
Diseño de intervención sociosanitaria para mejorar calidad de vida en pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares

Design of a social and healthcare intervention to improve the quality of life in adult patients with cardiovascular diseases

Ivisel Alicia Infante-Delgado^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8448-1715>

José Eduardo Rodríguez-Vera¹ <https://orcid.org/0000-0002-6300-299X>

Edelsys Hernández-Melendrez² <https://orcid.org/0002-8491-8593-1128>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Departamento de Psicología. Camagüey, Cuba.

² Escuela Nacional de Salud Pública. Cátedra de Ciencias Sociales. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: ivisel.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud tiene vínculo estrecho con las enfermedades cardiovasculares, lo cual debe ser tratado desde la intervención psicológica con enfoque sociosanitario en rehabilitación.

Objetivo: Diseñar una estrategia de intervención sociosanitaria para mejorar la calidad de vida en pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares en rehabilitación.

Métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptivo de corte transversal durante los meses de enero a julio de 2023 en el servicio de Cardiología del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech en la provincia Camagüey. Para la caracterización psicosocial se utilizó entrevista, observación y se aplicaron como instrumentos de evaluación psicológica el Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad rasgo-estado, Escala de Estrés Percibido y el *Mac New Heart Disease Questionnaire* para la evaluación de la calidad de vida, el cual se validó en una población cubana.

Resultados: Se evidenció altos niveles de estrés percibido, no así en cuanto a la depresión, pero

sí niveles medio y alto de ansiedad como estado y rasgo, la calidad de vida en las dimensiones física, emocional, social y global se calificaron en regular en toda la muestra. La validación de la estrategia se realizó a partir de criterios de expertos mediante la técnica de discusión de gabinete, la cual quedó conformada en 12 sesiones dirigida a mejorar la calidad de vida de los pacientes, reestructurando actitudes emocionales negativas que favorecen la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Conclusiones: Se diseñó la estrategia de intervención sociosanitaria para mejorar la calidad de vida en pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares en rehabilitación.

DeCS: CALIDAD DE VIDA; ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES; INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL; SATISFACCIÓN DEL PACIENTE; REHABILITACIÓN CARDIACA.

ABSTRACT

Introduction: Health-related quality of life is closely linked to cardiovascular diseases, which should be addressed through psychological intervention with a socio-health approach in rehabilitation.

Objective: To design a socio-health intervention strategy to improve the quality of life in adult patients with cardiovascular diseases undergoing rehabilitation.

Methods: From January to July 2023, a descriptive cross-sectional study was conducted in the cardiology department of the Manuel Ascunce Domenech Clinical Surgical University Hospital in Camagüey province. Psychosocial characterization was achieved through interviews and observations, as well as the application of the following psychological assessment instruments: the Beck Depression Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory, the Perceived Stress Scale, and the Mac New Heart Disease Questionnaire for quality of life, which was validated in a Cuban population.

Results: High levels of perceived stress were evident, though not in terms of depression. However, there were medium and high levels of state and trait anxiety. Quality of life in the physical, emotional, social, and global dimensions was rated as average for the entire sample. The strategy was validated based on expert criteria using a discussion technique formed in 12 sessions aimed at improving patients' perception of their quality of life and restructuring negative emotional attitudes that favor the development of cardiovascular diseases.

Conclusions: The socio-health intervention strategy was designed to improve the quality of life in adult patients with cardiovascular diseases in rehabilitation.

DeCS: QUALITY OF LIFE; CARDIOVASCULAR DISEASES; PSYCHOSOCIAL INTERVENTION; PATIENT SATISFACTION; CARDIAC REHABILITATION.

Recibido: 06/12/2025

Aprobado: 06/02/2026

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares preponderantes en la salud del ser humano en las últimas décadas son consideradas por los profesionales como enfermedades que necesitan atención priorizada de manera interdisciplinaria, llevado de la mano por la intervención sociosanitaria desde el programa de rehabilitación cardiovascular.^(1,2)

La incidencia de estas enfermedades despierta en la comunidad científica interés en su intervención y tratamiento considerando al sujeto enfermo como un ser biopsicosocial.^(3,4)

Desde el inicio del pasado siglo se comenzó a analizar la alta morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, es un hecho que va en ascenso cada década. Estas enfermedades son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: cardiopatía coronaria o isquémica, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas, trombosis venosas profundas y embolias pulmonares.^(5,6)

Las causas de las enfermedades del corazón dependen del tipo de enfermedad. Algunas causas posibles incluyen el estilo de vida, la genética, las infecciones, los medicamentos y otras enfermedades. Diversos factores, que pueden ser modificables o no, hacen al individuo más propenso a tener enfermedades cardiovasculares.^(7,8,9)

Dentro de los factores de riesgo no modificables se describen: Antecedentes familiares, sexo masculino, edad. Estos factores no pueden modificarse, pero si se asocian a los que sí pueden ser cambiados, la posibilidad de enfermar es mayor.

