



Universidad Austral de Chile
Instituto de Enfermería

“Percepción de Calidad de Vida en Paciente post IAM y factores relacionados”

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

**Lucía Abigail Catalán Peña
Tomás Osvaldo Echeverría Bravo
Leonel Alexis Martínez Matamala**

Valdivia – Chile
2015



Universidad Austral de Chile

Instituto de Enfermería
Instituto de Enfermería

“Percepción de Calidad de Vida en Paciente post IAM y factores relacionados”

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

Lucía Abigail Catalán Peña
Tomás Osvaldo Echeverría Bravo
Leonel Alexis Martínez Matamala

Valdivia – Chile
2015

Profesor Patrocinante:

Nombre : Ida Elizabeth Flores González
Profesión : Enfermera Universitaria
Grado : Magíster en Enfermería Mención Gestión del Cuidado
Diplomado en Administración de Empresas de Salud.
Diploma en Gestión de Calidad para la Gestión del Cuidado
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Profesores Informantes:

Nombre : Ana Lourdes Carstens Peña
Profesión : Enfermera Universitaria
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Nombre : Ana Luisa Cisterna Muñoz
Profesión : Enfermera Universitaria
Grado : Magister en Gerontología y Geriatria
Magister en modelado de conocimiento para entornos virtuales
educativos.
Doctorado en Geriatria
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

AGRADECIMIENTOS

A nuestra profesora patrocinante, la Sra. Ida Elizabeth Flores González, por su entrega y dedicación para con nosotros, por ser aquella luz de sabiduría y conocimiento que nos guió cuando pensábamos que todo estaba perdido y por encontrar soluciones ahí donde parecía que no las había. La constante disposición y paciencia que nos brindó desde el comienzo y en cada etapa de esta investigación, nos inspiró a seguir adelante. Por todo lo mencionado y por más, le estamos profundamente agradecidos.

Al Policlínico de Cardiología por facilitarnos los box de atención para realizar la parte más importante de esta investigación: las entrevistas. Sin su ayuda, esta investigación jamás podría haberse desarrollado completamente, muchas gracias.

A nuestros fieles amigos y compañeros, quienes con su constante apoyo y cariño supieron otorgar aquella palabra justa que significó una risa, un momento inolvidable o incluso una ayuda en la redacción de esta investigación cuando las palabras ya parecían desaparecer.

A nuestros padres que a lo largo de toda nuestra formación nos han entregado apoyo, comprensión y amor incondicionales, gracias por nunca perder la esperanza en nosotros y alentarnos cuando necesitábamos de su ayuda en los momentos más difíciles. Muchas gracias por ser nuestros forjadores de sueños y ayudarnos a cumplir esta gran y difícil tarea.

A don Reinaldo Echeverría por ser quien otorgó color y vida a este documento con su destreza en la encuadernación, muchas gracias por inmortalizar nuestros sueños en un empaste perfecto.

ÍNDICE DE MATERIAS.

CAPÍTULO	PÁGINA
1. RESUMEN	01
2. INTRODUCCIÓN	03
3. MARCO TEÓRICO	05
4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	14
5. METODOLOGÍA	15
6. PROYECCIONES PARA LA PROFESIÓN Y SALUD PÚBLICA	23
7. RESULTADOS	24
8. DISCUSIÓN	31
9. CONCLUSIONES	33
10. REFERENCIAS	34
11. ANEXOS	37

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la población adulta chilena, de éstas, el infarto agudo al miocardio (IAM) representa la primera causa de muerte con un total de 7.789 fallecidos (tasa de 45,6 por 100.000 habitantes). Dentro de las complicaciones se sabe que un 6-8% de los sobrevivientes a esta patología arriesgan sufrir un re-infarto y la mortalidad durante el primer año es entre un 4 y 10%, a causa de un nuevo IAM, insuficiencia cardiaca o arritmias. Además, la mala percepción de salud a nivel físico y psicológico es una de las principales consecuencias en los sobrevivientes a esta patología, por lo tanto están más propensos a depresión, cesantía, pérdida de autonomía y aislamiento social, por lo que surge la interrogante ¿Cuál es la percepción de calidad de vida de pacientes residentes en Valdivia que han sufrido un IAM, durante el primer semestre del 2014, a más de un año de ocurrido el evento?

Este estudio tiene por objetivo determinar la percepción de calidad de vida y factores relacionados durante el primer semestre del 2014, en pacientes que sufrieron un IAM durante el periodo Julio 2012 - Junio 2013, residentes en Valdivia.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y de asociación, a una muestra de 33 pacientes. La recolección de datos se realizó a través de dos instrumentos: el Cuestionario SF-36 v.2 que mide la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, y una encuesta sociodemográfica de confección propia

Se encontró que del total de pacientes que sufrieron un IAM, durante el periodo de julio 2012 a junio de 2013, a un año de ocurrido el evento había fallecido el 9,7%. De la población en estudio, el 42,4% percibe una mala salud física, el 48,5% percibe una mala salud mental, luego de más de un año del IAM. También se demostró que existe asociación estadística significativa entre la percepción de salud física y sexo. El sexo femenino percibe con mayor frecuencia una mala salud física a más de un año de haber sufrido un IAM. Sin embargo con las variables edad y nivel educacional, no se encontró asociación.

Conocer estos resultados aporta información al policlínico de cardiología del HBV y a todos los niveles de atención en salud, desde el alta hospitalaria hasta el seguimiento en policlínicos de especialidades y atención primaria, para orientar las acciones del equipo multidisciplinario de salud y fortalecer el rol de la enfermería asistencial a nivel local con el fin de brindar una atención de mayor calidad, enfocada en las reales necesidades de los usuarios.

Palabras clave: Infarto del miocardio, calidad de vida, atención de enfermería.

SUMMARY

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in the Chilean adult population, in which acute myocardial infarction (AMI) is the leading cause of death with a total of 7,789 deaths (rate of death: 45.6 per 100,000). Among the complications 6-8% of survivors to AMI suffer risk for reinfarction and mortality during the first year is between 4 and 10% due to a new AMI, heart failure or arrhythmias. Furthermore, poor physical and psychological performance perceived by AMI survivors is one of the mayor consequences, therefore they are much more prone to depression, unemployment, loss of autonomy and social isolation, so the question arises: what is the perceived quality of life of patients living in Valdivia, who have suffered an AMI a year ago, during the first half of 2014?

This study aims to determine the perception of quality of life and related factors during the first half of 2014, in patients that live in Valdivia who had an AMI during the period July 2012 – June 2013.

A quantitative, descriptive, transversal and association study was conducted on a sample of 33 patients. Data collection was made through two instruments: the SF-36 v.2 questionnaire that measures the Health Related Quality of Life and a demographic survey that we created for this purpose.

It was found that of the patients who had an AMI, during the period July 2012 to June 2013, a year after the event occurred 9.7% had died. In the study population, 42.4% perceived poor physical health, 48.5% perceived poor mental health, after over a year of AMI. It was also shown that there is significant statistical association between perceived physical health and sex. Females more often perceived poor physical health over a year having suffered an AMI. However with age and educational level variables, no association was found.

Knowing these results provides information to the HBV Cardiologic Polyclinic and to all levels of health care, from hospital discharge to follow in specialty polyclinics and primary care of attention, to guide the actions of the multidisciplinary health team and strengthen the role of the nursing care locally in order to provide higher quality care, focused on the real needs of users.

Key words: Myocardial infarction, quality of life, nursing care

1. INTRODUCCIÓN

La principal causa de muerte en la población adulta chilena es debido a causas cardiovasculares. De estas, el infarto agudo al miocardio (IAM) representa la primera causa de muerte con un total de 7.789 fallecidos (tasa de 45,6 por 100.000 habitantes). Cabe mencionar que la mortalidad en el sexo masculino por esta causa es superior en todos los estratos etarios, además de aumentar progresivamente con la edad (1).

En la Región de los Ríos el año 2010 hubo 689 defunciones por enfermedades de sistema circulatorio, de las cuales 192 correspondían a enfermedades isquémicas del corazón, afectaron principalmente al sexo masculino, en un 63,54% de los casos (2).

Dentro de las complicaciones se sabe que un 6-8% de los sobrevivientes a esta patología arriesgan sufrir un re-infarto y la mortalidad durante el primer año es entre un 4 y 10% a causa de un nuevo IAM, insuficiencia cardiaca o arritmias. Es por esta razón que el año 2002 se promulga el programa de salud cardiovascular, que pretende disminuir la tasa de muertes por causas asociadas a estas patologías (3). Pero han prevalecido patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad, sumado a estilos de vida no saludables como el sedentarismo y el hábito tabáquico, que aumentan el riesgo de presentar un episodio de enfermedad cardiovascular (4).

La mala percepción de salud a nivel físico y psicológico es una de las principales consecuencias en los sobrevivientes a esta patología, por lo tanto están más propensos a depresión y aislamiento social que se consideran factores de riesgo para enfermedades cardiacas independientes de los factores de riesgo convencionales, por lo tanto es importante investigar cómo es su autopercepción de calidad de vida, para hacer una valoración más completa y brindarles una atención de enfermería de acuerdo a sus necesidades(5,6).

Surge entonces la interrogante ¿Cuál es la percepción de calidad de vida de pacientes residentes en Valdivia a un año o más de haber sufrido un IAM, durante el primer semestre del 2014? El presente estudio tiene por objetivo dar respuesta a esta interrogante, utilizando el cuestionario SF-36 para medir percepción de calidad de vida, transcurrido un año o más desde que ocurrió el evento cardiovascular. Además se pretende determinar asociación de la calidad de vida percibida con variables como edad, sexo, previsión de salud, nivel educacional, ocupación previa al ingreso, previsión de salud, percepción de ingresos económicos, ocupación posterior al egreso, diagnóstico de ingreso, tratamiento de la patología y diagnóstico de egreso.

La preocupación por el actual envejecimiento poblacional en Chile que favorece la permanencia del IAM como enfermedad prevalente; sumado a la falta de este tipo de estudios en Valdivia que reflejen la calidad de vida de los pacientes y la escases de nuevas estrategias específicas a nivel primario, que promuevan un estado de salud óptimo a aquellos que presenten una mala percepción del mismo, así como también asegurar una continuidad en la atención, son las motivaciones de los autores para realizar esta investigación.

