personas y consecuentemente en su CV. Así mismo, Barrantes (2010) respalda que el nivel socioeconómico y el estado civil de las personas son factores asociados al CSM de la CVRS.

Asimismo, Fúnez & García (2017) mencionan que el estado civil puede ser considerado un factor protector de la salud, por lo tanto, es de influencia positiva ya que la presencia de una pareja representa un soporte sociofamiliar que favorece la CVRS

Fúnez & García (2017) evidencian en su estudio que el estado civil y el apoyo psicosocial que este facilita está directamente relacionado con la CVRS y las dimensiones de rol físico (RF), rol emocional (RE), dolor corporal (DC), vitalidad (VT) y funcionamiento físico (FF). Aunado a esto, Ariza et al. (2010) destaca en su estudio que el estado civil afecta la CVRS sobre todo en la dimensión de salud general (SG), en otras palabras, tiene un mayor impacto en el CSM que en el CSF. De manera que se podría decir que los resultados en dichos estudios tienen concordancia con los hallazgos en esta investigación, en donde la mayoría de los participantes están casados y a grosso modo los valores obtenidos según las diferentes dimensiones de la CVRS son considerados buenos.

Por el otro lado, el nivel de escolaridad es un caso contrario al factor edad, ya que a menor nivel educativo aumenta el riesgo de desarrollar ECV. Cabe mencionar que la mayoría (87%) de la población participante no tiene o no concluyó sus estudios, lo cual Villarreal & Romo (2014) sugieren ser un factor importante en la presencia de la enfermedad en dicha población, pues un bajo nivel educativo ha sido relacionado con conductas desfavorables como mayor IMC, obesidad, consumo de cigarrillos, dieta rica en grasa y falta de ejercicio regular; además, el nivel de conocimientos sobre la enfermedad resulta indispensable para la anticipación de conductas protectoras en salud (Guerrero, Galán & Sánchez, 2017).

Un nivel educativo bajo guarda relación importante con la aparición de enfermedades no transmisibles, esto debido a su influencia en la capacidad que adquieren las personas no solo para obtener sino procesar y comprender información de primera mano considerada fundamental para la toma de decisiones en cuanto a su salud, lo cual por consiguiente afecta el desempeño de las personas con respecto a la prevención de la enfermedad, uso del tratamiento e inclusive su supervivencia.

García et al. (2010) en su estudio presenta evidencia de que la educación es un factor protector para la CV de las personas, en él se destacó que conforme aumentó la escolaridad de los individuos participantes mejoró significativamente la CVRS de estos, dicho impacto podría deberse a la existencia de competencias, valores y actitudes desarrolladas por el potencial educativo y a consecuencia la autoeficacia adquirida que permite abordar las implicaciones de la enfermedad y mejorar la percepción de su CVRS.

Así también, Castillo, Alvarado & Sánchez (2006) hacen referencia a diversos estudios que evidencian que factores socioeconómicos como el nivel educativo y el tipo de empleo influyen en el riesgo cardiovascular.

Por su parte, Rivera et al. (2017) y Loáisiga et al. (2008), en sus publicaciones hacen referencia al impacto que genera el tipo de trabajo, las tareas desempeñadas y el entorno laboral tanto en la salud de las personas como en la CVRS. El primer estudio destaca los riesgos psicosociales mientras que el segundo resalta las limitaciones generadas por estos factores en las personas con ECV.

Asociado a lo anterior, es sustancial hacer referencia a la situación laboral y económica, además de otras condiciones sociales desfavorables como el nivel educativo bajo ya que muchas veces de esto depende la CV en las personas. Estos aspectos pueden impactar la sobrecarga de actividades, horarios de trabajo y otras responsabilidades como la familia o pareja sentimental, entre otros.

Igualmente, López et al. (2015) refiere que la posición socioeconómica ubica a las personas dentro de la estructura de una sociedad que está sujeta a la medición de indicadores como la educación, ocupación, género, y demás dimensiones sociales, lo cual puede ser un factor determinante ya que a “medida que desciende el nivel socioeconómico, los indicadores son peores en todos los aspectos (acceso a servicios de salud, estilos de vida, morbimortalidad, etc)” (p. 28).

Por lo tanto, la información sobre las variables sociodemográficas es esencial considerando que la problemática de las ECNT y ECV es multidimensional. Según Guerrero et al. (2017) aspectos como la edad, el acceso a la atención e información de calidad, la información con la que cuentan o las fuentes de información, situación económica y laboral, entre otros aspectos, impactan las necesidades que presentan estas personas.

Con respecto al tipo de cardiopatía, en gran cantidad de los casos la información facilitada por la muestra no es lo suficientemente específica, lo cual puede relacionarse al bajo nivel educativo de las personas participantes e infiere a que la información facilitada a la muestra pudo no ser realmente comprendida y/o internalizada o que la información recibida pudo ser limitada para varias de las personas participantes.

Los resultados indican que los infartos corresponden a la mayor agrupación de casos por cardiopatía (37.5%), a pesar de que el infarto no es una cardiopatía sino un evento cardiovascular inesperado. Bien mencionan Sánchez, Bobadilla-Serrano, Dimas-Altamirano, Gómez-Ortega & González-González (2016), que los infartos “suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro (...) suelen tener su origen en la presencia de una combinación de factores de riesgo” (p. 99).

El Ministerio de Salud (2014) en el Análisis de la Situación de Salud de Costa Rica respalda los datos obtenidos en relación con los tipos de cardiopatías, las enfermedades isquémicas del corazón seguido por las enfermedades cerebrovasculares han sido las mayores causas de mortalidad por ECV. Dicho dato coincide con el estudio de Rodríguez, Amigo, Amigo & Castañeda (2010),

el cual menciona que la cardiopatía isquémica es de mayor incidencia en mortalidad por ECV, particularmente el infarto agudo de miocardio.

Es relevante mencionar que, tras la transición social y el desarrollo de los países las ECV han sufrido un impacto desproporcionado en los grupos sociales más desfavorecidos ya que representa una prevalencia en los FRCV. Por ende, las características sociodemográficas pueden influir en el cuidado de la salud cardiovascular debido a que determinan las condiciones de salud y de vida en las que viven las personas (López et al., 2015).

Evidentemente las características sociodemográficas están sujetas a múltiples factores que pueden afectar no solo la salud de las personas participantes sino también su percepción con respecto a la CVRS, desde factores socioculturales como la provincia de residencia, financieros como la ocupación, y personales como la edad, entre otros.

5. 2. Cuestionario SF-36 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Cabe destacar que el cuestionario SF-36 permite evaluar la percepción de las personas con respecto a su salud, lo cual evidencia diferentes circunstancias a las que podrían estar sujetas estas personas y, por consiguiente, el impacto que estas generan en su día a día y en su salud.

En este apartado se analizarán los hallazgos obtenidos en la aplicación del cuestionario SF-36 Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Para efectos de la interpretación de resultados Patiño et al. (2011) explica lo siguiente en relación con cada dimensión:

...los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud) (excepto para el DC, en el que un mayor puntaje significa una menor percepción de dolor); las ocho subescalas se resumen en dos componentes: físico (FF, DF, DC, SG) y mental (VT, FS, DE, SM), cuya calificación se expresa por medio de un valor normalizado, en el que 50 se considera un promedio adecuado en la evaluación de la salud. Además, en la literatura se informa la existencia de una diferencia clínica y socialmente significativa en los puntajes de los dominios de la CVRS cuando es de 5 puntos o más. (p. 240)

A partir de lo mencionado anteriormente y el contenido de las escalas del Cuestionario SF-36 descrito en la tabla 2, se procede a la interpretación de los resultados.

5. 2. 1. Componentes de Salud Física

Objetivo II: Describir el componente de salud física en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.

La primera escala del cuestionario hace referencia al CSF, el cual evalúa aspectos físicos vinculados a la CVRS, y como se mencionó anteriormente, comprende las dimensiones de función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC) y salud general (SG).

En relación con esta escala, la Academia Europea de Pacientes (EUPATI) (2018) define la salud física como un estado del organismo que va desde la ausencia de enfermedades hasta el estado

físico, y es fundamental para el bienestar general; además, se ve afectada por diversos factores como el estilo de vida, la biología humana, el ambiente y la asistencia sanitaria.

Así también, se aborda un concepto importante como lo es la actividad física del cual Escalante (2011) refiere que es “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un gasto energético mayor al existente en reposo” (p.1), cabe mencionar que este concepto difiere del ejercicio físico, ya que este último corresponde a “la actividad física planificada, estructurada y repetida, cuyo objetivo es adquirir, mantener o mejorar la condición física” (p.7). Por ende, la relación entre la actividad física y los estilos de vida son directamente proporcionales, ambos factores se van modificando conforme pasan los años, y es entonces que se podrían ver afectadas las capacidades y habilidades físicas, lo cual podría resultar en afectaciones a la salud que sin duda incrementan el problema de salud pública existente.

Por otro lado, la condición física relacionada con la salud fue definida en el Modelo de Toronto de Condición Física, Actividad Física y Salud como "un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas habituales de la vida diaria” (Escalante, 2011, p. 7); además, influye en la salud mental de las personas, su capacidad de respuesta ante imprevistos y su sentido de plenitud.

Los datos de esta investigación infieren que las personas participantes perciben que su salud física es entre regular y buena (58%); es decir, las dimensiones que componen el CSF revelan un leve deterioro físico.

Cabe mencionar que los resultados antes mencionados no están muy distantes del límite a un escenario contrario, considerando que los hombres reportan un 60.54% y las mujeres un 54.92%, presentando los hombres una diferencia significativa con respecto a las mujeres. Vílchez et al. (2015) en su estudio mixto anidado encuentra resultados similares, en donde los hombres con respecto a las mujeres participantes en el estudio presentan una mejor percepción referente al CSF.