Entre los factores de riesgo modificables se encuentran: Colesterol elevado, hiperglucemia, hipertensión arterial, triglicéridos elevados, obesidad, tabaquismo.

En los factores de riesgo emocionales se tienen en cuenta: Estrés, ansiedad, ira-hostilidad, depresión.^(10,11)

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en el mundo y, según estimaciones, cobran 17,9 millones de vidas cada año. Cuatro de cada cinco defunciones por enfermedades cardiovasculares se deben a cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares y una tercera parte de esas defunciones ocurren prematuramente en personas menores de 70 años.⁽¹²⁾

El desarrollo tecnológico de las últimas décadas permite alcanzar un diagnóstico preciso y un modelo de atención sanitaria adecuada a las necesidades del paciente. Sin embargo, existen numero-

sos aspectos no resueltos que influyen en la recuperación, evolución y calidad de vida de los pacientes. Parece razonable suponer que junto al estado de la función cardiovascular hay que considerar una amplia variedad de factores sociales, psicológicos, culturales y económicos que pueden afectar el pronóstico y la calidad de vida del enfermo.^(13,14)

La evidencia empírica muestra que la naturaleza de los recursos interpersonales encontrados en el apoyo social afecta a la situación del individuo y puede mejorar o agravar la calidad de vida de los pacientes.^(13,14)

Desde las investigaciones en salud resulta importante el estudio de estos aspectos que intervienen en el proceso salud enfermedad, con enfoque holístico y multidisciplinario y sin dejar de percibir al sujeto como un ser biopsicosocial.⁽¹³⁾

La calidad de vida se establece estrechamente con la salud como un importante factor a tener en cuenta, ya que aporta información subjetiva sobre cómo el paciente percibe su enfermedad y las limitaciones que esta conlleva. La calidad de vida percibida depende de las expectativas del paciente respecto a su capacidad funcional y su estilo de vida. La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes incluidos en programas de rehabilitación cardíaca puede resultar una herramienta útil para identificar un mayor riesgo de reingreso y mortalidad.⁽¹⁵⁾

La calidad de vida es un constructo que sirve como herramienta de vital importancia para la evaluación del impacto de la enfermedad en aspectos biopsicosociales en las personas con enfermedades cardiovasculares. Es un concepto multidimensional; es el punto de partida para la evaluación clínica y la toma de decisiones donde surge la denominación calidad de vida relacionada con la salud. Varios autores coinciden en el hecho de evaluar la enfermedad desde la visión de quien la padece, al tener en cuenta sus opiniones, expectativas y sufrimientos. La utilidad de la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes incorporados a programas de rehabilitación cardiovascular radica en el aporte para planificar futuros cuidados, es predictiva de la respuesta al tratamiento y ayuda en la toma de decisiones.⁽¹³⁾

La Rehabilitación Cardíaca, según la Organización Mundial de la Salud, se define como el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes cardiopatas una condición física, mental y social óptima para que por sus propios medios logren ocupar nuevamente un lugar tan normal como les sea posible en la comunidad y les conduzca a una vida activa y productiva.⁽¹⁰⁾

Estos programas se dividen en tres fases, diseñados para limitar los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad cardíaca, reducir el riesgo de muerte súbita, control de síntomas, estabilizar o revertir el proceso de aterosclerosis y mejorar el estatus psicosocial y emocional de los pacientes.⁽¹⁰⁾

Fase I: Comprende desde el ingreso del paciente hasta el alta hospitalaria.

Fase II: Supervisada o ambulatoria.

Fase III: No supervisada o de mantenimiento.⁽¹⁰⁾

Los autores a partir de la recolección de información mediante entrevistas a pacientes y profesionales que participan en la atención cardiovascular pudieron constatar disminución en la calidad de vida en estos pacientes haciéndolos más vulnerables a recurrir en cualquier enfermedad cardiovascular.

Alcanzar una calidad de vida satisfactoria en pacientes en la etapa de rehabilitación es uno de los retos del personal de salud actual, pero este se torna deficiente en la atención del mismo desde un orden psicológico, por parte de los médicos y rehabilitadores, para la calidad de vida relacionada con la salud. La investigación tiene como objetivo: Diseñar una estrategia de intervención sociosanitaria para mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares en fase II de la rehabilitación.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, que tuvo lugar durante los meses de enero a julio de 2023 en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech en la provincia Camagüey.

Universo: 32 pacientes diagnosticados con alguna enfermedad cardiovascular que se encontraban en rehabilitación.

Criterios de selección:

- Edad de 40 a 70 años.
- Ambos sexos.
- No padecer trastorno psíquico que le impidan participar en el estudio.
- Diagnosticado con alguna enfermedad cardiovascular.

Criterios de salida:

- Abandono voluntario del tratamiento.
- Ausencia a 2 o más sesiones de tratamiento.