Se espera que los resultados aporten información al policlínico de cardiología del HBV y a todos los niveles de atención en salud, desde el alta hospitalaria hasta el seguimiento en policlínicos de especialidades y atención primaria, para fortalecer el rol de la enfermería asistencial a nivel local, y el propósito final es identificar los factores que condicionan la calidad de vida de los pacientes con el fin de brindar una atención de mayor calidad. Si se demuestra la utilidad de este tipo de estudio a nivel local, puede servir como ejemplo para su desarrollo en otras localidades del país, para otorgar mayor información y mejorar la labor enfermera frente a este tipo de patologías, a nivel mundial y nacional.

2. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) corresponden a la principal causa de muerte en Chile. El año 2010 fallecieron 27.158 por ésta causa, con una tasa de 158,9 por 100.000 habitantes, lo que corresponde a un 27,7% de todas las muertes de ese mismo año. Dentro de las ECVs, aquellas que poseen una mayor prevalencia son las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón, las cuales corresponden al 61,4% del total del grupo, con 8.888 y 7.789 de las defunciones, que corresponden a una tasa de 52,0 y 45,6 x 100.000 habitantes, respectivamente, este mismo año (1).

En la Región de los Ríos el año 2010 hubo 689 defunciones por enfermedades de sistema circulatorio, de las cuales 192 correspondían a enfermedades isquémicas del corazón (tasa de 50,6 por 100.000 habitantes). La mortalidad en hombres correspondió al 63,54% (122 casos) muy por encima del 36,45% (70 casos) correspondientes al sexo femenino.

El Ministerio de Salud (MINSAL), dentro de los objetivos sanitarios de la década 2000-2010 planteó reducir la mortalidad por ECVs en un 18%, cerebrovasculares en 27% e isquémicas en 30%. La evaluación final del periodo demostró una reducción del 16% en la mortalidad por ECVs lo que corresponde a un 88% de cumplimiento de la meta, así mismo la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares logró una disminución a un 23% lo que refleja un 85% de cumplimiento y finalmente las enfermedades isquémicas del corazón redujeron su mortalidad a un 24% lo que se traduce en un 80% de cumplimiento de la meta estipulada para la década (2).

La creación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en el año 2002, en conjunto con la incorporación a las Garantías Explicitas de Salud (GES) del manejo de la hipertensión, diabetes e infarto agudo al miocardio (IAM) en 2005 y accidente cerebrovascular isquémico en 2006 (3), fueron los principales responsables de la disminución de la morbimortalidad en la población chilena.

Cabe mencionar que la mortalidad por enfermedades isquémicas al corazón es superior en el sexo masculino en todos los estratos etarios, además de aumentar progresivamente con la edad. Otros factores de riesgo de sufrir IAM lo constituye la etapa post menopáusica en mujeres, la edad mayor de 55-60 años, mantener hábitos como el sedentarismo y/o tabaquismo, además de aquellas personas que tengan hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia (DLP), obesidad, historia de cardiopatía coronaria previa y/o enfermedad vascular arterial periférica (3, 4). La presencia de estos factores aumenta la probabilidad de sufrir una ECV y pueden clasificarse en factores de riesgos mayores y condicionantes según su grado de

influencia en el desarrollo de una ECV. A su vez pueden ser nuevamente clasificados en modificables y no modificables según la capacidad de influir sobre ellos (4).

De las ECV, el IAM corresponde a la principal causa de muerte (5). Aproximadamente un 30% de los pacientes fallecen antes de poder recibir atención médica. Cuando ya han sido ingresados al servicio de salud, la mortalidad promedio a nivel mundial es del 10%, cifra que varía entre un 5-8% de aquellos pacientes que son tratados con terapia de reperfusión (fibrinólisis o angioplastia) y un 15% en aquellos que no se le realiza esta terapia (6).

Infarto agudo al miocardio

El IAM puede definirse como la muerte de células miocárdicas debido a isquemia prolongada, de aproximadamente 20 minutos o menos y es el resultado de un desequilibrio entre la demanda y el suministro de oxígeno hacia el músculo miocárdico. Los síntomas que hacen sospechar de IAM son principalmente asociados a molestias y dolor torácico que generalmente se irradia hacia el cuello, mandíbula, extremidades superiores e incluso al epigastrio, de más de 20 minutos de duración y puede estar acompañado de disnea o fatiga. Otros síntomas menos específicos son las náuseas, diaforesis o síncope, los que a veces pueden enmascarar la patología, provocando un diagnóstico erróneo, atribuyéndolos a problemas gastrointestinales, pulmonares, neurológicos, etc (4). Es por esta razón que la realización de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones es fundamental. Este examen permite confirmar las sospechas de IAM además de clasificar el tipo de infarto. El tipo de IAM que posee más prevalencia a nivel nacional es aquel que en el ECG demuestra una elevación del segmento ST (IAM con supradesnivel ST) (5). El supradesnivel ST (SDST) es la manifestación clínica de una oclusión trombótica de una arteria coronaria epicárdica, generalmente esto es debido a la pérdida de la integridad de una placa aterosclerótica que permite el contacto de la sangre circulante con los factores trombogénicos presentes en ésta, lo que inicia la agregación plaquetaria y la activación de la cascada de la coagulación (6).

La terapia de reperfusión consiste en reestablecer el flujo sanguíneo del vaso coronario afectado lo más pronto posible. Las dos terapias de reperfusión más utilizadas en nuestro país son la trombolisis sistémica y la angioplastia coronaria percutánea. En Chile, entre los años 2001 y 2005, se analizaron los datos de 3.255 pacientes que ingresaron con IAM con SDST menor a 12 hrs. de la Sociedad Chilena de Cardiología (7). La mortalidad global de la muestra fue de 9,9 (16,7% en mujeres y 7,5% en hombres). En los pacientes tratados con trombolíticos (n=1.652) la mortalidad fue de un 10,2%, y en los pacientes tratados con angioplastia primaria (n=468) fue de un 4,7%. Lo anterior muestra una evidente efectividad de la angioplastia, lo cual hace que en nuestro país sea el procedimiento de elección en pacientes con IAM (6).

El tratamiento precoz con terapia de reperfusión mejora de manera sustancial la mortalidad de los pacientes que sufren IAM (7), pero también disminuyen considerablemente los riesgos de nuevos eventos cardiovasculares, como infarto de miocardio recurrente, insuficiencia cardíaca, arritmias, angina, y apoplejía. Los

pacientes (y sus familiares) a menudo se preguntan qué les depara el futuro, por lo que es necesario informar sobre el pronóstico post IAM (8). Es por esto, que el paciente debe ingresar a un programa de prevención secundaria, ya que el 6-8% de los sobrevivientes arriesgan sufrir un re-infarto. Educar al paciente sobre los cambios que debe realizar en su estilo de vida ayudaría a disminuir la mortalidad, prevenir nuevos eventos cardiovasculares y mantener controlados los factores de riesgo (5).

El pronóstico de un individuo varía notablemente de acuerdo con la presencia o ausencia de factores de riesgo adversos, es por esto, que los pacientes luego de presentar el infarto deben ser sometidos a una estratificación de riesgo para la cual se usan preferentemente la puntuación de riesgo de TIMI. Estos instrumentos incluyen como marcadores independientes de riesgo la edad mayor a 75 años, hipotensión, taquicardia, tiempo de terapia de reperfusión mayor a 4 horas, antecedentes de diabetes, tabaquismo, hipertensión o angina, entre otros. La presencia de cada uno de estos factores de riesgo da una puntuación distinta, entre 1-3 puntos, y en total da un puntaje que clasifica a la persona en bajo riesgo o alto riesgo, que puede asociarse con una mayor mortalidad dentro de los siguientes 30 días (8).

Una de las principales consecuencias en los pacientes que logran sobrevivir a un IAM es la mala autopercepción de salud física y psicológica por lo cual hay tendencia a estados de ánimo depresivos. La depresión, el aislamiento social y la falta de redes de apoyo son factores de riesgo para enfermedades cardíacas independientes de los factores de riesgo convencionales, como el tabaquismo, hipercolesterolemia y la hipertensión, pero de magnitud similar (9, 10). Además, otro estudio de seguimiento considera a la depresión como un predictor independiente de muerte, luego de realizarse cirugía de revascularización miocárdica, por lo tanto el impacto de esta patología va más allá de lo biológico (11).

A través de lo expuesto se da cuenta de la importancia del IAM como problema de salud pública, debido a su gran impacto en la mortalidad de la población, pero además, podemos dimensionar que esta patología trae consigo consecuencias no solo en la dimensión biológica de la persona sino también en el área psicosocial, por lo tanto, hay un impacto importante en la calidad de vida de una persona que ha sobrevivido a esta patología. Conocer dicho impacto puede ser de gran ayuda sobre todo para el área de enfermería, ya que permite orientar los cuidados a estos pacientes de una manera más efectiva.

Calidad de vida

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad”, esta definición se mantiene hasta los días de hoy, y de ella podemos concluir que salud no es un concepto limitado a elementos clínicos que se relacionan solamente con el aspecto biológico, sino que se deben considerar tanto aspectos objetivos, como las condiciones de vida, y aspectos subjetivos, como satisfacción individual, para tener una visión más integral de la salud de una persona.

Este enfoque de la salud como fenómeno biopsicosocial provoca que a mediados de los años setenta, aparezca el término “calidad de vida” (CV) como un concepto multidimensional, que pretende valorar el efecto que tiene la enfermedad sobre un individuo no sólo desde el punto de vista biomédico sino que considerando también la percepción de la persona afectada.

En un principio el concepto de CV aparece en torno a discusiones relacionadas a las condiciones de vida y el medio ambiente, luego durante la década del 50 y comienzo de los 60 el interés por evaluar el bienestar humano y las consecuencias de la industrialización sobre la sociedad, llevó a que las ciencias sociales desarrollaran indicadores que buscaban medir, a través de datos objetivos y estadísticos, hechos de la realidad asociados al bienestar social (12). Otros autores señalan que el concepto de calidad de vida aparece luego de la Segunda Guerra Mundial, cuando investigadores estadounidenses buscaron conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían seguras financieramente (13,14).