Abordando de manera más específica los resultados obtenidos en esta investigación y las dimensiones del CSF, encontramos que la FF presentó mejores resultados en hombres (70.95%) que en mujeres (53.67%), lo cual infiere una diferencia importante entre las personas participantes con respecto a la percepción del como enfrentan las actividades diarias aquellas que requieren esfuerzos tanto vigorosos como moderados, y como estas actividades se ven afectadas por las limitaciones físicas derivadas de su salud. Es evidente que para las mujeres su FF ha sido considerablemente afectada mientras los hombres perciben escasas limitaciones.

En cuanto a la dimensión de RF, el valor general reportado por los hombres (57.86%) supone que su salud física genera leves complicaciones en el desempeño de actividades; no obstante, las mujeres presentan un mayor déficit en esta variable (49%) lo cual puede incidir a que perciban problemas más marcados en su desempeño y un bajo rendimiento al ejercer sus labores y actividades cotidianas, lo cual podría estar asociado a las limitaciones sujetas a la ECV.

En cuanto al DC, los resultados reportan un nivel favorable; sin embargo, las diferencias entre hombres (57.14%) y mujeres (66%) son muy marcadas, y de mayor impacto negativo en el

sexo masculino, dicho de otro modo, refleja que los hombres perciben un leve dolor que podría influir en sus limitaciones físicas.

Considerando el hecho de que la mayoría de la muestra está compuesta por personas adultas mayores (58.2%), cabe mencionar que el adulto mayor habita en un entorno en el cual coexisten aspectos positivos y negativos que pueden repercutir en su capacidad funcional, y estos pueden generar el incremento de susceptibilidades al desarrollo de enfermedades o inclusive accidentes que afecten su autonomía; de manera que debe existir un equilibrio favorable entre el entorno y la persona adulta mayor (Botero & Pico, 2007).

Silva, Pirela, Álvarez, Londoño & Alonso (2009) mencionan que:

Esta aptitud física débil y la dificultad en realizar las actividades diarias están relacionadas sin duda alguna con la edad avanzada de los individuos; sin embargo, el factor más decisivo para estas limitaciones funcionales deriva de las repercusiones y secuelas de la enfermedad estudiada. (p. 73)

En cuanto a la dimensión de SG, presentaron mejores resultados los hombres (56.19%) en comparación con las mujeres (51%), en ambos casos se evidencia que las personas participantes en este estudio evalúan su propia salud como buena, lo cual muestra el optimismo que tienen con respecto a su salud a futuro y su resistencia a enfermar, puesto que un gran número de participantes considera que su salud mejorará o se mantendrá más no empeorará ya que perciben que su salud ha mejorado en relación con el último año. Los resultados obtenidos en la dimensión de SG son

acordes con los encontrados en el informe de Hernández-Villafuerte et al. (2006), cuya población en estudio fue sana y de igual manera los hombres con 72% percibieron una mejor SG con respecto al 69% que presentaron las mujeres participantes.

Varios estudios como el de Pacci et al. (2011), García & Yudes (2015) y Vílchez et al. (2015) presentan resultados coherentes con los hallazgos de esta investigación. Morata & Domínguez (2007) por el contrario identifican y reportan en su estudio una discrepancia en la dimensión de SG, en donde esta no presentó mejora, sino que sus valores se mantuvieron similares al inicio y al final del PRC, lo cual sugiere que para estas personas el dolor era un aspecto limitante en su salud física.

En términos generales, esta investigación en conjunto con el de Morata & Domínguez (2007) y Pacci et al. (2011) evidencian mejoras significativas en la capacidad funcional de las personas y por ende en su CVRS tras un programa de RC.

5. 2. 2. Componentes de Salud Mental

Objetivo III: Describir el componente de salud mental en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.

La segunda escala del cuestionario hace referencia al CSM, el cual evalúa aspectos subjetivos o mentales vinculados con la CVRS, y como se mencionó con anterioridad se compone de las dimensiones de vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM).

En relación con esta escala, la OMS (2004) refiere que “la salud mental puede ser considerada como un recurso individual que contribuye a la calidad de vida del individuo y puede aumentar o disminuir de acuerdo con las acciones ejercidas por la sociedad” (p. 23), a pesar de que esta tiene cualidades universales se ve impactada según el individuo, sus experiencias, la cultura y demás contextos como la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad. Además, cabe mencionar que la problemática en relación con la salud mental es más predominante en poblaciones con relativa desventaja socioeconómica.

Según los hallazgos de este estudio, el promedio del CSM presenta valores por encima del CSF y supone que las personas participantes del sexo masculino (66.52%) presentan mejor salud mental que las del sexo femenino (58.63%). Sol-Pastorino, Vanegas-López & Florenzano-Urzúa (2017) mencionan que el impacto que tienen los roles de género en la salud mental es debido a un determinante estructural de la salud en donde hombres y mujeres, aún en la actualidad, están sujetos al cumplimiento de roles sociales diferentes y dependientes del contexto; además, por esta causa el sexo femenino está sujeto a un mayor impacto negativo. Cabe mencionar que los resultados obtenidos en relación con el CSM pueden estar parcialmente influenciados por el hecho de que la cantidad de hombres presentes en la muestra del estudio (14) sobrepasa la cantidad de mujeres (10).

Por otro lado, Cornachione (2006) menciona que la interacción social genera un impacto positivo en el individuo y por ende reduce la incertidumbre, favorece el control y estimula la autoestima. Por consiguiente, la interacción y contacto social producto de los PRC generan en el individuo una actitud positiva y una conducta orientada a la modificación de hábitos y estilos de vida a unos más favorables para su salud.

En relación con lo anterior y las variables del CSM, las variables tanto de FS y SM infieren que las personas participantes en el estudio perciben un bajo grado de interferencia en su vida social debido a sus problemas de salud, de manera que logran el control de su conducta y, se mantienen tranquilas y calmadas la mayor parte del tiempo.

De igual manera, la variable de RE, la cual evalúa el grado de problemas emocionales que interfieren en las diferentes actividades diarias que desempeña la persona, presenta resultados de nivel favorable en ambos sexos; sin embargo, las mujeres muestran una ventaja significativa (64%) en comparación con los hombres (57.14%), lo cual sugiere que los hombres perciben una leve afectación al efectuar sus actividades lo cual resulta en un menor rendimiento, disminución de la intensidad con la que se ejecuta la actividad y una reducción del tiempo dedicado a las actividades, entre otros resultados.

Es importante mencionar que el sentimiento de pérdida de salud y demás factores relacionados a ECV generan un incremento de condiciones de ansiedad y depresión, lo cual afecta las capacidades de afrontamiento y por ende el RE en el individuo (Botero & Pico, 2007).

Los resultados de esta investigación en las dimensiones de FS, SM y RE son coherentes con los hallazgos de Morata & Domínguez (2007) y Pacci et al. (2011), en donde de forma general se concluyó que los individuos participantes en ambas investigaciones mostraron valores favorables en estas variables; además, destacan el impacto de los PRC a pesar de que en ambos estudios el incremento en la dimensión de SM fue mínimo.

Por el otro lado, en cuanto a los hallazgos de este estudio y la dimensión de VT, las personas participantes del sexo masculino (63.21%) presentan un nivel de VT que sugiere que se sienten muy dinámicos casi todo el tiempo mientras los resultados de las mujeres (45.50%) infieren a que las participantes se sienten cansadas y exhaustas gran parte del tiempo. Estos resultados discrepan de otros estudios como el de Morata & Domínguez (2007) y Pacci et al. (2011), en donde en términos generales los individuos participantes reportaron un incremento significativo en esta variable.

Nitsche et al. (2014) menciona la participación significativa que tiene tanto la vitalidad emocional como la física en la salud cardiovascular, dichas variables están mediadas por los estilos de vida de las personas; por lo tanto, estos pueden reducir o incrementar el riesgo de ECV. Asimismo, indica que “la presencia de factores psicosociales positivos mejora la adherencia a tratamientos no farmacológicos y farmacológicos, lo cual reduce la necesidad de atención ambulatoria y hospitalización, la morbilidad cardiovascular y los costos de salud” (p. 19).

A grandes rasgos, el cuestionario SF-36 permitió la evaluación de la CVRS a partir de las diferentes dimensiones que comprenden tanto el CSF como el CSM. Los resultados obtenidos se encuentran entre valores regulares y buenos, lo cual supone que el impacto en su CVRS debido a su ECV fue percibido como leve; sin embargo, esto sugiere una percepción que puede estar sujeta a una activa participación en el PRC ARCCA, el estado de su ECV e historia clínica, las características sociodemográficas, entre otros factores que pudieron haber sido contemplados.

5. 3. Análisis desde la perspectiva disciplinar enfermera

Como se indicó en el marco teórico, es fundamental el abordaje de esta investigación desde la perspectiva disciplinar de Enfermería, la cual en este caso parte de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem en conjunto con aspectos emergentes del cuestionario SF-36.

Cabe mencionar que dicho cuestionario tiene como finalidad la evaluación de la CVRS, la cual es multidimensional por lo que cubre aspectos tanto físicos, emocionales, sociales, aspectos subjetivos de la satisfacción y percepción del individuo con respecto a su salud. Por ende, es esencial comprender el concepto de salud y diferentes postulados con respecto al mismo.

Guerrero & León (2008) mencionan que el concepto de salud ha estado sujeto a un proceso de evolución, el cual parte desde una visión reduccionista que es de enfoque negativo y corresponde a una relación directa con la ausencia de enfermedad. Con el pasar de los años y en relación con este obsoleto paradigma biológico se contemplaron y agregaron aspectos de la dimensión mental y social, de manera que el proceso evolutivo concluyó en una definición desde un paradigma biopsicosocial y de enfoque positivo que está conexo a la CV y al estado de bienestar del individuo.

