

Imagen Corporal y Calidad de vida de mayores incluidos en un programa de Rehabilitación Cardíaca

Body Image and quality of life of senior citizens included in a cardiac rehabilitation program

Fernanda Vargas Amaral (1)

Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil)
fevamaral@hotmail.com

Resumen

La mayor parte de las personas que conviven con algún tipo de enfermedad, tienden a adoptar un mayor número de hábitos saludables, pudiendo crear nuevas maneras de ver la vida y a sí mismos. El objetivo de este estudio fue verificar la relación entre índices de calidad de vida y percepción de la imagen corporal de los pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardiovascular en Florianópolis/Brasil. La muestra estuvo compuesta por 24 sujetos varones con una edad de $62 \pm 1,3$ años, portadores de Enfermedad Arterial Coronaria. Para evaluar la calidad de vida, se utilizó el cuestionario *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) y para identificar el grado de descontento de la muestra con la imagen corporal, se aplicó el cuestionario de *Stunkard y Sorensen* (1993). El análisis de las pruebas fue hecho a través de un programa de estadísticas utilizando para tal fin, el software SPSS 11.0. El grado de asociación entre variables fue estudiado a partir del test de Kendall. Se verificó que cuanto mayor es el IMC y la silueta actual, mayor el grado de insatisfacción con la imagen corporal. Los síntomas emocionales también parecen estar correlacionados significativamente con un deseo de obtener una menor silueta corporal y con indicadores de menor calidad de vida ($r = 0,474$ y $r = 0,735$; $p < 0,05$). Los síntomas físicostambién se encuentran correlacionados de manera significativa con los síntomas emocionales. Estos resultados sugieren que las variables referentes a la calidad de vida poseen un peso significativo en la imagen corporal y la satisfacción con ésta, parece correlacionar con una menor cantidad de problemas emocionales y en un mejor afrontamiento de la enfermedad. Los programas de rehabilitación cardiovascular que implementan actividad física en los hábitos diarios se muestran adecuados como herramienta para la mejora de dichas dolencias en esta fase post aguda.

Palabras claves: imagen corporal, calidad de vida, rehabilitación cardíaca.

Abstract

Most people who have to live with some kind of disease tend to adopt healthy habits and create new ways of seeing themselves. The aim of this study is to explore the relationship between the index of quality of life and self perception of patients included in a cardiovascular rehabilitation program in Florianópolis/Brazil. The sample consists of 24 subjects of 62 ± 1.3 years of age, who have coronary artery disease. The Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) was used to assess the quality of life, and to identify the degree of body image discontentment the Stunkard and Sorensen questionnaire (1993) was applied. Statistical analysis was made through statistics programs and the software SPSS 11.0. The degree of association between variables was studied with Kendall test. It was verified that the higher the BMI and the current body shape, the greatest the degree of body image dissatisfaction. The emotional symptoms also appear to be significantly correlated with a desire for a smaller body shape and with indicators of lower quality of life ($r = 0.474 = 0.735$, $p < 0.05$). The physical symptoms were also considerably associated with the emotional symptoms. These results suggest that the variables concerning the quality of life are meaningful to significant body image and satisfaction, which seems to correlate with fewer emotional problems and better facing of the disease.



Cardiovascular Rehabilitation Programs that implement physical activity in daily habits proves to be a suitable tool for improving these ailments in this post-acute phase.