A lo largo del tiempo ha variado la definición de calidad de vida desde una definición unidimensional relacionado estrictamente al bienestar físico (15,16), hasta la actualidad donde hay gran consenso de que para medirla se requiere considerarla un fenómeno multidimensional (17, 18). En el año 2003, Taillefer & cols(19) plantean que desde que el concepto de CV comenzó a atraer el interés de los investigadores en los años 60, se ha incrementado enormemente su uso, lo cual ha evidenciado problemas tanto en la definición del concepto, las dimensiones que le comprenden, su medición y los factores que la pueden influenciar. El término ha estado vinculado a otros conceptos como los de satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, estado de salud o felicidad, utilizándose incluso como sinónimos, lo que ha generado esta confusión en torno a la definición del concepto (14). Hasta los días de hoy, aún muchos investigadores no diferencian claramente en sus estudios cada concepto. En 1994 Gill & Feinstein realizaron una revisión de artículos sobre CV y encuentran que cerca de un 25% de los autores no la definía en sus estudios y más del 50% de los modelos no diferenciaba entre CV y sus factores influyentes (20). Se cree que la dificultad para acordar una definición única se debe a la gran multidimensionalidad que posee el término, ya que ha intentado ser definido por profesionales de la salud, de las ciencias económicas y ciencias sociales, lo que ha introducido puntos de vista diferentes a la hora de intentar concretar una conceptualización universal (21).

Fernández-Ballesteros (1998) identifica fundamentalmente dos puntos de discusión en torno al concepto de CV: 1) La CV corresponde netamente a una percepción subjetiva de la persona sobre ciertas condiciones. Se debe considerar además, la evaluación objetiva de las mismas condiciones. 2) La CV se refiere a un concepto donde el propio sujeto establece sus componentes (ideográfico) o debe establecerse un criterio general para todos los sujetos (nomotético). Dentro de los acuerdos que describe este autor están: a) la CV es subjetiva, b) cada persona asigna un puntaje diferente a cada dimensión y c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través del ciclo vital (22). Respecto a este último punto algunos autores

plantean la necesidad de incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida (23).

En 1992, Padilla y cols. realizaron un estudio con el fin de describir el alcance de la investigación de enfermería sobre el tema de calidad de vida, a través de una revisión sistemática de la revista Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) a partir de 1983, cuando por primera vez aparece la temática de calidad de vida, hasta diciembre de 1991, concluyendo que los investigadores de enfermería definen la calidad de vida en las dimensiones de bienestar físico, psicológico, social / interpersonal y financiero (24). En cuanto a estas dimensiones, el modelo de enfermería de Mishel postula que ante la enfermedad, especialmente las de tipo oncológico, se ve afectada el área psicológica de las personas debido a una situación de incertidumbre que provoca estrés, lo que repercute significativamente en la calidad de vida del paciente. La utilidad del modelo reside en dimensionar la nueva situación vivencial que puede ocasionar una enfermedad en la persona, con la finalidad de proponer cuidados de enfermería enfocados en mejorar la CV del paciente (25).

En el año 2012, Urzúa & Caqueo luego de una revisión bibliográfica elaboraron una tabla donde reúnen definiciones de CV de distintos autores (26) (Ver tabla 1).

Tabla 1: Adaptada de Urzúa & Caqueo, 2012.

Autor	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que importantes para él o ella
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas físicas, psicológica, social, de actividades, material y estructural
Shaw (1977)	Define calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL = NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Criticas: La persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema persona y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar,

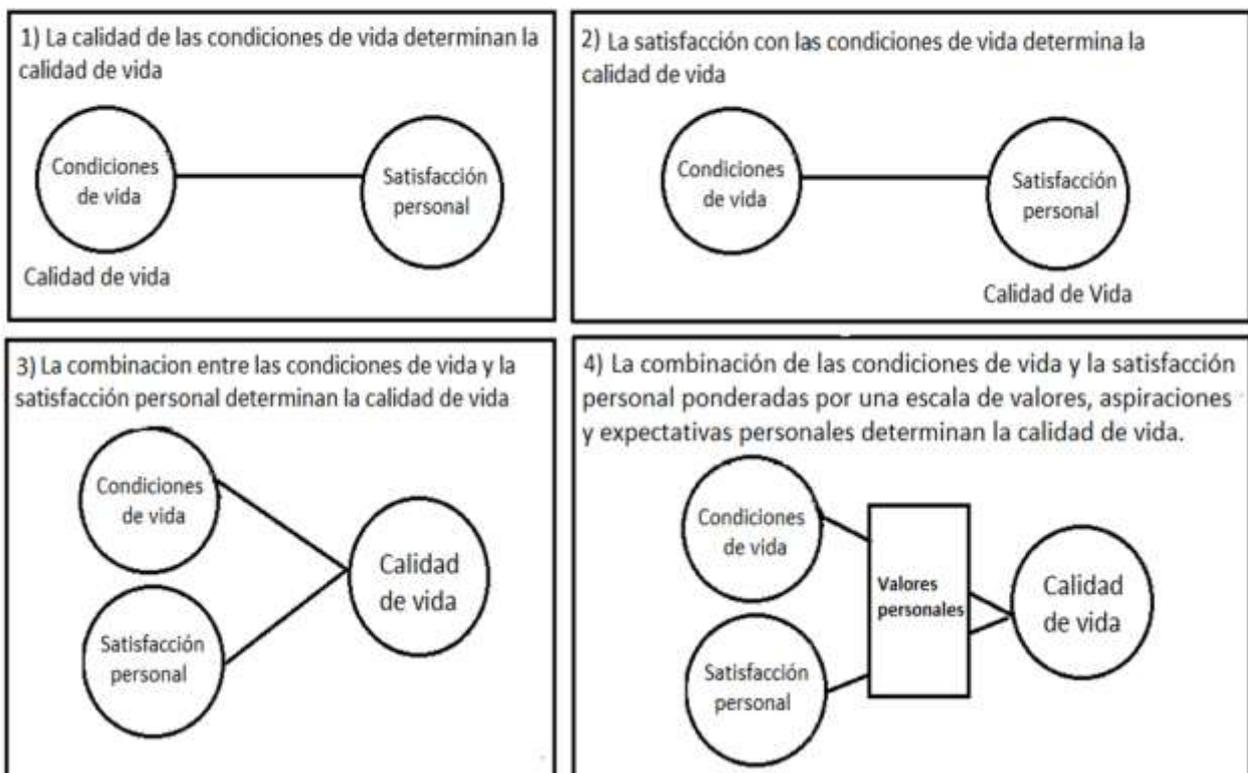
medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.

Martin & Stockler (1998) Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.

Opong et al., (1987) Condiciones de vida o experiencia de vida.

Existen propuestas de modelos que buscan categorizar más didácticamente las distintas definiciones de CV. Borthwick-Duffy (27) en el año 1992 identifica 3 modelos que intentan definir calidad de vida y en 1995, Felce y Perry (17) plantean un cuarto modelo conceptual que según los autores parece el más apropiado, ya que propone que cada persona tiene una escala de valores, expectativas y aspiraciones que influyen en la percepción de su calidad de vida. Todos estos modelos están descritos a continuación (Ver Figura 1).

FIGURA 1. Modelos conceptuales de Calidad de Vida.
Traducida y adaptada de Felce y Perry, 1995.



Según la OMS (1994) calidad de vida es la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Se ha propuesto un diagrama para esta definición (26).



Figura 2. Diagrama del modelo conceptual de la OMS. Propuesto por Urzúa & Caqueo, 2012.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Por otro lado, en la mayoría de los países el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad, producen un envejecimiento progresivo de la población, que se traduce en un aumento de la frecuencia de patologías crónicas. En estas patologías, el tratamiento se enfoca principalmente en eliminar o atenuar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los usuarios, por lo tanto, las típicas medidas de mortalidad, morbilidad y expectativa de vida, usadas en el campo de la medicina, no son suficientes para evaluar el impacto de estas enfermedades crónicas en la CV de la población, lo que ha impulsado la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (28).

Una de las definiciones de CVRS que mejor representa el enfoque utilizado por la mayoría de los investigadores es la de Shumaker y Naughton: “La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar” (28). Según estos autores las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal y el bienestar emocional.

Cuando hablamos de CVRS, es inevitable pensar en la dificultad de medir integralmente un fenómeno tan multicausal, como es la autoevaluación de la percepción individual de CV y además generar una base empírica, que provea evidencia científica de buena calidad (29). Por otra parte, existe el dilema acerca de la validez de la medición transversal v/s las de tipo longitudinal, partiendo del supuesto de que el constructo CV es dinámico. Este es un tema que aún no tiene una respuesta definitiva, aun cuando la mayoría de las investigaciones en CV son realizadas con un tipo de medición transversal y no consideran el cambio en la percepción originado con el paso del tiempo o la modificación de los factores que la determinan (26). Si consideramos la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente la calidad de vida en una persona

enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad, su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que se produce en su vida inevitablemente, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad (30).

Según el *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL) de la OMS, las medidas de CVRS deben ser: subjetivas, multidimensionales, incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el tiempo: el momento de la vida en que se cursa la enfermedad marca diferencias importantes en la valoración (28). Y en el estudio de Donovan y cols (32), señalan que las características que definen a un buen instrumento de medida de la CVRS son: a) adecuado al problema de salud que pretende medir; b) precisión; c) sensibilidad; d) basado en datos generados por los propios pacientes; e) aceptable por los pacientes, profesionales sanitarios y por los investigadores; y f) válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretenden medir y no otras.

De acuerdo a la evidencia científica existen actualmente diversos instrumentos para medir la CVRS, los cuales consideran la multidimensionalidad del concepto. Aunque no existe un patrón de referencia único y universal, la subjetividad de lo que se mide puede dificultar establecer la validez auténtica del instrumento (33). Permanyer-Miralda dice que las mediciones de la CVRS ofrecen la posibilidad de registrar estas percepciones subjetivas de una forma cuantitativa o semicuantitativa, las que pueden ser utilizadas para describir, evaluar o comparar (34).

La gama de instrumentos para medir la CVRS se pueden agrupar en genéricos y específicos. Los genéricos pueden ser aplicados a cualquier población sin un diagnóstico de salud en particular. En cambio los específicos tratan de ser más sensibles a los aspectos determinados por alguna enfermedad concreta.