Conforme a lo anterior, la OMS en su carta fundacional de 1948 establece el concepto universal de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” (p. 612), además, para promover equidad enfatizó en que este es un derecho inalienable de todo individuo sin distinción alguna. Sin lugar a duda la OMS estableció un concepto más integrador, que dio apertura a otros conceptos que comprenden

aspectos de carácter subjetivo y objetivo como el entorno, factores políticos y sociales, estilos de vida y desarrollo. De esta gama de conceptos emerge la concepción actual de la salud como un fenómeno dinámico, multicausal, social y multidimensional (OMS, 2007).

Por su parte, Orem (1983) también hace referencia al término de salud e indica que este debe “incluir aspectos psicológicos, interpersonales y sociales de la vida, así como el aspecto más corriente y atendido que es lo fisiológico (...) la salud es la responsabilidad de la sociedad y sus miembros individuales” (p. 157). Además, considera el estado de salud como un conjunto de componentes físicos, estructurales y funcionales que progresivamente se integran y van cambiando durante el desarrollo continuo del ser humano.

Por lo tanto, es necesario contemplar el crecimiento, desarrollo y funcionamiento humano con la estructura, e inclusive componentes psicofisiológicos para determinar el estado de salud de la persona y su desempeño en relación con este. Cabe mencionar que el cuestionario SF-36 integra aspectos del funcionamiento físico, funcionamiento mental y en sí, el estado de bienestar de la persona, de manera que permite evaluar de forma integral el impacto de la enfermedad en su vida.

La intervención de los profesionales en Enfermería parte de los diversos componentes antes descritos, ya que estos definen el estado de salud y la CV del individuo. Igualmente, esto es sustentado por la OMS (2019) la cual indica que “la enfermería abarca la atención autónoma” (p. 1); en concordancia, esto es efectuado a partir de variedad de teorías que sustentan la intervención de Enfermería, entre ellas la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, de la cual se hace referencia a continuación.

Esta teoría parte de diversas condiciones internas y externas relacionadas a la estructura y funcionamiento humano como los correspondientes a los requisitos universales; además, contempla procesos de desarrollo e inclusive alteraciones de la salud en la persona.

El concepto de Autocuidado se origina desde la práctica de la Enfermería y, según Orem (1983) se define como “la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar” (p. 55). Dichas actividades responden a la capacidad de supervivencia del individuo y a las prácticas habituales según la cultura a la que este pertenece; además, estas actividades están sujetas a aspectos internos y externos que interactúan entre sí y contribuyen a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo humano.

Por tanto, se procede al abordaje de los datos obtenidos en esta investigación partiendo de las características sociodemográficas de la población seguido por los CSF y los CSM, esto conforme a la integración de conceptos pertinentes al metaparadigma de la teoría del autocuidado y algunos de los requisitos que la conforman.

Cabe señalar que el ámbito social de las personas está sujeto a la influencia de diversos factores, entre estos los diferentes aspectos que comprenden las características sociodemográficas, lo cual tiene relación con circunstancias políticas y socioeconómicas.

De modo que las características sociodemográficas afectan directamente los requisitos universales de autocuidado, entre ellos: el mantenimiento de una ingesta suficiente de aire, agua y comida, los cuales pueden ser satisfechos mediante el consumo necesario para el funcionamiento adecuado del organismo y la producción energética, preservando la integridad de las estructuras

anatómicas y procesos fisiológicos, y por medio del disfrute de experiencias procurando no abusar del consumo (Orem, 1983).

Es preciso mencionar que los requisitos antes expuestos son inherentes a todo ser humano, por lo que el cumplimiento de estos se relaciona de manera directa con la integración de las condiciones internas y externas de un individuo y su salud.

Aunado a esto, Orem (1983) indica lo siguiente:

Los requisitos universales de autocuidado son comunes a todo ser humano durante todas las etapas del ciclo vital adaptadas a la edad, estado de desarrollo, factores ambientales y otros. Están asociados con los procesos vitales y con el mantenimiento de la integridad de la estructura humana y su funcionamiento. (p. 62)

Concorde a lo anterior e iniciando con el requisito de mantenimiento de una ingesta suficiente de aire, hay una estrecha relación con el lugar de residencia de los participantes. Barrientos (2010) menciona que la contaminación atmosférica ha incrementado a lo largo de los años afectando también a la provincia de Cartago; por tanto, cabe mencionar que la disminución de oxígeno es perjudicial para las personas; además, un ambiente contaminado puede generar el paso de partículas hacia el intersticio pulmonar lo cual puede generar una respuesta inflamatoria, que consecuentemente puede inducir una respuesta tóxica sistémica que podría comprometer la salud cardiovascular (Castillo et al., 2006).

Asimismo, la ocupación tiene influencia en los recursos económicos de los participantes y estos en la capacidad adquisitiva en diversos ámbitos, incluyendo la selección y adquisición de alimentos, lo cual es acorde a los requisitos de la ingesta suficiente de agua y comida. De manera que es relevante mencionar que el consumo de una dieta equilibrada es fundamental para la salud cardiovascular ya que genera una mejor prevención o manejo integral de la ECV y de sus factores de riesgo; por lo tanto, se recomienda el consumo abundante de frutas y verduras, cereales integrales, carnes magras, pescado y legumbres; por el otro lado, consumir muy poca sal y azúcar (OMS, 2019). Igualmente, la CCSS (2015) menciona que la ingesta de agua es considerada un factor protector de enfermedades no transmisibles, cuyo consumo también está asociado a conductas y estilos de vida del ser humano.

Los factores dietéticos que más influyen en el riesgo de manera adversa son las grasas saturadas de origen animal, las grasas trans, el sodio y el azúcar; mientras que los antioxidantes y la fibra dietética, inciden de una manera favorable en el riesgo cardiovascular, y debido a que estos nutrientes se encuentran distribuidos en los alimentos, se debe tener cuidado en la elección que se haga de cada uno y en la cantidad que se consuma. El exceso de peso y de grasa abdominal, así como la inactividad física también son factores de riesgo que favorecen la aparición de ECV. (CCSS, 2015, p. 53)

Aunado a lo anterior, la dieta afecta directamente el sistema gastrointestinal; además, bien menciona Guardia et al. (2013) que el estreñimiento es un problema de salud importante en las personas hospitalizadas e inclusive en aquellas personas con ciertas enfermedades debido al alto consumo de medicamentos farmacológicos como ocurre en el caso de la ECV; es decir, el

estreñimiento puede manifestarse por cambios biofísicos provocados por la ECV como por su tratamiento, por ende, se pueden presentar graves complicaciones como consecuencia del esfuerzo. Además, este aspecto también puede ser impactado por el deterioro de la movilidad física y la afectación psicosocial en el individuo.

el estreñimiento aparece más en mujeres que en hombres y aumenta con la edad, no siendo el envejecimiento su causa desencadenante, sino factores que pueden promoverlo tales como enfermedades crónicas, inmovilidad, condiciones neurológicas y psiquiátricas, el uso de medicamentos, nutrición inadecuada, etc. (Guardia et al., 2013, p. 28)

De manera que lo anterior se relaciona con la necesidad de mantener las condiciones internas y externas necesarias para la regulación de los procesos evacuatorios y de igual manera la acción de evacuación per sé, esto por medio de un cuidado higiénico de superficies y partes corporales, lo cual hace referencia al cuarto requisito universal del autocuidado que corresponde a la provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos (Orem, 1983). Cabe indicar que la alimentación saludable favorece el tránsito intestinal y reduce el estreñimiento.

Por otro lado, considerando el impacto que posee el género en la forma en que se autocuidan las personas y el papel que posee dentro de la colectividad, otro aspecto relevante es el sexo de las personas participantes, ya que este está sujeto a conductas impuestas por la sociedad e inclusive experiencias. Según Tobón (2003) “las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres” (p. 8). Por ello, existe una diferencia en la forma de brindarse cuidado según

el género del individuo ya sea que se analice de forma grupal o personal; pues, de ahí nace la importancia de conocer esa característica específica de la población.

De igual manera, el dato de la edad es trascendental ya que esta influye en la toma de decisiones y el autocuidado de las personas. Asimismo, Orem (1983) refiere que:

La edad de un paciente es un índice de las dimensiones de la salud y de ayuda que se precisan de la situación de enfermería. La estructura y funcionamiento humano, y el cuidado sanitario, varían con las etapas del ciclo vital, desde el período prenatal hasta la vejez. (p. 197)

Acorde al segundo de los requisitos para el autocuidado de desarrollo, el cual corresponde al suministro de cuidado o para prevenir de efectos nocivos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano y así mitigar o vencer dichos efectos, revela que se puede ver afectada la acción del autocuidado debido a limitaciones educativas, pérdida de cónyuges, cambios de residencia, problemas asociados con la posición social y la enfermedad. Además, cabe mencionar que “los requisitos para el autocuidado de desarrollo, o bien son manifestaciones especializadas de requisitos universales de autocuidado que han sido particularizados para procesos de desarrollo, o bien son requisitos nuevos derivados de una condición” (Orem, 1983, p. 69).

Sin duda, el impacto de los determinantes sociodemográficos, tanto los modificables como los no modificables pueden constituir un riesgo para el desarrollo de ECV, lo que constituye un

hecho de primera prioridad para el trabajo epidemiológico de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Es importante mencionar que las características sociodemográficas no modificables están directamente relacionadas con las acciones de autocuidado e influyen de manera indirecta en las costumbres y los estilos de vida de las personas, los cuales sí pueden ser modificados a favor de la salud. Con respecto a esto Orem (1983) refiere que “los requisitos de autocuidado universal y las maneras de satisfacerles pueden ser modificados por la edad, sexo o estado de desarrollo o salud del individuo” (p. 47).