Muestra: 25 pacientes diagnosticados con alguna enfermedad cardiovascular que cumplieron con los criterios de selección a partir de un muestreo probabilístico.

Durante todo el estudio se utilizó la observación que permitió obtener información y conseguir explicaciones que más tarde fueron comprobadas por el resto de las técnicas empleadas. La entrevista semiestructurada antes (para conocer datos personales del paciente y la historia de la enfermedad actual) y después de cada una de las pruebas psicométricas aplicadas a los pacientes (para aclaraciones de dudas que surgieron dentro de la aplicación de las técnicas).

La primera técnica psicométrica usada, el Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), con 20 ítems cada escala con respuestas que van de 0 a 4. Se evalúan ambas escalas por rango calificadas en alta, media o baja.^(16,17)

Seguido, el Inventario de depresión de Beck. Consta de 21 ítems, cada uno significan síntomas de depresión, están compuestos por frases correspondientes a grados de profundidad de dichos síntomas.^(16,17)

En un tercer momento la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS). Comprende 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.^(18,19,20)

Por último el Mac-New Heart Disease Questionnaire (QLMI-2), es un cuestionario en el que los 27 ítems que lo componen están agrupados en tres dimensiones. Dentro de los rangos de la calidad de vida se consideran como mínimo 27 puntos como una mala calidad de vida y máximo 189 puntos como una buena calidad de vida. Dicho instrumento validado en una población cubana.^(21,22)

Variables en estudio:

Sociodemográficas: Sexo (masculino, femenino), edad (40 a 49 años, 50 a 59 años, 60 a 69 años, estado civil (soltero, casado, unión consensual).

Estados emocionales: Depresión (ninguna depresión, depresión leve, depresión moderada, depresión grave), ansiedad estado (alta, media, baja), ansiedad rasgo (alta, media, baja), estrés (mayor estrés percibido, menor estrés percibido).

Calidad de vida: Dimensión física (buena, regular, mala), dimensión emocional (buena, regular, mala), dimensión social (buena, regular, mala), dimensión global (buena, regular, mala).

Luego de aplicados los instrumentos de evaluación psicológica se diseñó una propuesta de intervención sociosanitaria para mejorar la calidad de vida en pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares, la cual fue sometida a criterios de expertos mediante la técnica de Discusión de gabinete.⁽²³⁾

Se realizó la exposición y discusión de cada sesión en un tiempo de 60 minutos, en un grupo de 13 participantes: cinco psicólogos, tres cardiólogos, dos fisiatras, un rehabilitador, un nutricionista y un especialista en Antropología Médica. Se les entregó con anticipación los antecedentes del tema que ocupa y los resultados de la evaluación psicosocial de los pacientes seleccionados, para facilitar el estudio, análisis y toma de decisión.

Esta estrategia aborda las tres dimensiones en que está compuesto el *Mac-New Heart Disease Questionnaire*, dimensión física, social y emocional, para permitir en los pacientes mejorar su calidad de vida, reestructurando actitudes emocionales negativas que favorecen la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Las sesiones se diseñan para una vez por semana a inicio de la jornada de los ejercicios de la reha-

bilitación en la propia sala con una duración entre 45/min a 1/hr., deben participar especialistas según el tema de la sesión acompañados del terapeuta y un coterapeuta.

La base de datos de los resultados obtenidos se elaboró a partir del formulario de recogida de datos, se procesó utilizando el programa estadístico SPSS versión 21 para Windows, utilizando estadística descriptiva frecuencias absolutas y relativas para todas las variables.

RESULTADOS

La muestra seleccionada estuvo conformada en su mayoría por 20 hombres presentándose en un 80 % y en el grupo etario de la adultez propiamente dicha con 11 pacientes para un 44 % seguido del adulto mayor con más representatividad en 10 pacientes para un 40 % (Tabla 1).

Tabla 1 Diseño de intervención sociosanitaria para mejorar calidad de vida en pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares. Grupos de estudios según edades y sexo

Edad	Femenino	Total Masculino	Total
	No.	No.	
40 a 49 años	0	4	4
50 a 59 años	5	6	11
60 a 69 años	0	10	10
Total	5	20	25

Fuente: Entrevista.

Como estado civil dentro del grupo de pacientes primaron 13 casados mostrándose en un 52 % de la muestra en estudio. Esta variable favoreció el trabajo con los pacientes en la rehabilitación cardíaca y en la percepción de calidad de vida que mostraron los mismos. Se evidenció como ansiedad estado medio en 15 pacientes para un 60 % de la muestra, y como ansiedad rasgo en alto en 14 pacientes para un 56 % (Tabla 2).

Tabla 2 Diseño de intervención sociosanitaria para mejorar calidad de vida en pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares. Grupo de estudio según ansiedad rasgo-estado

Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo			Total
	Bajo	Medio	Alto	
	No.	No.	No.	
Bajo	0	0	5	5
Medio	0	7	8	15
Alto	0	4	1	5
Total	0	11	14	25

Fuente: Instrumento de evaluación psicológica IDARE.