En este estudio se pretende medir CVRS en pacientes que han sufrido un IAM a través de un instrumento genérico, el cuestionario SF-36, ya que según la revisión de Demspster y cols., concluye que es el mejor instrumento genérico para medir CVRS en pacientes con Cardiopatía isquémica (CI), por las evidencias psicométricas que presenta (35). Referente a la validez de este instrumento, en una revisión de la literatura existente realizada por Brown concluye que el SF-36 es una herramienta válida y sensible que proporciona una aplicabilidad amplia y es apropiada para su uso en rehabilitación cardiaca (36).

Junto con el SF-36, existen otros instrumentos genéricos bastantes empleados en cardiología, si bien no trabajados en Chile, pero si usados y adaptados en países de habla hispana como España, como el *Nottingham Health Profile* (NHP) y el *Sickness Impact Profile* (SIP). Dempster también analizó los instrumentos específicos más utilizados para enfermedades cardiacas como: *Quality of Life After Myocardial Infarction* (QLMI) y *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ), concluyendo que la segunda versión del QLMI (QLMI-2) sería el instrumento específico más apropiado (35). En

idioma español destaca el Cuestionario de Velasco-Del Barrio, desarrollado en España que tomó como patrón al QLMI, orientado a ser utilizado en pacientes de cultura hispana (37).

Existen diversos estudios realizados para medir precisamente la CVRS en pacientes post IAM, como por ejemplo el de Gutiérrez et al., que utilizando como instrumento el Cuestionario de Salud Short Form 36 Health Survey (SF -36), concluye que un 68% de los pacientes estudiados refieren una mala CVRS en cuanto a la salud física y un 74% refiere sentirse limitado en su trabajo o actividad lo que puede llevar a los pacientes a un aislamiento social y a un cuadro de estrés o depresión que aumenta las probabilidades de un nuevo infarto (9). Otro estudio realizado por Vargas R., et al. "Calidad de vida relacionada con salud de los pacientes post infarto de miocardio" realizado en Colombia, con un total de 50 pacientes, utilizando como instrumento el SF-36, arrojó que un 82% de estos tienen una peor percepción de calidad de vida luego de sufrir un IAM (38). Igualmente, un estudio muy similar realizado por Breijo F., "Calidad de vida en los pacientes post infarto" en estados unidos, en el año 2006, determinó que el 85,9% de la población en estudio presentaba un empeoramiento en su calidad de vida luego del episodio isquémico (39).

Asimismo, existe otro estudio realizado por Abreu A., et al en España el año 2006, titulado "Calidad de vida en los pacientes post infarto de miocardio. Diferencia según la edad", donde se utilizó el Cuestionario español de Calidad de Vida en pacientes post infarto" de Velasco y cols., reflejó que la calidad de vida se afectó de forma moderada a severa en más del 50% de la población en estudio y los pacientes más jóvenes estaban más afectados que los mayores en los dominios de comportamiento emocional y relaciones sociales. Presentaban mayor irritabilidad, nerviosismo insomnio desagrado y aislamiento de la familia. Los activos laboralmente presentaban mayores alteraciones que los retirados en el área de salud y sueño-descanso (40).

La valoración de la CVRS en las enfermedades cardíacas nos permite detectar alteraciones e intervenir precozmente, así como establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas. A la vez nos aporta un producto final que se centra en la persona y en cómo se siente, en vez de dar prioridad a la enfermedad y los datos clínicos (41).

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la percepción de calidad de vida y factores relacionados, en pacientes que sufrieron un IAM durante el periodo Julio 2012 - Junio 2013, residentes en Valdivia, durante el primer semestre de 2014.

3.1.1 Objetivos Específicos.

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de los pacientes: edad, sexo, nivel educacional, ocupación previa al ingreso, previsión de salud, ingreso económico, ocupación posterior al egreso.
- Medir las 8 dimensiones de calidad de vida según el cuestionario SF-36: funcionamiento físico, limitación por problemas físicos, dolor corporal, funcionamiento o rol social, salud mental, limitación por problemas emocionales, vitalidad, energía o fatiga, percepción general de la salud de los pacientes en estudio.
- Establecer la asociación entre la calidad de vida percibida y factores sociodemográficos (Sexo, edad y nivel educacional).

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

El estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y de asociación.

Se utilizó la medición numérica y el uso de estadísticas para establecer con precisión patrones de comportamiento en una población. Es de tipo transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y de un tiempo único sin seguimiento. Y su propósito fue describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado. Es descriptivo ya que se caracterizó al usuario que ha presentado IAM, mediante la distribución en que se manifiestan las variables. Y de asociación porque se buscó establecer si las variables se relacionan en forma significativa.

4.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Según el informe entregado por el Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) del Hospital Base Valdivia (HBV), se otorgó atención de salud a un total de 78 pacientes residentes en Valdivia, que sufrieron un IAM dentro del periodo Julio de 2012 a Junio de 2013. Dentro de este margen se tenía constancia de 4 fallecimientos, 2 altas voluntarias y 2 traslados a otros hospitales de la red nacional. Por lo que se trabajaría con una población total de 72 personas que cumplieran con los criterios de inclusión y firmasen el consentimiento informado. Población que finalmente se redujo, porque 8 fueron descartados debido a imposibilidad de comunicación o incapacidad de realizar la entrevista, 42 fueron contactados por vía telefónica, encontrándose 7 pacientes fallecidos y 2 rechazos, 22 pacientes no contestaron por este medio (números inválidos o sin respuesta) por lo que se procedió a dejar una citación escrita en sus domicilios. Se realizaron 33 entrevistas entre el 22 de Septiembre y el 15 de Octubre del 2014, de lunes a jueves desde las 14 a 17 horas y viernes de 14 a 16 horas

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Edad mayor a 18 años.
- Mantener domicilio ubicable dentro de la ciudad de Valdivia.
- Haber firmado voluntariamente el consentimiento informado.
- Que haya sido tratado en la ciudad de Valdivia y mantenga controles en el policlínico de cardiología del HBV.

- Al momento de la encuesta deben haber transcurrido como mínimo 12 meses desde que ocurrió el IAM.

4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Personas adultas que voluntariamente no acepten participar de la investigación.
- Personas adultos que no tengan la capacidad de decidir o responder.
- Personas en las cuales no se logre recolectar los datos luego de 3 intentos. (cambio de domicilio, disponibilidad de tiempo, enfermedad, etc.)
- Pacientes fallecidos al momento de la recolección de datos.

4.5 MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos se realizó a través de dos instrumentos: el Cuestionario SF-36 v.2 que mide la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (anexo 1), y una encuesta sociodemográfica de confección propia (anexo 2). Se contactó a los pacientes por vía telefónica para coordinar la fecha, hora y lugar donde se le aplicó la encuesta. En los casos en que los pacientes no contestaron el teléfono de contacto, se realizó una citación en su domicilio. Fueron como máximo 3 intentos para contactar a los pacientes y obtener la información deseada.

Por otra parte, algunos datos de salud fueron obtenidos de la ficha clínica del paciente, que se mantiene en las dependencias del HBV y de datos aportados por la unidad Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD). Los datos que no se pudieron obtener por estas vías, se obtuvieron directamente de los pacientes o familiar cercano.

Las encuestas fueron auto aplicadas, en presencia de los investigadores y en los casos en que los pacientes presentaron alguna dificultad para responderla por sus propios medios, el encuestador fue el responsable de registrar la información obtenida.

Cuestionario SF- 36 v.2

Calificado dentro de los instrumentos genéricos para medir CVRS, el cual posee 36 preguntas o ítems divididos en 8 dimensiones correspondientes al estado de salud (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental). Estas dimensiones se agrupan, a su vez, en dos componentes de resumen, el de Salud Física (CSF) y el de Salud Mental (CSM) (figura 3).

La traducción y la adaptación del Cuestionario de salud SF 36 (Short Form 36 Health Survey), se inició en 1991 en los Estados Unidos a través el proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA). Esta "Evaluación Internacional de la Calidad de Vida" pretendía validar la aplicabilidad intercultural de este instrumento genérico, construido para medir de una manera general y acotada el estado de salud de un sujeto o una población y así pudiera servir de base para comparar estudios internacionales de salud (42). En Chile fue validado el año 2005, como metodología para establecer un perfil multidimensional del Estado de Salud de los beneficiarios adultos del Fondo Nacional de Salud (FONASA) e ISAPRES, con el fin de establecer un nivel basal del estado de salud que permitiera monitorear a futuro el impacto del en ese entonces recién instaurado Plan AUGE como régimen general de salud en el país. Y para la adecuación cultural del instrumento se usó como base, la versión española de SF-36 la cual, fue adaptada sintáctica y semánticamente a la idiosincrasia chilena (43). En Chile, utilizando el Coeficiente alfa de Cronbach se determinó la validez de las escalas del cuestionario con un rango entre 0,76 a 0,92 para escalas que componen el cuestionario.