En relación con los CSF y CSM, bien se explica anteriormente, que la ECV es la manifestación de la alteración de la salud de un individuo, lo cual es respaldado por Orem (1983) quien refiere que “las alteraciones de la salud pueden causar síntomas de enfermedad, enfermedad en sí y no poder funcionar normalmente” (p.72), estando estos efectos relacionados de manera directa e/o indirecta con la naturaleza de la alteración, e influyen en diversas decisiones de la persona.

Los resultados obtenidos en el estudio sugieren que existen limitaciones derivadas o relacionadas con la salud de las personas participantes, por lo tanto, es indispensable que la sociedad siga proveyendo ayuda a las personas necesitadas por medio de diversos planes de asistencia. Por lo tanto, Orem (1983) sugiere la selección de actividades que estimulen el movimiento físico y, que se identifiquen y aborden las necesidades para establecer el equilibrio

entre la actividad y el descanso, sin duda de igual manera es indispensable el descanso en el ser humano.

Así también, Orem (1983) propone la optimización del tiempo de las personas participantes, de manera que se logre invertir tiempo tanto en la ejecución de actividad física como en tiempo libre que permita el disfrute de actividades recreativas, descanso y horas sueño.

Indudablemente, la satisfacción eficaz de los diferentes requisitos de autocuidado, promueven condiciones humanas y ambientales ideales que previenen daños y otros estados patológicos, e inclusive contribuyen en la regulación de los existentes, como es el caso de los requisitos universales y de desarrollo. Además, a partir de la satisfacción de los requisitos de alteración de la salud se genera un control de la condición y/o enfermedad de la persona.

Orem menciona que la agencia de Enfermería “se complementa con la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y con la experiencia de llevar a cabo las medidas de autocuidado” (p. 112).

Así mismo, Amar et al. (2008) indica que la salud mental positiva contempla factores como la satisfacción personal, la actitud prosocial, el autocontrol, la autonomía, la resolución de problemas y actualizaciones; además, habilidades de relación interpersonal. Dichos factores están sustentados en el sexto requisito universal propuesto por Orem (1983), el cual corresponde al mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la comunicación social. Por lo tanto, el impacto del CSM puede deberse a varias características en función de lo que indica la teoría de Enfermería.

Como parte del análisis, es importante contemplar el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, ya que “proporciona condiciones esenciales para los procesos de desarrollo, en los cuales se adquieren conocimientos, se forman valores y esperanzas y alcanza una medida de seguridad y realización” (Orem, 1983, p. 66).

Orem (1983) refiere que:

Tal tipo de persona es un buen regulador si sus acciones de autocuidado causan condiciones internas y externas necesarias para el mantenimiento de los procesos vitales y las condiciones ambientales que apoyan a dichos procesos, a la integridad de la estructura y funcionamiento humano y a los procesos de desarrollo humano. (p. 163)

Para el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la comunicación social, Orem (1983) sugiere fomentar y brindar las condiciones para generar lazos de afecto y amistad, y promover la autonomía individual y la asociación en grupo. Por lo tanto, las personas deben ajustar a su rutina espacios de esparcimiento y/o tiempo libre que permita el ejercicio de actividades de su agrado, así como momentos que les permitan promover o establecer relaciones interpersonales.

Orem (1983) sugiere en su sétimo requisito universal la prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano, el cual “contribuye al mantenimiento de la integridad humana y, por tanto, a la promoción eficaz del funcionamiento del desarrollo humano” (p. 66).

Para cumplir con este requisito se requiere un compromiso del individuo para con su salud, de modo que la persona esté atenta a probables cambios en su salud, se adhiera a conductas preventivas de manera que se protejan de situaciones nocivas aun cuando no pueda evitarse el peligro, e inclusive controlen esas situaciones nocivas de modo que pueda eliminarse aquello que represente un riesgo o atente contra el bienestar (Orem, 1983).

Los datos evidencian la necesidad de continuar con una agencia de autocuidado efectiva, esto considerando la alteración de su salud que con el transcurso de la vida de los participantes ha resultado en una ECV e inclusive ECNT que indudablemente han impactado la CVRS, cuyas variables presentan desviaciones importantes indiferentemente del sexo de las personas participantes.

Se considera que el impacto en el autocuidado de estas personas es bajo debido a que ya son personas cardiópatas; no obstante, el abordaje de este podría evitar otras implicaciones negativas y de gran impacto en su salud.

Bien indica Orem (1983) que “la Enfermería es un servicio de ayuda” (p. 79), el cual se ejerce bajo una base de conocimientos científicos, habilidades técnicas y juicio clínico para suministrar una intervención multisectorial y multipersonal de manera eficaz y acorde a las necesidades encontradas en el individuo y partiendo de un enfoque holístico en el cual se contempla a la persona, su comportamiento, el significado de sus experiencias, su condición física y mental, entre otros aspectos, con el fin de impulsar al ser humano al empoderamiento de su salud y, por ende, se mejore su autocuidado y acreciente su CVRS.

En resumen, algunos de los requisitos de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem se entrelazan con los hallazgos obtenidos en esta investigación. Para una mejor integración de los conceptos y su vinculación se presenta la siguiente tabla.

Tabla 15. Vinculación entre los elementos de la teoría del autocuidado con respecto a los hallazgos del cuestionario SF-36

Elementos de la teoría del autocuidado según Dorothea Orem	Descripción de los hallazgos
<p>La salud se compone de aspectos psicológicos, interpersonales, sociales, componentes físicos, estructurales y funcionales que progresivamente se integran y van cambiando durante el desarrollo continuo del ser humano (Orem, 1983).</p>	<p>Tanto la salud del ser humano como su percepción de la salud puede ser impactada de manera positiva o negativa por diversos factores a los que ha estado y está expuesto el individuo, sean estos internos como su salud física y mental o externos como los sujetos a características sociodemográficas y las implicaciones que le atañen, los cuales indudablemente influyen en sus diferentes procesos de adaptación.</p>
<p>Los requisitos universales del mantenimiento de una ingesta suficiente de aire, agua y comida refieren a que se tomen las cantidades necesarias para el funcionamiento normal del ser humano, esto en función de factores</p>	<p>Respirar, comer, beber son acciones vitales que pueden estar sujetas a aspectos perjudiciales para las personas con ECV, pues la no satisfacción adecuada de estas necesidades y en función de la condición de salud del</p>

<p align="center">Elementos de la teoría del autocuidado según Dorothea Orem</p>	<p align="center">Descripción de los hallazgos</p>
<p>externos e internos, y procurando así la preservación de la integridad humana y el disfrute de experiencias vitales como lo son el respirar, comer y beber con medida (Orem, 1983).</p>	<p>individuo, puede resultar en una respuesta tóxica que podría comprometer su salud o por el otro lado, se supone podría generar la prevención o manejo integral de la ECV y de sus factores de riesgo.</p> <p>Se infiere que el alcance adecuado de las necesidades del ser humano está influenciado por factores socioeconómicos que se asocian a una capacidad adquisitiva de recursos.</p>
<p>El requisito universal de provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal colabora a la generación y mantenimiento de condiciones internas y externas necesarias para la regulación de procesos evacuatorios (Orem, 1983).</p>	<p>La ECV puede verse impactada por varios factores afines a estilos de vida no saludables, tratamientos, comorbilidades y/o condiciones fisiológicas como es el caso del estreñimiento, debido a que pueden causar de forma concomitante diversas complicaciones orgánicas que arremeten contra la salud cardiovascular.</p>
<p>El requisito universal de equilibrio entre actividades y descanso sugiere la selección de actividades que estimulan y equilibran el movimiento físico, las respuestas afectivas, el</p>	<p>Las personas con ECV pueden percibir varias alteraciones que impactan su funcionamiento físico y por ende su CVRS, generando así limitaciones en su rendimiento al ejercer</p>

<p align="center">Elementos de la teoría del autocuidado según Dorothea Orem</p>	<p align="center">Descripción de los hallazgos</p>
<p>esfuerzo intelectual y la interacción social al reconocer y atender las manifestaciones necesarias en la salud física de las personas (Orem, 1983).</p>	<p>actividades físicas de la vida cotidiana, dolor, secuelas físicas e inclusive podrían influir en las perspectivas de su salud a futuro.</p> <p>Tras la trascendental evaluación del CSF del SF-36 en esta investigación, se infiere que participantes perciben su salud física como buena, lo cual puede estar asociado a los diferentes mecanismos de adaptación y rehabilitación brindados por ARCCA.</p>
<p>El requisito universal de equilibrio entre soledad y la comunicación social está orientado al mantenimiento del nivel y equilibrio de la autonomía del ser humano y de sus relaciones sociales fomentando así su funcionamiento eficaz, consecuentemente, el desarrollo continuo del individuo y su adaptación (Orem, 1983).</p>	<p>Las ECV y sus secuelas también conllevan alteraciones al CSM, pues impactan sentimientos de energía y vitalidad, cansancio y agotamiento, vida social, entre otros problemas emocionales que interfieren en la vida cotidiana del ser humano. Los resultados suponen que las personas participantes perciben su salud mental como buena, e inclusive mejor que su salud física, lo cual también podría asociarse a herramientas de adaptación facilitadas por ARCCA.</p>

<p align="center">Elementos de la teoría del autocuidado según Dorothea Orem</p>	<p align="center">Descripción de los hallazgos</p>
<p>El requisito universal correspondiente a prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano está dirigido a la actuación para prevenir infortunios acontecimientos y, eliminar peligros al bienestar o a la vida del individuo.</p>	<p>Se infiere que los PRC tienen como fin promover condiciones humanas ideales en aras de prevenir daños y otros estados patológicos, e inclusive contribuyen en la regulación de los existentes, generando así un control de la condición y ECV de sus participantes.</p>
<p>El segundo de los requisitos de desarrollo corresponde al suministro de cuidado para prevenir de efectos nocivos las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano o para mitigar o vencer dichos efectos que resultan de diferentes condiciones como la privación de educación, pérdida de parientes o posesiones, posición social, enfermedad, entre otros (Orem, 1983)</p>	<p>Los determinantes sociodemográficos, tanto los modificables como los no modificables constituyen un riesgo para el desarrollo de ECV, especialmente aquellos sujetos a comportamientos adquiridos a lo largo de la vida, puesto que influyen indirectamente en las costumbres y los estilos de vida, que por consiguiente moderan las acciones de autocuidado.</p>
<p>El requisito de alteración de la salud va dirigido a alguna patología, daño o enfermedad al tratar los efectos y resultados de la condición del individuo, mediante medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, de manera que el ser humano aprenda a vivir con los efectos o</p>	<p>A pesar de que las personas participantes poseen ECV y los resultados sugieren la influencia de aspectos socioeconómicos, se destaca que la percepción que tienen sobre su salud física y mental se encuentra entre regular y buena, lo cual podría asociarse a mecanismos</p>

Elementos de la teoría del autocuidado según Dorothea Orem	Descripción de los hallazgos
la condición de su salud, y se fomenta el desarrollo personal continuo (Orem, 1983).	o herramientas de adaptación como los PRC que generan la obtención o mantenimiento de niveles óptimos de salud.