Los 25 pacientes seleccionados para el estudio mostraron alto nivel de estrés percibido para un 100 % de la muestra.

La depresión en los pacientes se clasificó en ninguna depresión en 16 de ellos en un 64 % y en leve

depresión en 9 representado en un 36 %.

El *Mac-New Heart Disease Questionnaire* como instrumento aplicado para la evaluación de la calidad de vida está compuesto por tres dimensiones y una global. En la dimensión física atendiendo a un grupo de variables los 25 pacientes en un 100 % de la muestra presentó calidad de vida regular. El 96 % mostró calidad de vida regular para 24 sujetos en la dimensión emocional como respuesta ante sus vivencias emocionales durante el proceso de enfermedad, solo un paciente para un 4 % la calificó de buena lo cual puede estar dado por el tiempo en que el sujeto lleva en la rehabilitación cardíaca donde los primeros síntomas de invalidez y limitaciones físico emocionales han desaparecido. La dimensión social estuvo mejor valorada donde 10 de los pacientes en un 40 % la calificó de buena, pero se mantuvo la mayoría con una calidad de vida regular.

Al sumar todos los resultados cuantitativos de las tres dimensiones tuvo como resultado una calidad de vida global calificada de regular en los 25 pacientes de la muestra para un 100 %.

Estos resultados posibilitaron el diseño de una intervención sociosanitaria para mejorar calidad de vida en pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares, la cual fue discutida por expertos, la cual quedó estructurada de la siguiente manera:

SESIÓN 1: Tema: Conociéndonos.

Objetivo:

- Presentar a los integrantes del grupo y al equipo de profesionales.
- Identificar los comportamientos en salud de los pacientes.

Participantes: Terapeuta, rehabilitadores, cardiólogo, fisiatra, nutriólogo y pacientes (familiares).

SESIÓN 2: Tema: Compromiso.

Objetivo:

- Establecer compromiso de cambio del paciente consigo mismo, con el grupo y el terapeuta.

Métodos:

- Técnicas conductuales (autocontrato terapéutico)

Participantes: Terapeuta y pacientes.

SESIÓN 3: Tema: Mi enfermedad y yo.

Objetivo:

- Proporcionar información acerca de las limitaciones de las enfermedades cardiovasculares.

Métodos: Charla educativa. Técnicas de relajación/Musicoterapia (en dependencia de los niveles de ansiedad y depresión).

Participantes: Terapeuta, cardiólogo y pacientes (familiares).

SESIÓN 4: Tema: Mi estilo de vida.

Objetivo:

- Instruir en cuanto a hábitos alimentarios, hábitos nocivos, actividad sexual, ejercicios físicos, necesidad de recreación, reincorporación al trabajo o tareas domésticas.

Métodos: Charla educativa.

Participantes: terapeuta, nutriólogo, fisiatra, rehabilitador y pacientes (familiares).

SESIÓN 5: Tema: Saludable mentalmente.

Objetivo:

- Modelar actitudes positivas hacia el estilo de vida.
- Reducir gradualmente niveles de ansiedad, depresión y estrés.

Métodos: Persuasivos o sugestivos. Experiencia emocional correctiva. Concientización. Técnicas conductuales (dramatización, reforzamiento conductual). Técnicas racionales (aprovechamiento de potencialidades, persuasión, instrucción).

Participantes: terapeuta, y pacientes (familiares).

SESIÓN 6: Tema: Saludable mentalmente.

Objetivo:

- Modelar actitudes positivas hacia el estilo de vida.
- Reducir gradualmente niveles de ansiedad, depresión y estrés.

Métodos: Persuasivos o sugestivos. Experiencia emocional correctiva. Concientización. Técnicas conductuales (dramatización, reforzamiento conductual). Técnicas racionales (aprovechamiento de potencialidades, persuasión, instrucción). Técnicas de relajación/Musicoterapia (en dependencia de los niveles de ansiedad y depresión).

Participantes: terapeuta, y pacientes (familiares).

SESIÓN 7: Tema: Tomar decisiones

Objetivo:

- Identificar un modelo para tomar decisiones responsables.

Métodos: Técnicas conductuales participativa-reflexiva. Relajación/Musicoterapia.

Participantes: terapeuta, y pacientes (familiares).

SESIÓN 8: Tema: El estrés, la enfermedad y yo como paciente.

Objetivo:

- Reconocer el rol de enfermo.
- Instruir sobre el estrés y su repercusión en las enfermedades cardiovasculares.

Métodos: Charla educativa. Técnicas conductuales (dramatización). Relajación/Musicoterapia.

Participantes: terapeuta y pacientes (familiares).

*Nota: luego de esta sesión ocho y antes de la nueve se realiza una reevaluación psicológica de los pacientes.

SESIÓN 9: Tema: ¿Cómo llevo mi vida?

Objetivo:

- Modificar los estilos de afrontamiento.