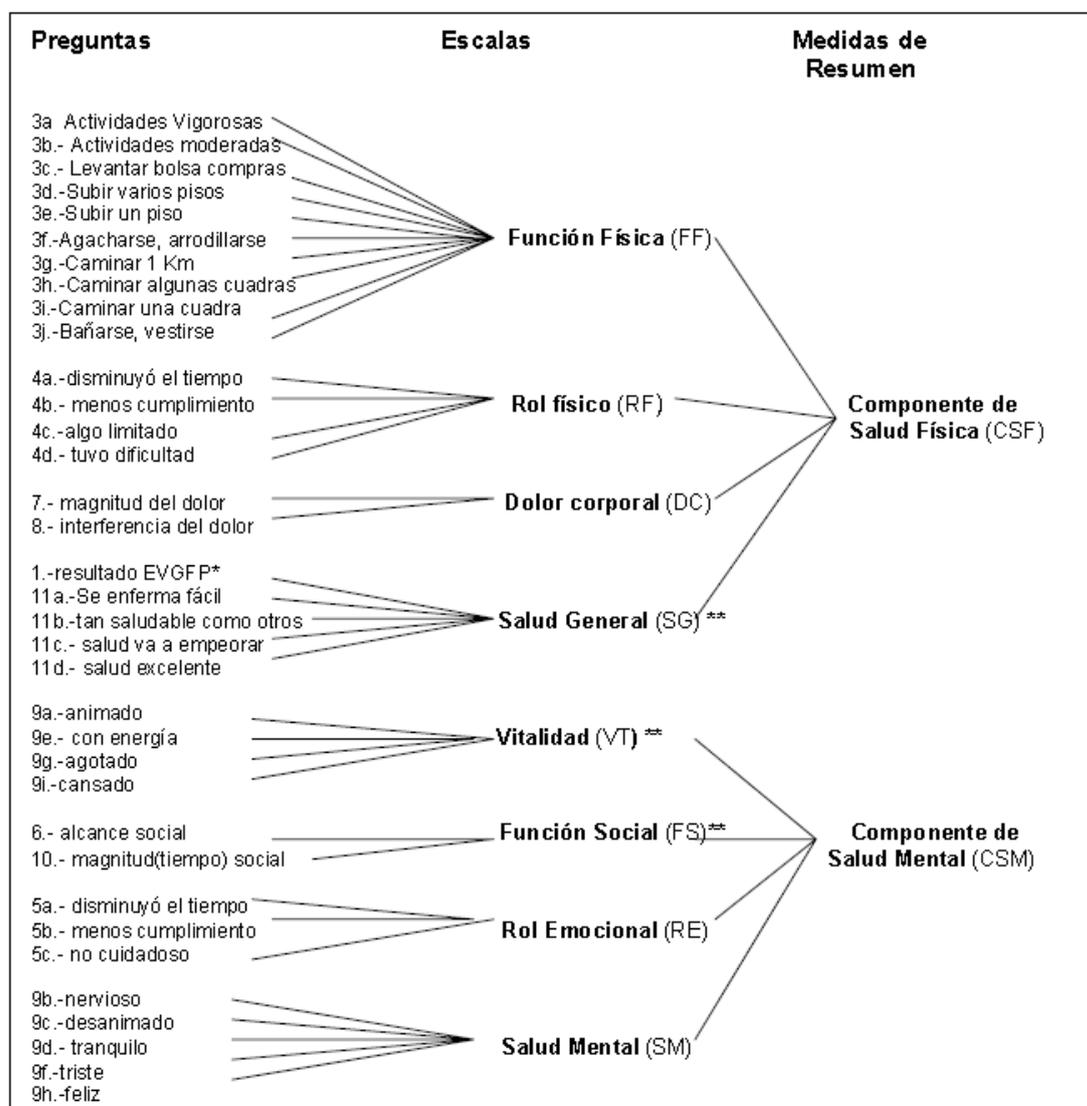


Figura 3. Modelo de medición del SF-36. Traducido de Ware JE, Kosinski M, Keller SD. 1994

*EVPGF= Excellent, Very Good, Good, Fair, Poor

Encuesta sociodemográfica

Se incorporó una pauta para caracterizar al encuestado según los siguientes tipos de variables: demográfico (edad, sexo, nivel educacional y ocupación previa al ingreso hospitalario) y social (previsión de salud, percepción de ingresos económicos, ocupación posterior al egreso) (Anexo 2).

4.6 ANALISIS DE DATOS

La información proporcionada por el instrumento fue codificada en la matriz computacional Microsoft Excel, Office 2013, y posteriormente analizada mediante una estadística descriptiva, que implicó obtener la distribución de frecuencia, calcular las medidas de tendencia central; moda, mediana y media; y finalmente obtener las medidas de variabilidad. Se procedió entonces a utilizar el método estadístico “Ji cuadrado” para grupos de 2 variables categóricas, la cual calculó por medio de tablas de contingencia y tabulación cruzada, lo que permitió establecer si esta relación es o no estadísticamente significativa, para esto se utilizó el programa SPSS-15.

4.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES

4.7.1 Variables cualitativas nominales.

DEFINICIÓN	NOMINAL	OPERACIONAL
Sexo	Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	- Femenino - Masculino
Nivel educacional	Etapa actual que conforma la educación de un individuo.	- Analfabeto - Básica incompleta - Básica completa - Media incompleta - Media completa - Técnico superior incompleta - Técnico superior completa - Universitaria incompleta - Universitaria completa
Ocupación o actividad previa al ingreso hospitalario	Función que desempeñaba previo al ingreso hospitalario.	- Trabajador dependiente - Trabajador independiente - Jubilado(a) - Cesante - Situación de calle
Previsión de salud	Financiador de prestaciones en salud	- Fonasa A - Fonasa B - Fonasa C - Fonasa D - Isapre - FF.AA - Otra

Ocupación o actividad posterior al egreso hospitalario	Función que desempeñaba o aun desempeña luego del egreso hospitalario	- La misma que antes - Otra: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Trabajador dependiente <input type="radio"/> Trabajador independiente <input type="radio"/> Jubilado(a) <input type="radio"/> Cesante <input type="radio"/> Situación de calle
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria.	<input type="radio"/> Muy limitada <input type="radio"/> Un poco limitada <input type="radio"/> No limitada
Rol físico	Frecuencia con la que la falta de salud interfirió en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> La mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Algunas veces <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Nunca
Dolor corporal	Intensidad del dolor padecido	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Muy poco <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo <input type="radio"/> Muy Severo
	Grado de interferencia del dolor padecido en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	<input type="radio"/> De ninguna manera <input type="radio"/> Un poco <input type="radio"/> Moderadamente <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Mucho
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar	<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Muy buena <input type="radio"/> Buena <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Mala
Vitalidad	Frecuencia de sentimientos de energía y vitalidad en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento.	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> Casi todo el tiempo <input type="radio"/> Un poco <input type="radio"/> Muy poco tiempo <input type="radio"/> Nunca
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales han dificultado sus actividades sociales.	<input type="radio"/> De ninguna manera <input type="radio"/> Un poco <input type="radio"/> Moderadamente <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Mucho

	Cantidad de tiempo en el que los problemas físicos o emocionales han dificultado sus actividades sociales.	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> La mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Algunas veces <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Nunca
Rol emocional	Frecuencia con la que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> La mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Algunas veces <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Nunca
Salud mental	Frecuencia de sentimientos de nerviosismo, ansiedad, tranquilidad, tristeza y felicidad.	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> Casi todo el tiempo <input type="radio"/> Un poco <input type="radio"/> Muy poco tiempo <input type="radio"/> Nunca

4.7.2 Variables cuantitativas continuas.

DEFINICIÓN	NOMINAL	OPERACIONAL
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	En años.
Ingresos económicos	Cantidad de recurso monetario que recibe mensualmente.	En miles de pesos.
Años de estudio	Número de años de estudios cursados.	En años

4.8 RIGOR METODOLÓGICO.

Se decidió realizar la investigación con el total del universo ya que era un número limitado, factible de abarcar y de fácil acceso a datos. De esta manera se asegura que los datos obtenidos sean representativos y puedan generalizarse a la población a estudiar. Por lo cual se puede asegurar que los resultados son confiables para ser usados de acuerdo a las proyecciones de la investigación.

Dentro de los resultados de la investigación se dieron a conocer también la variabilidad obtenida y las discrepancias o concordancias en relación a otros investigadores acerca del mismo tema. Así también se planificó el tiempo de trabajo en cada etapa del estudio para asegurar el orden en su desarrollo y la posibilidad de tener el

tiempo suficiente para trabajar en los datos de manera rigurosa y analizarlos correctamente.

4.9 IMPLICANCIAS ÉTICAS.

4.9.1 Principios de la bioética.

La investigación cumple con los principios bioéticos descritos por Beauchamp & Childress en 1979 (44).

Al no ser de tipo experimental, la población objetivo de estudio no se expuso a posibles riesgos físicos, psíquicos o emocionales relacionados con la participación activa de estos sujetos.

Durante la etapa inicial de la ejecución se informó claramente a todos los participantes en qué consiste y las implicancias de la investigación, respetando la autonomía de las personas a decidir participar. Esta decisión quedó respaldada en un formulario de consentimiento informado.

Para respetar el principio de beneficencia, cualquier investigación que involucre a humanos no se puede realizar sin su consentimiento. Es por ello que en el Consentimiento Informado, el participante tuvo la oportunidad de aclarar sus dudas y de retirarse libremente de la investigación en cualquier momento. Se protegió la voluntariedad de los participantes en el estudio, velando por mantener prácticas no coercitivas y sin la tentativa de recompensas inapropiadas o inexistentes.

En cuanto a la valoración de la relación riesgo/beneficio, está se relaciona directamente con la beneficencia de la investigación, la cual tiene un carácter positivo preponderante al no tratarse de una investigación de tipo experimental, por eso no se corre el riesgo de hacer una distribución desproporcionada de los recursos y beneficios y faltar al principio de justicia.

4.9.2 Selección equitativa de los participantes.

La selección de la población estudio se realizó según ciertas características que poseen los participantes definidas anteriormente en los criterios de selección, las cuales permiten el desarrollo de la investigación y fueron incorporados a la investigación, asegurando cumplir el principio de justicia

4.9.3 Proporción favorable entre riesgo – beneficio.

Este estudio no involucró ningún riesgo para los participantes y tampoco obtuvieron beneficios personales ya que estos son de carácter social permitiendo a los profesionales de la salud tener una base con validez científica sobre la cual poder realizar acciones que vayan en beneficio de los pacientes.

4.9.4 Consentimiento informado

Con todos los pacientes en estudio, se llevó a cabo el proceso de consentimiento informado. Se les explicó en detalle los fines de la investigación, los beneficios para los involucrados, además de dar a conocer los aspectos relevantes. Todo esto, dejando clara información acerca de los investigadores, además de la forma de contacto de estos, ante cualquier duda o eventualidad de los investigados. Finalmente se solicitó constancia mediante la firma al aceptar su participación.

4.9.5 Respeto por los participantes.

Se aseguró la confidencialidad de identidad ya que ni en las encuestas ni en los resultados se consignaron datos personales. También, en el proceso de consentimiento informado, los investigados tuvieron el derecho de negarse a participar de esta investigación y retirarse en cualquier momento, sin que esto signifique consecuencias negativas para ellos o los tesisistas. Además, las personas participantes tuvieron el derecho de realizar las preguntas necesarias y pedir la entrega de los resultados de la investigación, cuando correspondan.

Durante la aplicación de los cuestionarios, cada participante recibió un trato igualitario basado en el respeto, y amabilidad, asegurando un ambiente confortable y seguro.

Para esta investigación se solicitó la autorización a la Dirección del HBV y del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valdivia.