Key words: Body Image, Quality of Life, Cardiac Rehabilitation

Introducción

En el estado actual de las neurociencias, según el consenso de varios autores (Watson, Dritschl, Obonsawin & Jentzsch, 2007), no se puede describir la relación entre cerebro y conducta, ni siquiera para las formas más simples de comportamiento, de una manera cabal. Incluso con las técnicas refinadas de la tomografía computerizada o la resonancia magnética se puede solo describir, y bajo condiciones especiales, terrenos toscamente delimitados para extraer de ahí conclusiones que, en última instancia, se apoyan en datos estadísticos. Lo mismo puede predicarse de la relación entre el cerebro y la consciencia del “yo”, donde se pone de manifiesto un delicado intercambio entre todos los elementos del cerebro. La representación del “yo” es ecológicamente importante porque determina la relación entre nosotros mismos y los otros en el comportamiento social. Para Kosslyn (2001), la imagen visual no sólo actúa en el sistema motor, sino también afecta el cuerpo, tanto como una percepción real. Sin embargo, la presencia de algún tipo de enfermedad o la muerte de personas significativas, conflictos conyugales, insatisfacción personal o profesional, pérdida de empleo o prestigio, puede desencadenar síntomas coronarios. Los hábitos y el estilo de vida poseen un gran efecto sobre la enfermedad coronaria, se cree que un 90% de las enfermedades coronarias podrían prevenirse en el caso de que los factores de riesgo fuesen controlados con un estilo de vida más sano (Nieman, 1999). El objetivo principal de los programas de rehabilitación cardíaca es minimizar los efectos fisiológicos y psicológicos de las enfermedades cardíacas, reducir los riesgos de muerte súbita o un nuevo evento cardíaco, controlar los síntomas cardíacos, estabilizar o revertir el proceso aterosclerótico, además de promover una mejora en la autoestima y en la vida social de los pacientes. Existen evidencias que indican que en Programas de Rehabilitación Cardíaca existe una mejoría en el perfil lipídico, en la tolerancia al ejercicio, disminución del número de cigarrillos fumados cesación del hábito, mejora en el estado emocional, bienestar, reducción del estrés y de la mortalidad total (Souza et al., 2000).

Metodología

La muestra estuvo compuesta por 24 alumnos del sexo masculino con edad media de 62 años ($\pm 1,3$ años), portadores de Enfermedad Arterial Coronaria y participantes del Núcleo de Cardiología, situado en el Centro de Educación Física, Fisioterapia y Deporte (CEFID), de la Universidad del Estado de Santa Catarina(UESC), localizada en Florianópolis, Santa

Catarina/Brasil. Siendo entregado y firmado un consentimiento informado, de acuerdo con las normas previstas para investigación con humanos del comité de ética de la UDESC.

El protocolo de los ejercicios fue compuesto por ejercicios aeróbicos, de fuerza y flexibilidad. El Calentamiento era de 7 minutos de duración conteniendo estiramiento de los principales grupos musculares, seguidos de caminata lenta a fin de disminuir la probabilidad de lesiones (Kannel, 1990; Paffenbarger, et al., 1994). El trabajo de Resistencia aeróbica fue realizado a través de 30 minutos de caminata, que inicialmente se realizaba a una frecuencia de 60% a 70% de la FC máxima observada en el test de esfuerzo, pudiendo progresar a una frecuencia de 70% a 85% dependiendo de la individualidad biológica del paciente. Pacientes con elevada capacidad funcional (8 a 10 METs) y asintomáticos, pudieron optar por realizar un entrenamiento a través de jogging o entrenamiento intercalando caminata más jogging (Pollock & Wilmore, 1993).

Los ejercicios de fuerza muscular fueron realizados a través de contracciones dinámicas compuestas de 2 a 3 (dos a tres) series estructuradas de 15 a 20 (quincea veinte) repeticiones (el objetivo principal fue aumento del flujo sanguíneo local y no la hipertrofia muscular) con intervalos de 30 segundos entre series, para minimizar los niveles de tensión alcanzados a cada repetición. Tras los ejercicios de fuerza, los ejercicios de flexibilidad fueron ejecutados de forma activa, asistida o pasiva con auxilio de un compañero, con movimientos realizados en una o dos series de 10 a 30 segundos (Mathias, Jorge, & Laurent, 2004)

Para evaluar la masa corporal, fue utilizado el índice de masa corporal (IMC), que es un valor obtenido por la división del peso en kilogramos por el cuadrado de la estatura en metros. Según la *World Health Organization* (1998) se establece los siguientes límites de corte: bajo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($IMC 18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) y obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$).

Para evaluar las variables referentes a la calidad de vida se utilizó el cuestionario MLHFQ que es un instrumento específico para la percepción de los efectos de la enfermedad cardíaca en la vida de los pacientes. Posee 21 ítems respecto a cuestiones relacionadas a la salud, al estado físico, al socioeconómico y al estado psicológico; y con cuestiones que muestran variables frecuentemente citadas por los pacientes. El cuestionario es una evaluación cuantitativa, en el que cada pregunta se refiere a los diferentes modos que los individuos pueden estar afectados en diferentes intensidades. La respuesta puede ser graduada de 0 (no afectó) a 5 (afectó demasiado). La puntuación final se obtuvo a través de la suma de las 21 cuestiones. Los Síntomas Físicos, los ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 y 13 son sumados individualmente. Para los síntomas Emocionales, los ítems 17, 18, 19, 20 y 21 deben ser sumados por separado (Rector, et al., 1999).