Métodos: Técnicas conductuales (dramatización). Relajación/Musicoterapia.

Participantes: terapeuta, y pacientes (familiares).

SESIÓN 10: Tema: Mi relación con los demás.

Objetivo:

- Aprender mecanismos de autorregulación personal teniendo en cuenta la autovaloración y niveles de aspiraciones del paciente.
- Mostrar formas adecuadas de solucionar situaciones de convivencia y comunicación.

Métodos: Experiencia emocional correctiva. Concientización. Técnicas conductuales (dramatización, reforzamiento conductual). Técnicas racionales (aprovechamiento de potencialidades, persuasión, instrucción). Relajación/Musicoterapia.

Participantes: terapeuta, y pacientes (familiares).

SESIÓN 11: Tema: Previo a la III etapa de rehabilitación.

Objetivo:

- Preparar física y mentalmente al paciente para entrar a la etapa de mantenimiento.

Métodos: Charla educativa. Relajación/Musicoterapia.

Participantes: terapeuta, cardiólogo, nutriólogo, fisiatra, rehabilitador y pacientes (familiares).

SESIÓN 12: Tema: Mis cambios.

Objetivo:

- Exponer los resultados de la reevaluación psicológica.
- Debatar sobre las transformaciones experimentadas durante la rehabilitación.

Métodos: Debates.

Participantes: terapeuta, cardiólogo, nutriólogo, fisiatra, rehabilitador y pacientes (familiares).

DISCUSIÓN

Entre los factores de riesgo no modificables más incidente en las enfermedades cardiovasculares se encuentra la edad, las personas mayores tienen un elevado riesgo de sufrir enfermedades del corazón, constatado por los autores, durante el proceso de la investigación y en conciliación con cardiólogos expertos. Cerca de cuatro de cada cinco muertes debidas a una enfermedad cardíaca, encontradas en bibliografías revisada por los autores como la de Berrazuela,⁽²⁴⁾ se producen en personas mayores de 65 años de edad.

Estos tienen más probabilidad que las personas más jóvenes de padecer enfermedades cardiovasculares debido a que el envejecimiento puede causar cambios en el corazón y en los vasos

sanguíneos que aumentan el riesgo de que una persona desarrolle una enfermedad cardiovascular. Con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse. ^(24,25,26,27)

El riesgo cardiovascular aumenta con la edad, evidenciándose en las muestras representativas en la investigación y en la de Berrazuela. ⁽²⁴⁾

Como ya se ha descrito las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte en la población mundial. Cuando se considera la variable sexo (hombres y mujeres), se observa que en ambos casos son muy habituales, sin embargo, los varones las padecen con más frecuencia que las mujeres. ⁽²⁸⁾ Coincidiendo con los resultados de Gómez, ⁽²⁹⁾ en su investigación presentada en el 2020.

En general, los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón, por lo que predominan en los programas de rehabilitación correspondiendo con la investigación de Gil et al., ⁽³⁰⁾ La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón. Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares. ⁽²⁸⁾

Un grupo de científicos de la Universidad de Wong et al., ⁽³¹⁾ en Newcastle, Reino Unido, analizaron el impacto del estado civil en la salud cardiovascular. Confirmando cómo este afecta a la prevalencia de enfermedades cardiovasculares. La principal conclusión es que el matrimonio podría disminuir, e incluso prevenir, la posibilidad de sufrir un accidente cardiovascular.

En la muestra seleccionada los resultados no coinciden con la investigación europea mencionada anteriormente, ya que más de la mitad de la muestra se representa en pacientes casados.

Silva et al., ⁽³²⁾ describen que las enfermedades cardiovasculares y la depresión se consideran problemas de salud pública, la depresión es un factor de riesgo para pacientes con insuficiencia cardíaca por sus implicaciones clínicas e impacta de manera negativa en la calidad de vida de las personas.

Los sujetos participantes del estudio no mostraron en su evaluación niveles de depresión donde no se comparte la idea de Silva et al., ⁽³²⁾ al referirse a la relación existente entre depresión y calidad de vida.

Existen diferentes factores de riesgo potenciales que pueden afectar al inicio y la evolución de la enfermedad cardiovascular. Entre ellos estarían los factores de riesgo emocionales o psicológicos. Estos incluyen variables y emociones como la ansiedad. ⁽³³⁾

Gran parte de los pacientes presentaban niveles medio y alto de ansiedad como estado emocional negativo, tanto la de rasgo como la de estado, coincidiendo estos resultados con investigaciones como la de Larrinaga et al., ⁽³⁴⁾ en el 2016.

A partir de la práctica profesional de los autores se considera que las enfermedades crónicas se pueden entender como un proceso patológico de larga duración y, por lo general, de progresión lenta. Si se evalúan desde un enfoque biopsicosocial, se verán como un acontecimiento estresante. Por lo tanto, el estrés es una respuesta común ante un diagnóstico crónico, como son las enfermedades cardíacas. Los pacientes del estudio mostraron en la variable de estrés percibido niveles altos.