5. PROYECCIONES PARA ENFERMERÍA Y LA SALUD PÚBLICA

A través del tiempo, el profesional de enfermería se ha caracterizado por cimentarse sobre los pilares de servicio y cuidado al paciente, su familia y la comunidad. Todo cuidado ofrecido en las diferentes áreas de la atención en salud, debe ser dirigido a satisfacer las reales necesidades de las personas, que puede encontrarse sana o enferma. Es por esto que el/la enfermera/o debe valorar al individuo como un ser integral, biológico, psicológico, sociológico, espiritual, un ser holístico; diversos autores proponen distintos modelos para guiar o estructurar esta valoración, como lo es el modelo de las Necesidades Humanas de Inés Astorquiza.

Estudios como éste se hacen necesarios, ya que conocer la autopercepción de salud de los pacientes contribuye a una valoración más completa e integral para dirigir los cuidados enfermeros de una manera más personalizada y, por lo tanto, más efectiva, considerando la mirada de la propia persona afectada a la cual se dirige el plan de cuidados. Como se señaló anteriormente esta patología afecta de manera importante el aspecto psicológico y social de los pacientes por lo cual estudios como este podría confirmar este impacto y señalar la necesidad de realizar un trabajo multidisciplinario con los sobrevivientes a un IAM para fortalecer esta área afectada y promover la reinserción social y la recreación de estos pacientes y, por otra parte, prevenir trastornos emocionales como la depresión, ansiedad y estrés generadas por el temor provocado a raíz de la gravedad del evento cardiovascular vivido. No existen en la actualidad programas de salud con este enfoque y creemos necesaria su incorporación por la relevancia epidemiológica de la patología y su impacto en la salud física y mental de las personas afectadas.

Se espera que los resultados aporten información a todos los niveles de atención en salud, desde el alta hospitalaria hasta el seguimiento en policlínicos de especialidades y atención primaria, para fortalecer el rol de la enfermería asistencial a nivel local, ya que se pretende identificar los factores que condicionan la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un IAM, con el fin de brindar una atención de mayor calidad. Si se demuestra la utilidad de este tipo de estudio a nivel local puede servir como ejemplo para su desarrollo en otras localidades del país para mejorar la labor enfermera frente a este tipo de patología prevalente a nivel mundial y nacional.

6. RESULTADOS

Durante los meses de Septiembre y Octubre de 2014, en las dependencias del policlínico de cardiología del HBV, se aplicaron las encuestas SF-36 y sociodemográficas, a pacientes con las características de inclusión del estudio. De una población total de 72 pacientes, 8 fueron descartados debido a imposibilidad de comunicación o incapacidad de realizar la entrevista, 42 fueron contactados por vía telefónica, encontrándose 7 pacientes fallecidos y 2 rechazos, 22 pacientes no contestaron por este medio (números inválidos o sin respuesta) por lo que se procedió a dejar una citación escrita en sus domicilios. Se realizaron 33 entrevistas entre el 22 de Septiembre y el 15 de Octubre del 2014, de lunes a jueves desde las 14 a 17 horas y viernes de 14 a 16 horas.

6.1 PERFIL DE LOS USUARIOS DEL POLICLÍNICO DE CARDIOLOGÍA DEL HBV ENCUESTADOS

Tabla N°2: Perfil sociodemográfico de la población estudiada

Variable	Ítems	f	%
Edad (años)	<40	1	3,0
	40 a 50	5	15,2
	51 a 60	11	33,3
	61 a 70	7	21,2
	>70	9	27,3
	Media		62,15
Sexo	Femenino	9	27,3
	Masculino	24	72,7
Ingreso socioeconómico (en miles de pesos)	< 100.000	5	15,2
	100.000 a 250.000	15	45,5
	250.001 a 400.000	8	24,2
	400.001 a 550.000	1	3,0
	>550.000	4	12,1

Nivel educacional	Básica incompleta	4	12,1
	Básica completa	3	9,1
	Media incompleta	15	45,5
	Media completa	3	9,1
	Técnico superior incompleta	2	6,1
	Técnico superior incompleta	3	9,1
	Universitaria incompleta	2	6,1
	Universitaria completa	1	3,0

En la tabla n°2 se observa que la edad de la población estuvo entre 37 a 85 de años, con una media de 62,1, la mayoría de los pacientes se ubicaron en el rango etario de los 51 a 60 años con un 33,3%, seguido por el rango mayor a 70 años (27,3%). Destaca que del total de pacientes encuestados, un 81,8% son mayores de 50 años.

La distribución de la población según sexo evidencia un predominio del sexo masculino con un 72,7% del total de la población.

Al describir la variable ingreso socioeconómico de la población en estudio, podemos destacar que el 84,9% de los encuestados recibe un ingreso económico menor a \$400.000 y un 60,7% percibe un sueldo similar o inferior al sueldo base establecido actualmente en nuestro país. En relación a la variable previsión de salud, los resultados arrojaron que el 100% pacientes estaban afiliados a FONASA (Fondo nacional de salud) y, más específicamente, un 81,9% pertenecía a los grupos A y B.

En lo relativo al nivel educacional, destaca que ninguno de los pacientes encuestados era analfabeto y según los datos obtenidos, el mayor porcentaje de los pacientes posee un nivel educacional correspondiente a enseñanza media incompleta (45,5%).

Tabla N°3: Distribución de la población según actividad laboral previa al IAM

Actividad previa al IAM	f	%
Trabajador dependiente	10	30,3
Trabajador independiente	10	30,3
Jubilado	8	24,2
Cesante	1	3
Dueña de casa	4	12,2

Actividad posterior al IAM	f	%
La misma que antes	24	72,7
Trabajador dependiente	1	3,0
Trabajador independiente	2	6,1
Jubilado	5	15,2
Cesante	1	3,0

El 60,6% de la población estudiada tenía actividad laboral al momento de sufrir el IAM, ya sea como trabajador dependiente o independiente; los demás pacientes estaban jubilados, cesantes o eran dueñas de casa. En la Tabla n° 3 se observa que un 72,7% de los encuestados no cambio su situación laboral posterior al infarto. En la proporción restante aumentó el desempleo en un 18,2% (15,2% por jubilación y 3,0% por cesantía) y un 9,1% cambio su situación laboral de trabajador dependiente a independiente o viceversa.

6.2 CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LOS PACIENTES: DIAGNÓSTICO DE INGRESO, TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE EGRESO.

En un 100% de los casos entrevistados, los pacientes fueron ingresados a la hospitalización con diagnóstico de IAM y este criterio se mantuvo hasta su alta hospitalaria, sólo se diferenció la localización del infarto, diagnosticándose en un 27,3% de los entrevistados con IAM de pared anterior, un 36,4% con IAM de pared inferior, un 30,3% con Infarto sub endocárdico agudo de miocardio y un 6% con IAM de otros sitios.

Respecto al tratamiento entregado a estos pacientes destaca que en el 100% de los casos se realizó angioplastia coronaria percutánea (ACP) como tratamiento debido a la disponibilidad de este tratamiento en la ciudad de Valdivia.

6.3 PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA

Tabla 4: Medidas de tendencia central de los dominios del cuestionario SF-36

		Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
CSF	SF-36 (1) Función física	74,09	80,00	100	5	100
	SF-36 (2) Rol Físico	71,40	81,25	100	0	100
	SF-36 (3) Dolor Corporal	70,38	67,50	100	0	100
	SF-36 (4) Salud General	61,08	59,17	59,2 ^a	20,8	95,8
	SF-36 (5) Vitalidad	71,59	75,00	87,5	31,3	100
CSM	SF-36 (6) Función social	88,56	100,00	100	25	100
	SF-36 (7) Rol emocional	77,37	83,33	100	0	100
	SF-36 (8) Salud Mental	67,27	70,00	50	20	100

El CSF consta de las escalas Función física, Rol físico, Dolor corporal y Salud general. El CSM consta de las escalas Vitalidad, Función Social, Rol emocional y Salud Mental.

Para determinar si corresponde a buena o mala percepción de salud física y mental, se utilizó las medidas de tendencia central de cada uno de los dominios de la encuesta de percepción de calidad de vida SF-36 (tabla nº4) y la Norm-Based Score (NBS) Calculator, se utilizó como parámetros los puntajes obtenidos en una población de Estados Unidos en 1998, ésta evidenció que el 42,4% de la población del estudio tiene una mala percepción de salud física y un 48,5% una mala percepción de salud mental a más de 1 año de haber sufrido el evento isquémico. (Ver Tabla N°5)

Tabal 5: Distribución de la población según percepción de salud física y mental

VARIABLES	Ítems	f	%
Percepción Salud Física	Buena percepción de salud física	19	57,6
	Mala percepción de salud física	14	42,4
Percepción Salud Mental	Buena percepción de salud mental	17	51,5
	Mala percepción de salud mental	16	48,5

6.4 ASOCIACIÓN CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Para comprobar la relación entre percepción de calidad de vida y las variables sociodemográficas se realizaron pruebas no paramétricas para variables categóricas.

Tabla 6: Relación entre sexo y percepción de salud física.

SEXO	PERCEPCION COMPONENTE SALUD FISICA (CSF)					
	Buena salud física		Mala salud física		Total	
	N	%	N	%	N	%
Femenino	2	22,2	7	77,8	9	100
Masculino	17	70,8	7	29,2	24	100
Total	19	57,6	14	42,4	33	100

p: significativa

Al estudiar la asociación de la percepción de calidad de vida y las variables sociodemográficas (sexo, rango de edad, nivel educacional), de los pacientes que sufrieron un IAM, luego de un año o más de ocurrido el evento, solo se observó asociación estadísticamente significativa entre las variables percepción de salud física y sexo ($p=0,019$). En la tabla N°6 se refleja esta asociación, destacando que un 77,8% de las mujeres tienen una percepción de mala salud física, muy superior al 29,2% reflejado por los varones.

Tabla 7: Relación entre Sexo y percepción salud mental (CSM)

SEXO	PERCEPCION COMPONENTE SALUD MENTAL (CSM)					
	Buena salud mental		Mala salud mental		Total	
	N	%	N	%	N	%
Femenino	4	44,4	5	55,6	9	100
Masculino	13	54,2	11	45,8	24	100
Total	17	51,5	16	48,5	33	100

P: no significativa

A su vez, la tabla n°7 muestra diferencias porcentuales entre hombres y mujeres en relación a la percepción de su salud mental, pero no existe asociación estadísticamente significativa entre estas variables. ($p= 0,708$).