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo VI: Conclusiones

6. Conclusiones

- Tras el análisis de los datos recolectados y la revisión bibliográfica, se determina que el nivel de la CV en personas que reciben RC en ARCCA es favorable según lo que refiere el CSF y el CSM.
- A partir de la evidencia y los resultados obtenidos en este estudio, se determina que las características sociodemográficas influyen de manera directa, ya sea de forma positiva o negativa sobre las diferentes dimensiones de la salud cardiovascular y la CVRS de las personas.
- El nivel de escolaridad es considerado un factor protector en la salud y CVRS de las personas, de manera que puede influir en el desarrollo de ECV, pese a que la mayoría de las personas participantes en este estudio presenta baja escolaridad, esto no determina la incidencia de ECV ni delimita la percepción que tienen las personas sobre su CV.
- La población de estudio se encuentra entre las etapas de adultez intermedia y tardía, de manera que fue esencial el análisis de la edad en esta investigación, debido a que este puede ser un factor concomitante con la condición de salud de las personas e inclusive con la aparición de diversas enfermedades como es el caso de las ECV, ya que esta predispone a la aparición de ECNT debido al deterioro funcional, biológico y social que puede surgir en el individuo conforme avanza en edad; es decir, a mayor edad mayor riesgo de ECV, especialmente en personas mayores de 60 años.

- La mayoría de las personas participantes de este estudio son pensionadas lo cual indica la existencia de cierto poder adquisitivo que podría favorecer su CVR; sin embargo, la ocupación de las personas puede ser un factor determinante en la aparición de ECV, su tratamiento e inclusive su recuperación.
- La mayoría de las personas participantes en esta investigación están casadas, lo cual podría ser un factor favorable en el proceso de recuperación y supervivencia de personas con ECV, ya que representan una red de apoyo constante.
- A pesar de que existe evidencia de que la incidencia de ECV es mayor en hombres, los resultados obtenidos tanto en el CSF como en el CSM indican una mejor puntuación en hombres que en mujeres, de modo que no se podría asociar el sexo masculino con un estado de salud deficiente.
- El CSM presentó mejores resultados con respecto al CSF, lo cual evidencia que las ECV generan mayor afectación en las dimensiones de la CVRS directamente relacionadas con la funcionalidad física de las personas, cuyo aspecto podría vincularse al proceso gradual de envejecimiento y al decremento de capacidades físicas que este conlleva.
- El uso del cuestionario SF-36 es trascendental y de conveniencia metodológica ya que cuenta con debida valoración nacional e internacional que ampara sus resultados; además, sus indicadores empíricos permiten a los profesionales en Enfermería identificar necesidades y crear diagnósticos a partir de los cuales puede intervenir desde diferentes

actividades según las taxonomías. En el caso de esta investigación, permitió medir de forma integrada aspectos tanto objetivos como subjetivos con respecto al impacto de la ECV en las personas participantes y la percepción de su salud a fin de promover el cuidado integral del ser humano.

- Es de suma relevancia la incorporación de Teorías de Enfermería en el actuar como profesionales, tanto en beneficio propio como de la intervención enfermera que se ejerce. Estas teorías proporcionan fundamento científico a la investigación, la cual es uno de los ejes principales de Enfermería y permite la mejora continua del quehacer diario.
- Los hallazgos de esta investigación surgen de estrictos y sistemáticos procesos de investigación que generan un aporte importante a la disciplina, ya que facilitan el desarrollo de intervenciones específicas de Enfermería para este tipo de población; además, brinda a la disciplina información relevante para la iniciación de nuevas investigaciones.
- El profesional en Enfermería ejerce un papel fundamental en la práctica, pues proporciona herramientas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, e indiferentemente del contexto cuenta con los recursos necesarios para intervenir con fundamento científico en áreas clínicas, administrativas, educativas, sociales, políticas y de investigación; por ende, resulta ser una pieza importante inclusive en PRC.

Capítulo VII: Recomendaciones

7. Recomendaciones

ARCCA

- Establecer y explotar el recurso que brinda la Universidad de Costa Rica y la Escuela de Enfermería, con respecto a Trabajos Finales de Graduación, Trabajos Comunales Universitarios y profesionales en diferentes áreas, aunque este es un recurso que se evidenció es utilizado, se puede implementar aún más mediante la articulación, resultando en gran beneficio para la comunidad.
- La salud física es de suma importancia no solo para la prevención sino también para preservar o mejorar la salud. La actividad física diaria es conveniente; no obstante, lo idóneo es aplicar ejercicios ya que son considerados factores protectores de la salud física, mental y social, preferiblemente intensos, de fuerza y resistencia aeróbica, para favorecer la salud cardiovascular.
- Contemplar la Guía para la prevención o manejo de enfermedades cardiovasculares de la CCSS, para ejecutar planes de ejercicio y actividad física según la edad, las mismas pueden ser utilizadas en personas con discapacidades mientras sean adaptadas en función de la capacidad, riesgos y/o limitaciones de las personas.
- Considerar las recomendaciones que brinda la CCSS para el abordaje de afecciones psicosociales y el beneficio de la salud, ya que las intervenciones psicológicas son una

medida importante para tratar de contrarrestar el impacto psicosocial que viven las personas con ECV, y consecuentemente, promover un estilo de vida saludable. Entre ellas: sesiones individuales o grupales de asesoramiento sobre los factores psicosociales de riesgo y la forma de sobrellevar la enfermedad, terapia cognitivo-conductual, programas de intervención individual y convencional para reducir el riesgo, terapias conductuales en grupo, intervenciones conductuales multimodales y, promover la autonomía y el control.

Ministerio de Salud Cartago

- Considerando que el cliente principal del Ministerio de Salud es la comunidad y el hecho de que las ECV son un problema de salud pública, la Rectoría en conjunto con su Equipo de Formulación de Estrategias en Salud u otras unidades, podría fortalecer y/o coordinar con los principales actores sociales del cantón el apoyo necesario para abordar acciones que promuevan la salud física y la salud mental de asociaciones como ARCCA.

Escuela de Enfermería-UCR

- Se sabe que las ECNT son un problema serio de salud pública y en la actualidad una de las prioridades del sistema de salud costarricense, que además infieren de condiciones progresivas y asintomáticas; por esta razón, se recomienda implementar en la Escuela, ya sea de forma independiente o en conjunto con la Oficina de Bienestar y Salud (OBS) y otras disciplinas, un programa, proyecto o estrategia anual o semestral, orientada a fortalecer los componentes de la CVRS a partir de intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de

enseñanza, entre estas talleres, conferencias, campañas de salud física y mental, entre otras. Esto con el afán de mitigar afecciones físicas, sociales, conductuales y emocionales que atañen a la población universitaria, docentes e inclusive al personal administrativo; asimismo, dichas intervenciones pueden ser recopiladas para efectos de investigación. El impacto de esto podría generar un mejor desempeño, condición física y estado mental en estas personas, lo cual inclusive podría extenderse a nivel nacional.

Reconocimiento de limitaciones

Reconocimiento de las limitaciones

Al momento de la sistematización de los datos se identificaron algunos cuestionarios con ítems sin respuesta; por lo tanto, se procedió a revisar en detalle las respuestas de la dimensión específica en cada uno de esos cuestionarios para así establecer un promedio o estimación psicométricamente correcta de dichos ítems. En el caso de que no se lograra establecer un promedio se dejó el ítem en 0 por respuesta.