Consideraciones como las de Maxime et al.,⁽³⁵⁾ y Núñez y Sánchez,⁽³⁶⁾ coinciden con los autores, de que el estrés puede conducir a un aumento de la morbilidad y la mortalidad provocada por episodios cardiovasculares agudos. Esto es debido a la liberación de adrenalina y noradrenalina lo que supone un aumento inmediato de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, produciendo cambios en el gasto cardíaco y en el flujo sanguíneo regional. En base a ello, se ha evidenciado una relación considerable entre el estrés crónico y la presencia de enfermedades cardiovasculares en los pacientes de la muestra.

Los resultados que se mostraron en la calidad de vida en la dimensión física se pueden deber a que en general los pacientes después de un evento coronario tienen una percepción inadecuada de la dimensión física, motivados por sensación de cansancio, agotamiento y limitación originado por la sintomatología clínica (disnea, fatiga muscular y dolor en las piernas), aspectos evaluados también por Hernández et al.⁽³⁷⁾

La calidad de vida en la dimensión emocional 24 de ellos tuvieron una calificación de Regular. Coincidiendo de igual manera con Hernández et al.,⁽³⁷⁾ en que esto puede ser debido a varios factores influyentes en el estado emocional de los pacientes, tales como su estado físico, el apoyo familiar exacerbado de sobreprotección y los impedimentos de tareas y actividades sociales; y la escasez de herramientas psicoemocionales para el afrontamiento de una enfermedad crónica no transmisible.

En cuanto a la dimensión social se mostró un equilibrio entre la evaluación de regular 60 % y buena 40 %, lo cual puede estar dado por las características personalológicas observadas durante la investigación de personalidades fuertes y emprendedoras socialmente. Este hallazgo se puede contrastar con lo reportado por Valls,⁽³⁸⁾ quien en su estudio sobre la evolución emocional y la calidad de vida percibida de cardiopatas mediante programas de rehabilitación cardíaca señala que la ansiedad y la depresión son factores psicosociales determinantes que repercuten de forma negativa en la calidad de vida emocional del sujeto.

Los autores en su experiencia profesional consideran que la calidad de vida es una herramienta de vital importancia para la evaluación del impacto negativo en la cotidianidad de pacientes con enfermedades cardiovasculares, pues tienen la capacidad de guiar mejor las estrategias de intervención y evaluar el impacto de la enfermedad en aspectos biopsicosociales de las personas.

La calidad de vida global evaluada de regular en la totalidad de los pacientes muestra como el sujeto percibe y siente su vida y su salud entorno al nuevo proceso salud – enfermedad que vivencia. Lo cual justifica la creación de estrategias de intervención para la atención psicoemocional de los pacientes con enfermedades cardiovasculares dentro de su rehabilitación, concordando con Valls⁽³⁸⁾ y Moreira et al.⁽³⁹⁾

CONCLUSIONES

Prevalencia del adulto mayor y la adultez propiamente dicha, mayor participación del sexo masculino, representados en mayoría por sujetos casados. Se determinó niveles medio y alto en la ansiedad como rasgo y estado, también alto estrés percibido y niveles de depresión no significativos. En cuanto a la calidad de vida global se evaluó de regular en toda la muestra.

Desde la caracterización psicosocial se diseñó la estrategia de intervención sociosanitaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares que se encuentran en rehabilitación. Fue validada por criterios de expertos y quedó conformada en 12 sesiones objetivadas en función de reducir gradualmente estados emocionales negativos que permita lograr una adecuada adherencia al tratamiento psicofísico y al reconocimiento del rol de enfermo para así mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Sanz JM. La rehabilitación cardíaca. Un enfoque multidisciplinario. Revista Ocronos [Internet]. 2025 [Citado 10 Ene 2025]; 8 (9). Disponible en:
<https://revistamedica.com/rehabilitacion-cardiaca-enfoque-respuesta-clinica>
2. Rojano-Castillo J, Ilarraz-Lomelí H, Zavala-Ramírez J, Cantero-Colón R, Rodríguez-Reyes A, Lerma-Espinosa R et al. Setenta y cinco años de rehabilitación cardiovascular en México. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2019[Citado 10 Ene 2025];89(3) Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402019000300254
3. Esteban Marco P. El impacto de los factores psicosociales en la salud cardiovascular Revista Ocronos [Internet]. 2024 [Citado 10 Ene 2025]; 7(4). Disponible en:
<https://revistamedica.com/impacto-factores-psicosociales-salud-cardiovascular/>
4. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Aspectos Psicosociales en Enfermedad Cardiovascular. Rev Argent Cardiol [Internet]. 2022[Citado 10 Ene 2025];90(Supl 8). Disponible en:
<https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2022/10/Consenso-de-Aspectos-Psicosociales-en-Enfermedad-Cardiovascular.pdf>