Para identificar el descontento de la muestra con la imagen corporal, fue aplicado el cuestionario que contiene las 18 figuras de silueta corporal de *Stunkard y Sorensen* (9 masculinas y 9 femeninas). En éste, cada individuo de la muestra señaló con cuál silueta se identifica, y en cuál le gustaría estar. Para la evaluación de la satisfacción corporal, se subtrae la apariencia corporal real de la apariencia corporal ideal, pudiendo variar de -8 hasta 8. Si esa variación fuera igual a cero, se clasifica la persona como satisfecha, y si es diferente de cero, se clasifica como insatisfecha. En el caso que la diferencia fuere positiva, es una insatisfacción por el exceso de peso; y, cuando fuere negativa, se trata de una insatisfacción por bajo peso. Finalmente es dada la opinión del investigador, con base en los datos del IMC, siendo que la silueta de número 1 corresponde a bajo peso 1, las de número 2 a 5 corresponden a eutrofia, las de número 6 y 7 a sobrepeso, y las de 8 y 9 obesidad (Sorensen.& Stunakrd, 1993).

Los datos recogidos por medio de este estudio fueron analizados a través de estadística descriptiva con el software SPSS 11.0. Los resultados del tratamiento estadístico se expresan en forma de media y desviación estándar. Los niveles de significación asignados para las correlaciones en el Test de *Kemdall* fueron entre 0,01 y 0,05. La presentación de los datos fue hecha en tabla de frecuencia (n) y porcentaje (%) de la silueta corporal actual y silueta corporal deseada, del grado de insatisfacción con la silueta corporal y los datos referentes a los coeficientes de *Kendall* comunes entre las variables investigadas.

Resultados

Caracterización de la Muestra

Los sujetos participantes de la investigación fueron clasificados de acuerdo con la edad, el peso, la altura y el índice de masa corporal (IMC). A través del análisis de los datos fue posible percibir que el promedio de edad encontrado en el grupo fue de $62 \pm 1,3$ años, siendo que las edades variaron entre 51 y 75 años. El promedio de estatura fue de $170,8 \pm 1,5$ cm. y del peso $78,9 \pm 2$ kg.

El IMC es un índice que puede asociarse a la morbilidad y a la mortalidad. Cáncer, enfermedades infecciosas y pulmonares se pueden asociar al bajo peso; sin embargo, cualquier grado de exceso de peso y también la grasa de localización abdominal, se asocian a diabetes y enfermedades cardiovasculares. En el caso de esta población, el promedio de los participantes se encuentra con 26.83 de IMC, es decir, con sobrepeso. Aún así, hubo 6 participantes que se encontraban con IMC normal (IMC entre 22 y 24.7) y sólo 4 pudieron ser clasificados como obesos (IMC entre 30.4 y 35.20).

Para Willet, Dietz & Colditz, (1999) existen limitaciones en cuanto a la evaluación del IMC como estimativa de grasa corporal. La principal es que no hay evaluación separada de la

masa grasa (tejido adiposo) y masa magra (componente exento de grasa). Y para Forbes (1976) el problema asociado a cualquier metodología de determinación de los límites de corte es el hecho de no saberse, claramente, cómo tener en consideración la edad, ya que con el envejecimiento ocurre simultáneamente aumento en el acúmulo de grasa y una pérdida del tejido libre de grasa. Según la revisión de Alvero Cruz et al (2004) existe en la literatura un gran número de métodos de evaluación de la composición corporal, que dependiendo del grupo estudiado y del material disponible para la evaluación, pueden ser utilizados. Estos métodos pueden subdividirse en modelos denominados: bicompartimentales (cuando se divide la masa corporal en grasa y masa libre de grasa), tricompartmentales (cuando se divide en contenido de agua y materiales sólidos) y multicompartmentales (se separa en cinco niveles: elemental, atómico, molecular, celular y sistemas de tejido).