Bibliografía

- Academia Europea de Pacientes [EUPATI]. (2018). *Salud física*. Recuperado de <https://www.eupati.eu/es/glossary/salud-fisica/>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9, 93-107. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf
- Alcázar, J. (2018). *Calidad de vida relacionada con la salud en personas sobrevivientes de cáncer que asisten a la Fundación Calidad de Vida para personas con Cáncer (FUNCAVIDA), San Ramón de Alajuela, 2018*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San Ramón, Alajuela
- Alonso, J. (2000). Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Institut Municipal d' Investigació Mèdica. Recuperado de http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
- Alvarado, A. M. & Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2). doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A. M. & Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo. *Suma Psicológica*, 15(2). Bogotá, Colombia. doi: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2008.45>
- Araya, V. & Trejos, A. (2014). Rehabilitación cardiaca. *Revista Costarricense de Cardiología*, 16(2). Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422014000200003

- Araya-Marín, N., Barrantes-Valverde, K., Fernández-Castro, M., Rodríguez-Rodríguez, M. & García-Castro, J. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de Costa Rica. *InterSedes*, 18(38). doi: <http://dx.doi.org/10.15517/isucr.v18i38.32670>
- Ardila R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(02), 161-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Ariza, K., Isaza, P., Gaviria, A. M., Margarita, J., Vinaccia, S., Alvarán, L. (...), Darío, J. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico – LES. *Terapia psicológica*, 28(1). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100003>
- Barrantes, M. (2010). Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Revista Médica Herediana*, 21(3). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000300003
- Barrantes, F. & Salas, D. A. (2016). Sobrevida y calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica egresados de una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel. *Revista Costarricense de Cardiología*, 18. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v18n1-2/1409-4142-rcc-18-1-2-00013.pdf>
- Barrientos, Z. (2010). Contaminación atmosférica en la meseta central de Costa Rica. *Biocenosis*, 23(1). Recuperado de https://www.uned.ac.cr/ecen/images/catedras/07-barrientos-contaminacion_web.pdf

- Badia, X. & Lizán, L. (2003). Estudios de Calidad de Vida. En Z. Martín & P. Cano (5ta Ed), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (pp. 250-261). España: Elsevier. Recuperado de www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/.../II_EMF_193-204.pdf
- Báez, L. P., Camacho, P. A., Abreu, P., Arenas, I. C. & Jaimes, G. (2006). La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 13(2). Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332006000500009
- Barrantes, R. (2013). Investigación: un camino al conocimiento. Un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto. Costa Rica: EUNED.
- Berbiglia, V. A. & Banfield, B. (2011). Teoría del déficit de autocuidado. En M. Raile & A. Marriner, (Ed), *Modelos y Teorías, 7ed.* Barcelona: Elsevier.
- Berkman, L. F. (2005). Importancia de la condición social en la salud cardiovascular. *Editorial de Circulation*, 111(23), 3022-3024. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=55617>
- Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B. & Erb, G. (2008). *Fundamentos de Enfermería, I.* Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Botero, B. E. & Pico, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf
- Caja Costarricense de Seguro social. [CCSS]. (2011). *Vigilancia de los factores de riesgo Cardiovascular.* San José, Costa Rica. Recuperado de www.binasss.sa.cr/informesdegestion/vigilancia.pdf

- Caja Costarricense de Seguro social. [CCSS]. (2012). *CCSS ofreció 1.010.634 atenciones por enfermedades cardiovasculares en el 2011*. [Blog]. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-ofrecio-1-010-634-atenciones-por-enfermedades-cardiovasculares-en-el-2011>
- Caja Costarricense de Seguro social. [CCSS]. (2015). *Guía para la prevención de enfermedades cardiovasculares*. San José, Costa Rica. Recuperado de www.binasss.sa.cr/cardiovasculares.pdf
- Caja Costarricense de Seguro social. [CCSS]. (2016). *CCSS inyecta recurso humano y equipos para enfrentar enfermedades cardiovasculares en Guanacaste*. [Blog]. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-inyecta-recurso-humano-y-equipos-para-enfrentar-enfermedades-cardiovasculares-en-guanacaste>
- Caja Costarricense de Seguro social. [CCSS]. (2017). *CCSS arremete contra enfermedades cardiovasculares*. [Blog]. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-intensifica-acciones-contra-las-enfermedades-cardiovasculares>
- Cano, R., Alguacil, I. M., Alonso, J. J., Molero, A. M. & Miangolarra, J. C. (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista Española de Cardiología*. 65(01), 72-79. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida/articulo/90073500/>
- Carballal, A. (2015). *Eficacia de la rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica. Y el rol de la enfermería*. (Tesis fin de grado). Universidad del País Vasco, España.

- Carmona-Meza, Z. & Parra-Padilla, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*, 31(3), 608-620. Barranquilla, Colombia. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf
- Castillo, L. M. Alvarado, A. T. & Sánchez, M. I. (2006). Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. 15(28). *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15(28). Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-1429200600010000
- Ceballos, P.A., Vílchez-Barboza, V. & Valenzuela-Suazo, S. (2016). Propuesta de enfermería con terapias complementarias para el abordaje de riesgos psicosociales a nivel laboral. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 30, 1-18. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22206>
- Cid, P., Merino, J. M., & Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica Chile*, 134(12), 1491-1499. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001200001>
- Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica. (2011). *Política Nacional de Enfermería 2011-2021*, (1ra ed). San José, Costa Rica. Recuperado de https://www.enfermeria.cr/.../Politicass_de_EnfermeriaEdicion1.pdf
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (2011). Reglamento a la Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. *La Gaceta*, (245). Costa Rica. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=73297&strTipM=FN
- Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica. (1980). Reglamento de trabajos finales de graduación. *Universidad de Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de

http://www.cu.ucr.ac.cr/uploads/tx_ucruniversitycouncildatabases/normative/trabajos_finales_graduacion.pdf

Cornachione, M. A. (2006). *Psicología del desarrollo. Vejez: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba, Argentina: Brujas.

Cunha, M. (2008). Calidad de vida y diabetes: Variables psico-sociales. *Instituto Politécnico de Viseu*. Viseu, Portugal. Recuperado de https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/380/1/Calidad_de_vida_y_diabetes.pdf

Dávalos, M. L. (2007). Determinantes de la Salud. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Diagn%C3%B3stico%20de%20salud.%20Los%20determinantes%20de%20la%20salud.pdf>

Del Río, G. & De Dios, J. A. (2014). Prevención cardiovascular y promoción de salud. *Medisan*, 18(2). Santiago de Cuba. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200020

Escalante, Y. (2011). Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400001

Evans, R., Perez, J. & Bonilla, R. (2016). Análisis de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Costa Rica: Incorporar el enfoque de capacidades para evaluar las equidades en Costa Rica entre los años 1920-2009. *Archivos de cardiología de México*, 86(4). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2016.05.009>

Fariñas, M. J., García, E. G., García, N. M., Gutiérrez, M., Rivada, B., Fernández, M. J. & Diz, J. C. (2007). Estudio observacional de calidad de vida en cirugía cardíaca. *Enfermería en Cardiología*. 42-43. Recuperado de <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4302.pdf>

- Fúnez, M. & García, M. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en los militares españoles. *Sanidad Militar*, 73(4). doi: <http://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712017000400002>
- Gallardo, M. F. (s.f.). Salud en Costa Rica: Incorporar el enfoque de capacidades para evaluar la equidad. *Decimosexto Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. San José, Costa Rica.
- García, R., Hernández, M., Varona, P., Chang de la Rosa, M., Bonet, M. & Salvador, S. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en el país, 2001. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100006
- García, H. I., Vera, C. Y. & Lugo, L. H. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 26-39. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a04.pdf
- García, P. & Yudes, E. (2015). Rehabilitación Cardíaca: Revisión Bibliográfica del Impacto en la Capacidad Funcional, Mortalidad, Seguridad, Calidad de vida, Factores de riesgo y Reinserción laboral. *Enfermería en Cardiología*, XXII(65). Recuperado de https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/65_06.pdf
- Gómez, L. A. (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica*, 31(4). Bogotá. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v31i4.626>
- Gorrita, R. R., Ruiz, Y., Hernández, Y. & Sánchez, M. (2015). Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000200002

- Gorgas, J., Cardiel, N. & Zamorano, J. (2011). Estadística Básica para estudiantes de ciencias. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de https://webs.ucm.es/info/Astrof/users/jaz/ESTADISTICA/libro_GCZ2009.pdf
- Guardia, M., Amo, J., Serrano, J. L., Rovira, I., Vélez, Y. & Ponsatí, A. (2013). Protocolo de actuación frente al estreñimiento en el paciente cardiológico. *Enfermería en Cardiología*, XX(60). Recuperado de https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/60_05.pdf
- Guerrero, L. & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
- Guerrero, R., Galán, S. & Sánchez, O. (2017). Factores sociodemográficos y psicológicos asociados al autocuidado y la calidad de vida en adultos mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 158-167. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/acp/v20n2/es_0123-9155-acp-20-02-00168.pdf
- Hernández-Villafuerte, K., Xirinachs-Salazar, Y., Morera, M., Aparicio, A., Barber, P. & Vargas, J. R. (2006). Una medida de calidad de vida relacionada con la salud: valores poblacionales de referencia para Costa Rica, 2006. *Decimotercer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. Recuperado de <http://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/196>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación (4ta ed). México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación (5ta ed). México: McGraw-Hill.

- Hernández, K., Xirinachs, Y., Morera, M., Aparicio, A., Barber, P. & Vargas, J. (2006). Una medida de calidad de vida relacionada con la salud: valores poblacionales de referencia para Costa Rica. *Decimotercer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan030247.pdf>
- Herrera, E., Céspedes, V. M. & Flórez, M. L. (2014). La enfermería y el cuidado para la salud cardiovascular: análisis de concepto. *Avances en Enfermería*, XXXII(1), 147-153. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a15.pdf
- Hurtado, J. (2010). Metodología de la investigación: guía para una comprensión holística de la ciencia (4ta ed). Caracas: Quirón Ediciones.
- Hütt, E. & Salas, J. (2015). Rehabilitación Cardíaca para el Médico General. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 5(2). Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2015/ucr152f.pdf
- Instituto nacional de estadística y censos. [INEC]. (2017). Anuario Estadístico. Recuperado de http://www.inec.go.cr/anuario-estadistico?document_year=2015+-+2017
- Lema, L. F., Salazar, I. C., Varela, M. T., Tamayo, J. A., Rubio, A. & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88. Recuperado de <https://www.uss.cl/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Comportamiento-y-salud-de-los-j%C3%B3venes-universitarios-Satisfacci%C3%B3n-con-el-estilo-de-vida.-Pensamiento-psicol%C3%B3gico..pdf>
- Loáisiga, H., Benavides, A., Bolaños, M., Ortiz, L., Vega, R. & Brenes, T. (2008). Calidad de vida de los pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca del hospital San Vicente de Paúl en Heredia. *Revista costarricense*

de *cardiología*, 10(1-2). Recuperado de
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422008000100002

López-González, A. A., Bennasar, M., Taulerb, P., Aguilob, A., Tomás, M. & Yánez, A. (2015). Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 27–36. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.004>

Lugones, M. & Ramírez, M. (2008). Lo social y lo cultural. Su importancia en la mujer de edad mediana. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(1). Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100004

Madrigal–Martínez, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de Población*, 16(63). Recuperado de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005

Mena, A., Arrieta, C., y Quesada, P. (2012). *Mediación Pedagógica desde Enfermería para Favorecer el autocuidado en niños y niñas con procesos Oncológicos y sus familiares Que asisten al Albergue de la Asociación Lucha contra el Cáncer Infantil (A.L.C.C.I), Durante el año 2012*. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN]. (2017). *Índice de Desarrollo Social (IDS)*. San José, Costa Rica. Recuperado de
<https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/LOGWBZnfRceDJjpxwm7zFQ>

Ministerio de Salud. (2014). *Estrategia nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad y su plan de acción*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/planes-estrategicos-institucionales/3487-estrategia-ecnt/file>

Ministerio de Salud. (2014). *Análisis de la Situación de Salud de Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>

Miró, E., Cano, M. C. & Buela, G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14(1), 11-27. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3245867>

Mora, R. (2011). *Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad*. Barcelona, España: Elsevier.