5. MedlinePlus - Health Information from the National Library of Medicine [Internet]. Qué es la enfermedad cardiovascular: MedlinePlus enciclopedia médica. [Citado 10 Ene 25]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000759.htm>
6. Vergara Sánchez ME. Evolución en enfermedades cardiovasculares. NPunto [Internet]. 2023 [Citado 10 Ene 2025]; 6(61). Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/644b8e5b1b39aart6.pdf>
7. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 28 ago. 2019; consulta 30 Ago 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/heartdiseases.html>
8. Hernández Molina I. Enfermedades cardiovasculares: factores de riesgo y prevención Rev Ocronos [Internet]. 2024 [Citado 10 Ene 2025]; VII (9):2539. Disponible en: <https://revistamedica.com/factores-riesgo-prevencion-enfermedades-cardiovasculares/>
9. Sánchez Delgado JA, Sánchez Lara NE. Factores modificables de riesgo coronario y riesgo cardiovascular global. Rev Finlay [Internet]. 2021[Citado 10 Ene 2025].;11(2). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000200152
10. Casaverde Pineda M. Calidad de vida en pacientes post infarto agudo de miocardio que asisten al programa de rehabilitación cardiaca en un instituto nacional [tesis]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Enfermería; 2017. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3762/Calidad_CasaverdePineda_Miriam.pdf
11. Gómez Pacheco R. Formas clínicas de presentación del infarto agudo del miocardio. Medicentro Electron [Internet]. 2014 [Citado 21 Dic 24];18(4):174-6. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/1666/1409>
12. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [Internet] 2023 [Cited 2024 Jul 24] [Actualized 2023 May 19]; 978-92. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
13. Infante Delgado IA. Calidad de vida en pacientes con infarto agudo del miocardio en fase de rehabilitación cardiaca en un instituto nacional. [Internet] [Tesis de maestría]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2017.Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36841/TFG-H1605.pdf>
14. Guerrero-Alcedo JM, Sánchez-Angulo JG, López-Guerra VM. Efecto de los factores protectores sobre los estilos de vida saludable en pacientes con riesgo cardiovascular: un análisis de ruta. Av Psicol Latinoam [Internet]. 2020[Citado 21 Jul 2025];38(1). Disponible en: http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242020000100100

15. Rodríguez Rodríguez T. Rehabilitación cardiovascular: Intervención psicológica y mejora de la calidad de vida. Rev Psicol Cient.com [Internet]. 2019 [Citado 22 Ene 2025]; 17 (5). Disponible en: <https://psicologiacientifica.com/intervencionismo-psicologico-rehabilitacion-cardiovascular>
16. González Llana FM. Instrumento de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
17. López Angulo LM. Compendio de instrumentos de evaluación psicológica. Capítulo 3. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 311-312
18. Reyna C, Mola DJ, Correa PS. Escala de estrés percibido: análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. Ansiedad Estres [Internet]. 2019 [Citado 1 Dic 24];25(2):138-47. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793718301283?via%3Dihub>
19. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). SpAn J Psychol [Internet]. 2006 [Citado 1 Dic 2024];9(1):86-93. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/39254499_Psychometric_Properties_of_a_European_Spanish_Version_Psychometric_Properties_of_a_European_Spanish_Version
20. Puentes Martínez L, Díaz Rábago AB, Pérez Montano G, Castillo Morejón M. Fiabilidad y validez de constructo de la Escala de Estrés Percibido en estudiantes de Medicina. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [Citado 26 Dic 24]; 23(3): 373-379. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3894>
21. Hoyos Segura J. Determinación de la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca en una institución de IV nivel en la Ciudad de Bogotá [Tesis]. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería pregrado en enfermería Bogota; 2009. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9770/tesis10-4.pdf?sequence=3>
22. Infante Delgado I, Vera Rodríguez J, Pérez García J. Validación de un cuestionario sobre calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Rev. Hosp. Psiqu. Habana [Internet]. 2024 [Citado 1 Dic 24]; 21 (3). Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/638>
23. Gómez Hernández MJ. Manual de técnicas y dinámicas [tesis]. Tabasco: ECOSUR; 2007. Disponible en: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/02/zManual-de-Tecnicas-y-Dinamicas.pdf>
24. Berrazuela-Fernández JR. Envejecimiento y enfermedades cardiovasculares. ANALES RANM [Internet]. 2018 [Citado 15 Abr 2025] 135(03):266-280. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.03.rev09>