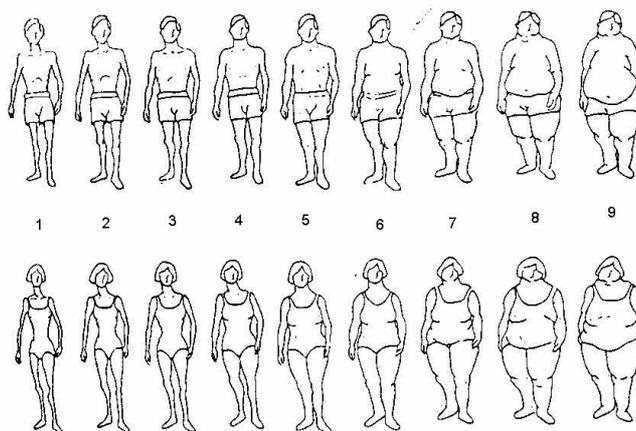
Sin embargo, en este estudio en particular, no se indicó la composición corporal, los motivos que llevaron la utilización del IMC como índice de evolución de la grasa corporal fueron la facilidad de su medida y la disponibilidad de los datos de peso corporal y estatura, además de su correlación en la literatura científica con la morbi-mortalidad.

En una investigación realizada en Río de Janeiro (Brasil), el índice de masa corporal y la razón cintura cadera fueron relacionados con la incidencia de hospitalizaciones. A través de la evaluación de la muestra de base poblacional en el municipio de Rio de Janeiro, habitantes de ambos sexos, con edades entre 20 y 60 años, totalizando 1.446 hombres y 1.749 mujeres, fueron medidos y entrevistados en sus propios domicilios. La hospitalización se refirió a la presencia o no de ingresos en el pasado año, excluyéndose partos. Cerca de un 5% de los hombres y un 5,8% de las mujeres relataron haber sido ingresados. Para las mujeres, la prevalencia de hospitalizaciones aumentó gradualmente con el aumento del índice de masa corporal (Afonso & Sichieri, 2002).

Imagen corporal

Para identificar la insatisfacción de la muestra con la imagen corporal fue aplicado el cuestionario con las 18 figuras de silueta corporal de Stunkard y Sorensen (1993) las cuales se encuentran abajo en la Figura 1.

Figura 1. Silueta Corporal de Stunkard y Sopesen



La Tabla 1 analiza el grado de insatisfacción con la silueta corporal que es un resultado obtenido a través de la sustracción del número referente a la silueta actual con el número referente a la silueta deseada. Del total de los análisis, la silueta de número 6 fue identificada con más frecuencia como la actual, conteniendo un 41,7% de la muestra (Tabla 2). Aún así, un 20,8% de los participantes destacó estar en la silueta número 3, la silueta número 5 quedó con un 16,7% de la muestra y un 8,3 % en las de número 2 o 4.

Tabla 1. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de la silueta corporal actual y silueta corporal deseada

<i>Silueta Actual</i>			<i>Silueta Deseada</i>		
(sc)	(n)	(%)	(sc)	(n)	(%)
2	2	8,3	1	1	4,2
3	5	20,8	2	5	20,8
4	2	8,3	3	7	29,2
5	4	16,7	4	8	33,3
6	10	41,7	5	3	12,5

SC- Silueta Corporal

(n)- número de veces que fue apuntada

(%)-porcentaje de personas que la eligieron

En la escala referente a la silueta deseada, la silueta más señalada fue la de número 4, con un 33,3 % de la muestra, seguida de la silueta de número 3 con un 29,2% de la muestra. La silueta de número 2 fue señalada por un 20,8% de los participantes, la de número 5 por un 12,5% y sólo a un 4,2% les gustaría estar en la silueta 1. Comparando estos datos con el estudio de Damasceno et al. (2002), en el cual este cuestionario fue utilizado para cuantificar el tipo físico que las personas desean alcanzar, el autor constató que un 53% de

las mujeres apuntó la silueta 3 como la ideal y un 43% de los hombres (mayoría de la muestra masculina) apuntó la silueta 4 como la deseada.