Morales, M.^a I., Pacheco, V. & Morales, J. A. (2016). Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico. *Enfermería Global*, 15(44). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400009

Morales, R. & Flores, L. M. (2016). Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. *Avances en Enfermería*, 34(2). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

- Morán, G. & Alvarado, D. G. (2010). *Métodos de Investigación* (1ra ed). México: Pearson Educación.
- Morata, A. B. & Domínguez, A. (2007). Calidad de vida tras un programa de rehabilitación cardíaca. *Rehabilitación*, 41(5), 214-219. doi: [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(07\)75520-2](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(07)75520-2)
- Moreno-Rangel, L. M., Osorio-Gómez, L., Forero, C. & Camargo-Figuera, F. A. (2015). Percepción del rol de la enfermera en un programa de rehabilitación cardíaca. *Revista Cubana de Enfermería*, 30(1). Recuperado de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/471/81>
- Muñoz-Razo, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. (2da ed). México: Pearson Education.
- Muñoz, E. & Mantilla, M. I. (2018). Impacto de un programa de rehabilitación cardíaca basado en la medición del consumo de oxígeno. *XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. Cuba. Recuperado de <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/122/15>
- Nitsche, M. P., Bitranm, M., Pedrals, N., Echeverría, G. & Rigotti, A. (2014). Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular. *Revista Médica*, 142(10). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000012>
- Olivares, S., Lera, L. & Bustos, N. (2008). Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras en estudiantes universitarios de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 35(1), 25-35. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000100004>
- Orem, D. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Madrid, España: Pirámide, S.A.

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2004). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos* Evidente Emergente * Práctica.* Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2013). *Determinantes sociales de la salud: soluciones prácticas para tratar un problema ampliamente reconocido.* Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/10/11-094870/es/>

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2013). *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.* Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2017). *Enfermedades cardiovasculares.* Recuperado de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2019). *¿Qué son las Enfermedades cardiovasculares?* Recuperado de https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2019). *Determinantes sociales de la salud.* Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2019). *Enfermería.* Recuperado de <https://www.who.int/topics/nursing/es/>

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2019). *Subsanar las desigualdades en una generación - ¿Cómo?.* Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2019). *¿Qué puedo hacer para evitar un infarto de miocardio o un accidente vascular cerebral?*. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/27/es/>

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (s.f.). *Conceptos clave*. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas*. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en la Américas*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

Organización Panamericana de la Salud-Panamá. (2009). *Guía para la atención integral de las personas con diabetes mellitus*. Recuperado de https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=119-guia-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-diabetes-mellitus&Itemid=224

Olivella-Fernández, M. C., Bastidas-Sánchez, C. V. & Castiblanco-Amaya, M. A. (2012). La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. *Aquichan*, 12(1), 53-61. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a06.pdf

- Paéz, M. L., y Castaño, J. J. (2010). Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de psicología. *Psicología desde el Caribe*, (25). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000100008
- Pacci-Salazar, K., De la Cruz-Fuentes, C., Alzamora-Cárdenas, A., Nureña-Noriega, L., Olórtegui, A. & Fernández, R. (2011). Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 126-129. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516010>
- Patiño, F. A., Arango, E. F., Lopera, N. A., Ortiz, N. A., Pérez, E., Santamaría, J. I. & Botero, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de actividad física. *Iatreia*, 24(3). Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/iat/v24n3/v24n3a02.pdf
- Pérez-Hernández, B., García-Esquinas, S., Graciani, A., Guallar-Castillón, P., López-García, E., León-Muñoz, L. M. (...) Rodríguez-Artalejo, F. (2017). Desigualdades sociales en los factores de riesgo cardiovascular de los adultos mayores de España: estudio ENRICA-Seniors. *Revista Española de Cardiología*, 70(3), 145-54. doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.012>
- Pérez, M. V., Valenzuela, M., Díaz, A., González, J. A., & Núñez, J. C. (2013). Dificultades de aprendizaje en estudiantes universitarios de primer año. *Atenea (Concepción)*, (508), 135-150. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-04622013000200010>
- Pilot, D. & Hungler, B. (2006). *Investigación científica en ciencias de la salud* (5^{ta} ed). México: McGraw-Hill Interamericana.

- Prado, L. A., González, M., Paz, N. & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- Ramírez, M. V., Vicente, M. T., López, A. A. & Capdevila, L. (2017). Factores de riesgo cardiovascular y su relación con factores sociodemográficos y laborales en trabajadores aparentemente sanos. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 26(4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552017000400257
- Riera, M., Herrero, J., Báñez, J., Campillo, C., Amézaga, R., Sáez de Ibarra, J. I. (...) Bonnín, O. (2011). Supervivencia a medio plazo de los pacientes operados en cirugía cardiaca mayor. *Revista Española de Cardiología*, 64(6), 463-469. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2010.12.021>
- Ribera, A., Ferreira, I., Cascant, P., Ramón, J., Romero, B. Pedrol, D. (...) Permanyer, G. (2009). Supervivencia, estado clínico y calidad de vida a los cinco años de la cirugía coronaria. *Revista Española de Cardiología*, 62(6), 642-651. doi: [https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(09\)71331-4](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(09)71331-4)
- Rivera, F., Ceballos, P. & Vilchez, V. (2017). Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: Conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. *Index de Enfermería*, 26(1-2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100013

- Rodríguez, M. (2011). *Perfil bio-psico-social de la persona adulta mayor que asiste a programas institucionalizados*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica. Recuperado de <https://www.repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/11431/Tesis%206484?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, M., Merino, M. & Castro, M. (2009). Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis. *Ciencia y enfermería*, 15(1). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100009>
- Rodríguez, L. M. & Rodríguez, D. C. (2012). Comparación de los sistemas de salud de Canadá, Costa Rica, Chile y Colombia: Origen, evolución y futuro. Universidad CES- Universidad Autónoma, Bucaramanga, Santander. Recuperado de http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1137/1/proyecto_grado.pdf
- Rodríguez, M., Amigo, R., Amigo, P. & Castañeda, C. (2010). Rehabilitación cardiovascular en pacientes con infarto agudo del miocardio. *Revista Médica Electrónica*, 32(6). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000600007
- Rojas, L. & Leiva, V. (2009). *Módulo autoinstruccional: Modelo conceptual de Imogene King y Dorothea Orem*. San José, Costa Rica: Editorial UCR
- Rosado, F., García, M., Doperto, M., Gomez, J. M. & Moreno, A. (2016). Eficacia de los Consejos de Hábitos saludables en la reducción del Nivel de Riesgo Cardiovascular (NCR) en la empresa. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*,

25(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552016000200003

Roselló, M., Guzmán, S. & Bolaños, 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). Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422001000200005#**

Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación* (5^{ta} ed). México: McGraw-Hill.

Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6^{ta} ed). México: McGraw-Hill.

Sánchez, A. G., Bobadilla-Serrano, M. E., Dimas-Altamirano, B., Gómez-Ortega, M. & González-González, G. (2016). Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Cardiología*, 27(3), 98-102. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs163a.pdf>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Sillas, D. E. & Jordán, M. A. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*, 19(2). Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

Silva, A., Pirela, C. T., Álvarez, A., Londoño, M. & Alonso, L. M. (2009). Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 25(1). Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a07.pdf

- Sol-Pastorino, M., Vanegas-López, J. & Florenzano-Urzúa, R. (2017). Salud mental con perspectiva de género. *Salud Pública de México*, 59(6). doi: <http://dx.doi.org/10.21149/8508>
- Soto, M. & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8), 505-514. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004
- Superintendencia de Pensiones [SUPEN]. (2019). *Régimen de pensión básico (IVM)*. Costa Rica. Recuperado de <https://www.supen.fi.cr/regimen-de-pension-basico>
- Tajer, D. & Charask, A. (2013). Género y enfermedad cardiovascular. *Revista Argentina de Cardiología*, 81(4), 295-296. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3053/305328736002.pdf>
- Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
- Universidad de Costa Rica [UCR] & Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM]. (s.f.). *I^{er} Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Recuperado de envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf
- Urzúa A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358-365. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Vargas, Z. R. (2009). La Investigación Aplicada: Una Forma de conocer las realidades con Evidencia Científica. *Revista Educación*. 33(1), 155-165. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf

- Velázquez-Monroy, O., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Sánchez, C., Attie, F. & Tapia, R. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de cardiología de México*, 73(1). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402003000100009
- Vera-Villarreal, P., Silva, J., Celis-Atenas, K. & Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista médica de Chile*, 142(10). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. (...) Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
- Vidarte, J. A., Vélez, C., Sandoval, C. & Alfonso, M. L. (2011). Actividad física: Estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 202-218. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf>
- Vílchez, V., Paravic, T., Salazar, A. & Sáez, K. (2015). Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria. *Revista chilena de cardiología*, 34(1). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602015000100004>
- Villarreal, L. S. & Romo, J. E. (2014). Educación y expectativa de vida en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(3), 36-321. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im143p.pdf>

Vinaccia, S., y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/679/67910202/>

Zeledon, P. I., Selegim, M. & Da Silva, E. C. (2018). Calidad de Vida y determinantes de las recaídas en pacientes reincidentes ingresados en centros de rehabilitación de Managua Nicaragua, 2016. *XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. Recuperado de <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/23>

ANEXOS

Anexo 1. Datos generales y Cuestionario SF-36 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Instrumento SF-36 Calidad de Vida Relacionada con Salud

Iniciales: _____

I PARTE. DATOS PERSONALES

Instrucciones: Sírvase contestar de la manera más sincera las preguntas que se presentan a continuación.