25. The Texas Heart Institute [Internet]. Factores de riesgo cardiovascular. [Citado 15 Abr 2025]
Disponible en:
<https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>
26. Ministerio de Salud: [Internet] Glosario de salud: Enfermedades cardiovasculares. ¿Qué son, cuáles son los síntomas, cómo se tratan y se previenen las enfermedades cardiovasculares? [Citado 15 Abr 2025] Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/enfermedadcardiovascular>
27. National Institute on Aging. Temas de salud: Corazón: La salud del corazón y el envejecimiento. 2018. [Internet]. [Citado 15 Abr 2025] Disponible en:
<https://www.nia.nih.gov/espanol/corazon/salud-corazon-envejecimiento#investigaciones>
28. Diferencias entre hombres y mujeres en la incidencia de las enfermedades del corazón. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA [Internet]. 1.ed. España: Fundación BBVA; 2009 [Citado 15 Abr 2025] Disponible en:
https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap73.pdf
29. Gómez Paredes L. Diferencias de género en incidencia de enfermedad cardiovascular, muerte, factores de riesgo y tratamientos. España: MPG Journal [Internet] 2020 [Citado 15 Abr 2025] Disponible en:
<https://mpgjournal.mpg.es/index.php/journal/article/view/479/826>
30. Gil García V, Sellen Sánchez E, Montenegro Guerra K, García Martí I, Antúnez García LJ. Percepción de la calidad de vida tras un programa de rehabilitación cardiovascular. En: XXX Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; 2024 abr 10-13; Barranquilla, Colombia. Sociedad Colombiana de Cardiología; 2024. [Citado 15 Sep 25] Disponible en:
https://resumenes.scc.org.co/public/uploads/PDFs/User_179_abs_1577_Rehabilitacion%20cardiovascular.pdf
31. Wong CW, Kwok CS, Narain A, Gulati M, Mihalidou AS, Alasnag M, Myint PK. Estado civil y riesgo de enfermedades cardiovasculares: una revisión sistemática y un metanálisis. BMJ J Heart [Internet]. 2018 [Citado 17 Abr 2025];104:1937-48. Disponible en:
<https://heart.bmj.com/content/104/23/1937>
32. Silva Ruz C, Ruiz Acacio EA, Pineda Flores C, Landa Ramírez E. Intervención psicológica a distancia para el tratamiento de la depresión en insuficiencia cardíaca. ArchCardiol Mex [Internet]. 2022 [Citado 15 Abr 2025];92(4):502-12. Disponible en:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v92n4/1405-9940-acm-92-4-502.pdf>
33. Antón Menárguez V, Sempere Ripoll J, Martínez Amorós R. Eficacia de la intervención psicológica en rehabilitación cardíaca. Soc Española Médicos Atención Primaria (SEMERGEN) [Internet].
<http://revistaamc.sld.cu/>

2019 [Citado 15 Abr 2025];45(5):288-94. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359318304167>

34. Larrinaga Sandrino V, Hernández Melendrez E, Hernández Mederos D, Crespo Carracedo I. Características sociodemográficas y estados emocionales negativos en pacientes con enfermedad cardiovascular con indicación quirúrgica. *CorSaludRev Enfermedades Cardiovasc* [Internet]. 2016

[Citado 15 Abr 2025];8(3):164-72. Disponible en:

<https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/136/324>

35. Maxime Lagraau H, Kuiper , Bot I. El estrés psicológico agudo y crónico como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular: conocimientos adquiridos a partir de estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales. *CerebComportInmun* [Internet]. 2015 [Citado 15 Abr 2025];50:18-30. Dis-

ponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889159115004316?via%3DiHub#preview-section-cited-by>

36. Núñez Duarte M, Sánchez Guardiola G. Salud cardiovascular, estrés y alimentación [Internet] [TRABAJO FIN DE GRADO]. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina; 2018 [Citado 15 Abr 2025]. 50 p. Disponible en:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685030/nunez_duarte_martatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=21&zoom=100,92,425

37. Hernández-Vásquez OM, Jaramillo-Gómez CJ, Vásquez-Trespalcacios EM, Orrego-Garay MJ, Duque-González L, Duque-Ramírez M. Efecto del programa de rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de pacientes con enfermedad coronaria. *Rev Colomb Cardiol* [Internet] 2021 [Citado 15 Sep 2025];28(3):263-71. Disponible en:

https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000300263

38. Valls Lázaro E. Evolución emocional y en calidad de vida percibida de cardiópatas mediante programa de rehabilitación cardíaca. *Psykhē* [Internet] 2024 [Citado 16 Sep 25];33(1). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282024000100115

39. Moreira J, Bravo J, Aguiar P, Delgado B, Raimundo A, Boto P. Physical and mental components of quality of life after a cardiac rehabilitation intervention: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med* [Internet] 2024 [Citado 16 Sep 25];13(18):5576. Disponible en:

[Physical and Mental Components of Quality of Life after a Cardiac Rehabilitation Intervention: A Systematic Review and Meta-Analysis \(unl.pt\)](https://www.mdpi.com/2077-0381/13/18/5576)

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Ivisel Alicia Infante-Delgado (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Adquisición de fondos. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Recursos. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción. Redacción–revisión y edición).

José Eduardo Rodríguez-Vera (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Visualización. Redacción. Redacción–revisión y edición).

Edelsys Hernández-Melendrez (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Visualización. Redacción. Redacción–revisión y edición).