Respecto a la relación entre rango de edad y percepción de componente de salud física (CSF) y salud mental (CSM), si bien se aprecian diferencias porcentuales en cada categoría, estas diferencias no arrojan una asociación estadísticamente significativa

entre el rango de edad y la percepción de calidad de vida en el CSF ($p= 0,383$), rango de edad y la percepción de calidad de vida en el CSM ($p= 0,234$) (tabla n°8).

Tabla 8: Relación entre rango de edad y percepción de componente de salud física (CSF) y salud mental (CSM).

RANGO EDAD	PERCEPCION SALUD FISICA (CSF)				PERCEPCION SALUD MENTAL (CSM)			
	Buena salud física		Mala salud física		Buena salud Mental		Mala salud mental	
	f	%	N	%	f	%	N	%
<40 años	1	100	0	0	1	100	0	0
40 – 50 años	3	60	2	40	3	60	2	40
51 – 60 años	4	36,4	7	63,6	7	63,6	4	36,4
61 – 70 años	4	57,1	3	42,9	1	14,3	6	85,7
>70 años	7	77,8	2	22,2	5	55,6	4	44,4
Total	19	57,6	14	42,4	17	51,5	16	48,5

P: no significativa

El 87,5% de las personas con un nivel educacional superior a cuarto medio tienen una percepción de buena salud física, sin embargo no hay asociación estadísticamente significativa ($p= 0,694$). De igual manera, a pesar de las diferencias porcentuales del CSM según los distintos niveles de educación, no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel educacional y la percepción de calidad de vida en el área de la salud mental ($p= 0,076$) (tabla n°9).

Tabla 9: Relación entre nivel educacional y percepción de salud física y mental.

Nivel educacional	PERCEPCION SALUD FISICA (CSF)				PERCEPCION SALUD MENTAL (CSM)			
	Buena salud física		Mala salud física		Buena salud mental		Mala Salud mental	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Básico incompleto	2	50	2	50	0	0	4	100
Básico completo	2	66,7	1	33,3	1	33,3	2	66,7
Media incompleta	6	40	9	60	10	66,7	5	33,3

Media completa	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3
Técnico superior incompleta	2	100	0	0	2	100	0	0
Técnico superior completa	2	66,7	1	33,3	1	33,3	2	66,7
Universitario incompleto	2	100	0	0	0	0	2	100
Universitario completo	1	100	0	0	1	100	0	0
Total	19	57,6	14	42,4	17	51,5	16	48,5

P: no significativa

7. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos del estudio nos permiten contrastar la realidad internacional, nacional y regional con respecto a la problemática que significa el cambio en la calidad de vida de los pacientes posterior a sufrir un IAM.

Los datos recopilados demuestran que gran parte de los pacientes entrevistados (81,8%) son mayores de 50 años, lo que refleja la realidad nacional de incidencia de IAM. Además cabe mencionar que el sexo masculino presenta un mayor índice de prevalencia en todos los estratos etarios con un 72,7% del total de entrevistados, lo que concuerda con la bibliografía revisada (1).

Se observó que el 100% de pacientes contaban con previsión FONASA, esto debido a que este estudio se realizó en un establecimiento del sector público de salud, el tratamiento recibido en el 100% de los casos fue Angioplastia Coronaria Percutánea (ACP), debido a que la población en estudio pertenecía en su totalidad a la comuna de Valdivia, donde este tipo de tratamiento está disponible.

En relación a la mortalidad de los 72 pacientes iniciales, 7 fallecieron durante los primeros 18 meses de ocurrido el episodio isquémico, lo que significa un 9,7% de mortalidad, esto coincide con las cifras nacionales que están entre el 4% y 10% luego del primer año de ocurrido el evento (3).

En relación a la percepción de calidad de vida, se observa que un 42,4% de los pacientes presenta una mala percepción de salud física y un 48,5% manifiesta una mala percepción de salud mental, que son significativamente menores que los datos arrojados por el estudio realizado en España el año 1994 por Gutiérrez et al. "Efecto de los factores sociales sobre la calidad de vida de los supervivientes de un infarto de miocardio" con un 68% de mala percepción de calidad de vida (9). Lo mismo ocurre al comparar con el estudio de Vargas R et al. y la investigación realizada por Breijo, el primer estudio mostró un 82% de peor percepción de calidad de vida luego de sufrir un IAM, y el segundo evidenció que el 85,9% de la población en estudio presentaba un empeoramiento en su calidad de vida luego del episodio isquémico (38,39). Ambos estudios muestran cifras porcentuales de mala percepción de calidad de vida, muy superiores a las arrojadas en este estudio.

Al comparar el estudio realizado por Abreu A., et al "Calidad de vida en los pacientes post infarto de miocardio. Diferencia según la edad", en España (2006), que utilizó el Cuestionario español de Calidad de Vida en pacientes post infarto" de Velasco

y cols., también muestra que la calidad de vida se afectó de forma moderada a severa en más del 50% de la población, sin embargo este autor describe que los pacientes más jóvenes estaban más afectados que los mayores, diferencia no significativa en éste estudio (40).

En suma, los diversos estudios realizados por otros autores a nivel internacional, muestran que la calidad de vida se percibe como peor en el área física y mental posterior a un IAM, lo que concuerda con éste estudio. Sin embargo, las cifras porcentuales de mala percepción de calidad de vida resultantes de esta investigación son bastante inferiores a las evidenciadas en estudios de otros países.

La formación universitaria de los profesionales de enfermería se destaca por observar al paciente con un enfoque biopsicosocial y de manera holística. Esto significa observar al hombre como un ente completo que se compone de tres elementos principales; lo biológico, que guarda relación con todas las estructuras vitales y corporales, lo psicológico que se relaciona con el pensar y sentir del individuo, y lo social, que establece que todo ser pertenece a una sociedad que la constituye personas semejantes a él, que lo rodea y establece relaciones humanas. Lo holístico guarda relación con el tratar al ser humano como un todo indivisible. Es por esto que preocuparnos solo del área biológica puede conducir a que el paciente no recupere completamente su estado de salud óptimo.

CONCLUSIONES

Un estado óptimo de salud no sólo depende de la ausencia de enfermedad, sino también del bienestar físico, mental y social, que pueden modificar la percepción de calidad de vida en las personas, especialmente de aquellos que han presentado graves situaciones de salud. Es por esto que los profesionales de enfermería deben velar por mantener estas necesidades en un nivel adecuado.

Del total de personas que sufrieron un Infarto Agudo del Miocardio, la mortalidad a un año del evento fue de un 7,9%, de la población estudiada (33 personas) el sexo masculino es el más afectado, corresponde al 72,7%, con una media de edad de 62,25 años, mayoritariamente con un nivel educacional de media incompleta.

El estudio realizado confirma que el IAM afecta la calidad de vida de las personas, perciben un empeoramiento en el área física y mental. Es significativo que el 42,4% de los pacientes refieren una mala percepción de salud física y un 48,5% manifiesta una mala percepción de salud mental. Aunque prevalece el sexo masculino, éstos presentan una mejor percepción de salud física y mental en comparación con el sexo femenino.

Si bien la mayoría de los pacientes no presentaron cambios en su estilo de vida luego de presentar el IAM (72,7%), hubo pacientes que efectivamente se vieron obligados a hacerlo (27,3%), estos cambios pueden acarrear serios problemas en el área mental y social y por consiguiente, presentar enfermedades agravantes del estado de salud.

Lo que nos lleva a la necesidad de replantear las actuales estrategias de atención por parte del personal de salud y en especial el rol de enfermería en la atención de esta población. Una atención integral y personalizada por parte del profesional de enfermería, centrada en aquellas áreas en conflicto, podrían suponer un manejo adecuado y oportuno de las necesidades del paciente, lo que se traduciría en un mejoramiento de su calidad de vida. Esto también supone un trabajo interdisciplinario.

Este estudio podría complementarse con investigaciones de las consecuencias de la percepción de mala calidad de vida, como por ejemplo ansiedad, depresión y aislamiento social, que se consideran factores de riesgo para enfermedades cardíacas independientes de los factores de riesgo convencionales.

REFERENCIAS

1. MINSAL. Mortalidad por causas, según sexo. Chile 2000-2010 Santiago. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Santiago: 2011. Disponible: http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Serie_Mortalidad_causa_Chile_2000_2010/Chile.htm
2. MINSAL. Objetivos sanitarios de la Década 2000-2010. Evaluación final del período. Santiago: 2010. p. 77. Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EvaluacionObjetivosSanitarios2000-2010.pdf>
3. Escobar MC, Obreque A. Implementación del enfoque de riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular. Santiago: MINSAL 2010. p. 44.
4. Thygesen K, Alpert J, Jaffe A, Simoons M, Chaitman B, White H. Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction Third universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2012; 33: 2551–2567.
5. MINSAL. Guía clínica infarto agudo del miocardio con supradesnivel del segmento ST. Santiago: Minsal, 2010. p. 44 Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3323d1e04001011f011398.pdf>
6. Guarda E, Prieto JC, Sanhueza P, Dauvergne C, Asenjo R, Corbalán R. Guías 2009 de la Sociedad Chilena de Cardiología para el tratamiento del Infarto Agudo del Miocardio con supradesnivel del ST. *Rev Chil Cardiol.* 2009; 28 (2): 223-254. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602009000200014&lng=es
7. Prieto, J. Grupo de estudio multicéntrico del infarto (GEMI) et al. Mortalidad intrahospitalaria en hombres y mujeres según terapias de reperfusión en infarto agudo al miocardio con supradesnivel del ST. *Rev. méd. Chile [online].* 2008; 136(2): 143-150. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200001>.
8. Morrow DA, Antman EM, Charlesworth A, et al. TIMI risk score for ST-elevation myocardial infarction: A convenient, bedside, clinical score for risk assessment at presentation: An intravenous nPA for treatment of infarcting myocardium early II trial substudy. *Circulation* 2000; 102:2031.
9. Gutiérrez T, Lator J. Efecto de los factores sociales sobre la calidad de vida de los supervivientes de un infarto de miocardio. *Med Clin* 1994; 103(20): 766 - 79.
10. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, et al. Stress and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust* 2003; 178: 272-6.
11. Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, et al. Depression as a risk factor for mortality following coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003; 362: 604-9.
12. Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid: Rialp 2000. Disponible en <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
13. Campbell A. The sense of well-being in america. McGraw-Hill, New York 1981.
14. Meeberg GA. Quality of life: A concept analysis. *J Adv Nurs* 1993; 18: 32-38.