- Edad: _____
- Sexo: M () F ()
- Estado civil:
 - () Soltero (a)
 - () Casado (a)
 - () Unión libre
 - () Divorciado (a)
 - () Viudo (a)
- Nacionalidad: _____
- Lugar de procedencia:
Provincia _____ Distrito _____ Cantón _____
- Lugar de residencia:
Provincia _____ Distrito _____ Cantón _____
- Escolaridad: _____
- Puesto de trabajo: _____
- Tipo de cardiopatía: _____

I PARTE. CUESTIONARIO

Seleccione la opción que mejor se ajustan a su realidad.

1. En general, diría usted que su salud es:

Excelente (5) Muy buena (4) Buena (3) Regular (2) Mala (1)

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿Cómo la calificaría usted en general ahora?

- (5) Mucho mejor ahora que hace un año.
 (4) Algo mejor ahora que hace un año.
 (3) Más o menos igual ahora que hace un año.
 (2) Algo peor ahora que hace un año.

(1) Mucho peor ahora que hace un año.

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer esas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
3.1. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participación en deportes intensos.	(1)	(2)	(3)
3.2. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, bailar, montar bicicleta.	(1)	(2)	(3)
3.3. Levantar o llevar las compras del mercado.	(1)	(2)	(3)
3.4. Subir varios pisos por la escalera.	(1)	(2)	(3)
3.5. Subir un piso por la escalera.	(1)	(2)	(3)
3.6. Doblarse, arrodillarse o agacharse.	(1)	(2)	(3)
3.7. Caminar más de un kilómetro.	(1)	(2)	(3)
3.8. Caminar varios cientos de metros.	(1)	(2)	(3)
3.9. Caminar cien metros.	(1)	(2)	(3)
3.10. Bañarse o vestirse.	(1)	(2)	(3)

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

Actividades	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
4.1. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.2. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.3. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.4. Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

5. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo y otras actividades diarias normales **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

Actividades	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
5.1. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.2. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.3. Ha hecho su trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

Nada (5) Un poco (4) Más o menos (3) Mucho (2) Demasiado (1)

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

Ningún dolor (5) Muy poco (4) Poco (3) Moderado (2) Severo (1) Muy severo (0)

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada (5) Un poco (4) Más o menos (3) Mucho (2) Demasiado (1)

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted **durante las últimas cuatro semanas**. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo **durante las últimas cuatro semanas**...

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
9.1. Se ha sentido lleno/a de vida?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9.2. Se ha sentido muy nervioso/a?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.3. Se ha sentido tan decaído/a que nada podía alentarlo/a?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.4. Se ha sentido tranquilo/a y sosegado/a?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9.5. ¿Ha tenido mucha energía?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9.6. Se ha sentido desanimado/a y deprimido/a?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.7. Se ha sentido agotado/a?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.8. ¿Se ha sentido feliz?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9.9. Se ha sentido cansado/a?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

10. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿cuánto tiempo su **salud física o sus problemas emocionales** han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre (1) Casi siempre (2) Algunas veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
11.1. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.2. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
11.3. Creo que mi salud va a empeorar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

11.4. Mi salud es excelente.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 2. Carta de solicitud y aprobación de la asociación



San José, 17 de setiembre de 2018

ARCCA

Asociación de Rehabilitación Cardíaca en Cartago


La presente tiene como fin solicitar la autorización y colaboración de la Asociación de Rehabilitación Cardíaca en Cartago (ARCCA), como vínculo para lograr obtener información, y por consiguiente captar un grupo de la población que conforma ARCCA.

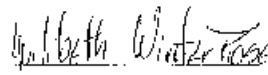
Se solicita dicha ayuda con el objetivo de aportar al desarrollo de una Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica denominada "Calidad de Vida relacionada con la Salud de personas con Enfermedades Cardíacas Crónicas, Costa Rica, 2018". La misma será desarrollada por la estudiante Yoribeth Winter Rose (A56261) bajo la tutela del profesor MSc. Daniel Martínez Esquivol.

Espero exista la posibilidad de crear esa valiosa alianza; por ende, quedo a la expectativa de su resolución.

Me despido, no sin antes agradecerles por su tiempo y asistencia.

Le saluda atentamente,


1-05320128
89502124


Yoribeth Winter Rose
Telf. 8603-9592

Anexo 3. Formulario para el consentimiento informado

	DIGITALIZADO UNIDAD DE ARCHIVO VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN	0013325	<i>D. Ibarra</i> Sandra Sección A1130
	UNIVERSIDAD DE COSTA RICA COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO Teléfono/Fax: (506) 2511-4201	FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE ENFERMERÍA	

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 "LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA" Y EL "REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS"

Calidad de Vida relacionada con la Salud en personas que asisten a Rehabilitación Cardíaca, Cartago, 2019.

Código (o número) de proyecto: _____ *UCR-UCM-ESTIG-2019*

Nombre de el/la investigador/a principal: Yorlibeth Winter Rose *YORLIBETH WINTER ROSE*

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____


Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería impartida en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, yo Yorlibeth Winter Rose he propuesto llevar a cabo una investigación como trabajo final de graduación, la cual corresponde a la modalidad de Tesis y es de financiación propia. Además, tiene como objetivo general: Determinar la Calidad de Vida relacionada con la Salud en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019. Para lo que se espera obtener información que permita:

- Identificar las características sociodemográficas de personas que reciben rehabilitación, Cartago, 2019.
- Describir el componente de salud física en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.
- Describir el componente de salud mental en personas que reciben rehabilitación cardíaca, Cartago, 2019.

Esto con el propósito de generar conocimientos orientados a la mejora de la calidad de vida en personas que reciben rehabilitación cardíaca; además, como medio para la divulgación de la información recabada, se entregará un informe con los datos obtenidos y recomendaciones realizadas a las respectivas administraciones involucradas en la investigación.

Firma del/los participante/s: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica. Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____
Universidad de Costa Rica



B. ¿QUÉ SE HARÁ?: El estudio se basa en la aplicación de la escala de salud SF-36 Calidad de Vida Relacionada con la Salud, cuyo propósito es medir la calidad de vida relacionada con la salud de las personas participantes. La escala se aplicará con la ayuda del investigador principal, para facilitar la comprensión de cada pregunta. Es importante que sepa que no se utilizarán cámaras o grabadoras de ningún tipo, se requiere sólo la disposición de participar y un lapso aproximado de medio hora de la persona que participa. Además, es necesario que sepa que la información obtenida en este estudio es completamente confidencial, y se utilizará exclusivamente para la presentación de los resultados en un informe final, es por esta razón que no se le pide indicar su nombre. Una vez finalizada y defendida esta tesis, los cuestionarios con la información recopilada serán eliminados o destruidos.

C. RIESGOS: La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted al hablar de temas relacionados con su estado de ánimo y de concepto que tiene cada persona de sí misma, por esta razón es válido sentirse incómodo respecto a algunas preguntas; sin embargo, como la información es de manejo confidencial, la aplicación de la escala no debe ser impedimento para la participación de este estudio.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo; sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca de la situación de salud actual de las personas en rehabilitación cardíaca y este conocimiento podrá beneficiar futuras investigaciones. Además, al realizar la evaluación de su calidad de vida personal podrá identificar áreas en las que junto a los profesionales de salud puede trabajar a futuro.

E. VOLUNTARIEDAD: Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

F. CONFIDENCIALIDAD: Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

H. INFORMACIÓN: Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Yorlibeth Winter Rose, quien debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Yorlibeth Winter Rose al teléfono 8603-9592 en el horario de lunes a jueves de 3 p.m. a 7 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento. Además, recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.



CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula de la investigadora que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Versión junio 2017
Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.

Firma de sujeto participante _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____
Universidad de Costa Rica



Anexo 4. Carta de aprobación del trabajo final de investigación por parte del Comité Ético Científico (CEC)



VI Vicerrectoría de Investigación

UCR P.13 23 FEB 12
ESCUELA DE ENFERMERIA

19 de febrero de 2019
VI-1277-CEC-0066-2019

Derby Muñoz Rojas
Coordinador Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Escuela de Enfermería

Estimado señor:

El Comité Ético Científico (CEC) en su sesión No.132 celebrada el 06 de febrero de 2019 sometió a consideración el trabajo final de graduación "Calidad de vida relacionada con la salud de personas con enfermedad cardiaca crónica, Asociación para la Rehabilitación Cardiaca en Cartago".

Después del análisis respectivo, el Comité acuerda:

Acuerdo N°5. Declarar aprobado el trabajo final de graduación "Calidad de vida relacionada con la salud de personas con enfermedad cardiaca crónica, Asociación para la Rehabilitación Cardiaca en Cartago". **Acuerdo Firme**

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta.
Sin más por el momento, se suscribe cordialmente,

Atentamente,

M.Sc. Alfonso Chacón Mata



dha

C. Yanibeth Winters, Estudiante, Escuela de Enfermería, *Guacirón*
Archivo

Adjunto: Formulario de consentimiento informado