15. Puiggròs C, Lecha M, Rodríguez T, Pérez-Portabella C, Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutr Hosp* 2009; 24(2):156-160.
16. Shaw A. Defining the quality of life. *Hasting Cent Rep* 1977; 7:11.
17. Felce D. y Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement. *Res Dev Disabil* 1995; 16(1): 51-74.
18. Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería* 2003; 9 (2): 9-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es.
19. Taillefer MC, Dupuis G, Roberge MA, Le May S. Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Soc Indic Res* 2003; 64(2): 293-323.
20. Gill TM, Feinstein AR. A critical Appraisal of the quality of life measurements (abstract). *J Am Med Assoc* 1994; 272 (8): 619-626.
21. Cummins R. A. Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intell Disabil Res* 2004; 49: 699-706.
22. Fernández-Ballesteros R. Quality of Life: The differential conditions. *Psychol. Spain* 1998; 2(1): 57-65.
23. Trujillo S, Tobar C, Lozano M. Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Univ Psychol.* 2004; 3(1): 89-98.
24. Padilla G, Grant, M, Ferrell B. Nursing research into quality of life. *Qual Life Res* 1992; 1: 341-348.
25. Torres A, Sanhueza A. Modelo estructural de la enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2006; 12(1):9-17. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000100002&lng=es.
26. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* 2012; 30(1): 61-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082012000100006.
27. Borthwick-Duffy SA. Quality of life and quality of care in mental retardation. In L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000*. Berlin: Springer-Verlag. 1992. p.52-66.
28. Naughton J, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales, quality of life and pharmaco-economics in clinical trials. *Spilker B.* 1996; 117-131.
29. Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc. Enferm.* [online]. 2003; IX (2): 9-21.
30. Schwartzmann L, Olaizola I, Guerra A, Dergazarian S, Francolino C, Porley G et al. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista Médica del Uruguay.* 1999 Aug; 15(2):103-109.
31. WHOQOL GROUP The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41(10): 1.403-1.409.
32. Donovan K, Sanson-Fisher RW, Redman S. Measuring quality of life in cancer patients. *J Clin Oncol* 1989; 7: 959-68.
33. Soto M, Failde I. Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 505-514.

34. Permanyer-Miralda G, Brotons C. Determinación de la calidad de vida en los pacientes con coronariopatía: el estado de la cuestión. *Cardiovascular Risk Factors* 1999; 8: 17-263.
35. Dempster M, Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart* 2000; 83: 641-4.
36. Brown K. A review to examine the use of SF-36 in cardiac rehabilitation. *Br J Nurs.* 2003 Aug 14-Sep 10; 12(15):904-9
37. Velasco J, Del Barrio V, Mestre M, et al. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Rev Esp Cardiol* 1993; 46:552-8.
38. Vargas R., Calidad de vida relacionada con salud de los pacientes post infarto de miocardio. Colombia: *Rev Ciencia y Cuidado.* 2008; 5 (1)
39. Breijo F., Quality of life in patients myocardium post-infarctation. Boston, 2006.
40. Abreu A., Calidad de vida en los pacientes post infarto de miocardio. Diferencia según la edad. España: *Rev Tempus Vitalis.* 2003; 3 (2)
41. Gómez A. Calidad de vida en Rehabilitación Cardíaca. Ponencia Hospital La Paz. Madrid 2012. Disponible en: <http://www.sorecar.org/index.php?idarticle=60&idtema=26>
42. Ware JE, Gandek B, IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Ment Health* 1994; 23: 49-73.
43. Olivares P. Perfil del Estado de salud de beneficiarios del Sistema Isapres: Informe preliminar. Centro de Documentación. Estudios del Sistema. 2005 Disponible en : http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-1068_recurso_1.pdf
44. Beauchamp T, Childress J. Principios de la ética biomédica. Barcelona: Masson; 2002.

ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario SF-36 v.2

CUESTIONARIO SF-36 v.2 TM

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que **su Salud es**:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- Comparando su Salud con la de un año atrás, Como diría Ud. que en general, está **su Salud ahora?**

Mucho mejor Algo mejor Igual Algo peor Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿ Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. Cuanto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

Actividades	Si, muy limitada	Si, un poco limitada	No, no limitada
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias cuadras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) caminar una sola cuadra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante el último mes ¿ Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de *su salud física*?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la <i>cantidad de tiempo</i> dedicada a su trabajo u otra actividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo <i>menos</i> de lo que le hubiera gustado hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo <i>limitado</i> en su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tuvo dificultad</i> para realizar su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Durante el último mes ¿ Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de *problemas emocionales* (sentirse deprimido o con ansiedad) ?

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido el <i>tiempo</i> dedicado su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha <i>logrado hacer menos</i> de lo que hubiera querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo su trabajo u otra actividad con <i>menos cuidado</i> que el de siempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Durante el último mes, ¿ En que medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus *actividades sociales normales* con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

7.-¿ Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo en el último mes?

Ninguno Muy poco Leve Moderado Severo Muy severo

8.- Durante el último mes ¿ Hasta que punto el **dolor ha interferido con sus tareas** normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa) ?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a **como se ha sentido Ud.** durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. **Cuanto tiempo** durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
Se sintió muy animoso?	<input type="radio"/>				
Estuvo muy nervioso?	<input type="radio"/>				
Estuvo muy decaído que nada lo anima?	<input type="radio"/>				
Se sintió tranquilo y calmado?	<input type="radio"/>				
Se sintió con mucha energía?	<input type="radio"/>				
Se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>				
Se sintió agotado?	<input type="radio"/>				
Se ha sentido una persona feliz?	<input type="radio"/>				
Se sintió cansado?	<input type="radio"/>				

10.- Durante el último mes ¿ **Cuánto de su tiempo** su salud física o problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales**, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.

Siempre la mayor parte del tiempo Algunas veces Pocas veces Nunca

11.- Para Ud. Que tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
Me enfermo con más facilidad que otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy tan saludable como cualquiera persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi salud va a empeorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud es excelente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asignación de puntaje. Enfoque Rand es simple. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de items de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los items no respondidos no se consideran.

ANEXO 2: Encuesta Sociodemográfica

Completar o marcar con una X en el espacio correspondiente

Edad		años
-------------	--	------

Sexo	Femenino		masculino
-------------	----------	--	-----------

Ingresos económicos Señale la cantidad de recurso monetario que recibe mensualmente.	\$
--	----

Nivel educacional Señale el nivel educacional alcanzado hasta la fecha de hoy.		Años cursados
Enseñanza Básica: 1° ___ 2° ___ 3° ___ 4° ___ 5° ___ 6° ___ 7° ___ 8° ___	-Técnico superior incompleta	
	-Técnico superior completa	
	-Universitaria incompleta	
	-Universitaria completa	
Enseñanza Media: 1° ___ 2° ___ 3° ___ 4° ___	Analfabeto: SI ___ NO ___	

Ocupación o actividad previa al ingreso hospitalario Función que desempeñaba previo al ingreso hospitalario.	-Trabajador dependiente	
	-Trabajador independiente	
	-Jubilado(a)	
	-Cesante	
	-Situación de calle	

Previsión de salud Financiator de prestaciones en salud	-Fonasa A		Isapre	
	-Fonasa B		FF.AA	
	-Fonasa C		Otra	
	-Fonasa D			

Ocupación o actividad posterior al egreso hospitalario Función que desempeñaba o aun desempeña luego del egreso hospitalario	La misma que antes		
		Trabajador dependiente	
		Trabajador independiente	
		Jubilado(a)	
		Cesante	
	Situación de calle		

¿Usted Fuma? Sí ___ No ___ ¿Usted bebe alcohol habitualmente? Sí ___ No ___

ANEXO 3:



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: “Percepción de Calidad de Vida en Paciente post IAM y factores relacionados. Valdivia. Primer Semestre 2014”

Tesistas:

- Lucía Catalán
- Tomás Echeverría
- Leonel Martínez

E-mail: tesis.iam2013@gmail.com

Profesor Patrocinante de tesis: Elizabeth Flores G.

E-mail: idaflores@uach.cl

Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile.

Fono: 063-221131 **Fono:** (63) 221132 – **Fax:** (63) 213352

Revisado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valdivia.

He sido informado sobre una investigación que será realizada por parte de Tesistas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, cuyo objetivo es Determinar la percepción de calidad de vida y factores relacionados durante el primer semestre del 2014, en pacientes que sufrieron un IAM durante el periodo Julio 2012 - Junio 2013, residentes en Valdivia.

He sido invitado (a) a participar de esta investigación dado que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, como haber sufrido un IAM hace más de un año y ser un/una adulto (mayor a 18 años).

Al incorporarme al estudio se me ha explicado que los tesistas de la Universidad Austral de Chile accederán a los datos de mi ficha clínica que se encuentra en las dependencias del Hospital Regional de Valdivia, permitiendo la obtención de datos personales y aquellos que no se puedan obtener por esta vía serán recopilados mediante una encuesta breve. Se me ha asegurado también que todos los datos recopilados serán manejados con reserva y para uso exclusivo de esta investigación por parte de los tesistas, resguardando la privacidad y confidencialidad de la información que se rescate,

manteniéndose en todo momento el anonimato de mi identidad.

Mi participación consistirá en responder una Encuesta Sociodemográfica y el Cuestionario SF-36 que evalúa la percepción de calidad de vida relacionada con la salud. Se ha estimado que requiere de un tiempo de aproximadamente 15 a 20 minutos en su contestación.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica riesgos ni costos y que mi participación, es absolutamente libre y voluntaria. De manera que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones, sin derivar esto en ninguna sanción ni menos aún, provocar un menoscabo en la atención que recibo o que necesite a futuro.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información obtenida de datos y resultados de las evaluaciones será manejada con reserva y sólo para los fines de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar al investigador responsable cuyo teléfono y dirección se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, _____ he sido informada(o)

por el Sr./Sra./Srta. _____ respecto al estudio quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar No aceptar , mi participación en el estudio.

Firma usuario

Firma persona que aplica el consentimiento