Grado de insatisfacción

La Tabla 2 muestra que un 33,3% de la muestra se encuentra insatisfecha con la silueta actual, teniendo como silueta deseada un resultado de 2 (dos) números debajo de la actual. El 29,2% de la muestra se encuentra satisfecha con su silueta. El otro 20,8% se encuentra levemente insatisfecha, estos optaron por una silueta de sólo 1 número más pequeño que la suya. Sin embargo, el 16,7% se encontraba muy insatisfecho queriendo disminuir la silueta actual de 3 a 5 números del modelo propuesto por el cuestionario. Ninguno de los participantes de esta investigación citó que les gustaría aumentar su silueta.

Tabla 2. Grado de insatisfacción con la silueta corporal

G.I	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0	7	29,2
1	5	20,8
2	8	33,3
3	2	8,3
4	1	4,2
5	1	4,2
Total	24	100,0

GI: Grado de Insatisfacción es el número obtenido por la disminución del valor de la silueta actual por la deseada.

(n)- el número de personas que presentaron el valor del grado de insatisfacción

(%)-porcentaje de personas que presentaron el valor del grado de insatisfacción

En el presente estudio, los entrevistados presentaron un promedio de $1,50 \pm 0,3$ referente al grado de insatisfacción, la mayoría (moda) señaló que se encontraba levemente insatisfecha con la silueta actual (grado de insatisfacción= 2).

Este estudio podría obtener resultados diferentes en el caso de que la muestra incluyese mujeres. Esta disparidad puede ser atribuida a factores biológicos y culturales (Damasceno, et al, 2002). Sin embargo, una vez que puede tener su génesis parcialmente explicada por factores ambientales, una creciente presión ejercida en gran parte por los medios de comunicación para que los hombres (sobre todo los jóvenes) tengan un cuerpo fuerte y musculoso puede acarrear un aumento en el descontento de la imagen actual (Merlin.& Araújo, 2002; Assunção, 2002). En el estudio de Maria et al. (2003) fue relacionado el nivel

de actividad física con la satisfacción de la imagen corporal de hombres y mujeres, funcionarios de la UDESC de la ciudad de Joinville (SC/Brasil). Se constató que dentro de esta población los hombres se presentaban más satisfechos con la imagen corporal que las mujeres.

Variables referentes a la calidad de vida

En la Tabla 3 se muestran los resultados referentes a la aplicación del MLHFQ. Según éstos, en el presente estudio el promedio de calidad de vida fue de $18,83 \pm 2,9$. La puntuación máxima llegó a 50 puntos.

Tabla 3 Cuestionario de calidad de vida

	Síntomas Físicos	Síntomas. Emocionales	Total Minnesota
Promedio	4,7 ± 1,1	4,7 ± 0,9	18,8 ± 2,9
Máximo	18	14	50
Mínimo	0	0	1

Según el autor de este cuestionario, Thomas Rector (1999) como el MLHFQ se refiere a los efectos de la enfermedad cardíaca y su tratamiento en la vida de los pacientes, un aumento de 5 (cinco) puntos en total de la puntuación final del cuestionario puede ser considerado suficiente para la mayoría de los pacientes reevaluar el tratamiento que está haciendo, los efectos colaterales de la medicación y/o el coste de la misma. Así, la media de los entrevistados alcanzó una puntuación en una escala media en lo que se refiere a la calidad de vida, mostrando que éstos, a pesar de presentar en su día a día algunos efectos colaterales de la enfermedad, pero todavía consiguen convivir con la misma sin grandes preocupaciones.

El MLHFQ fue utilizado para verificar las diferencias presentes entre el sexo y la edad en lo que dice respecto a la calidad de vida. El estudio fue realizado con una muestra de 165 personas, divididas en cuatro grupos: el masculino, el femenino, con más de 65 años y el de menos de 65 años. Se observó que las mujeres con menos de 65 años presentaban las variables de calidad de vida con puntuación relativamente menores que los demás grupos (HOUT et al., 2004).

Meyer y Hofman (2003) utilizaron el MLHFQ para evaluar las variables de calidad de vida de un grupo compuesto por 51 pacientes cardíacos, con edad aproximada a los 59 años, sometidos a un programa de entrenamiento físico. Tras doce semanas, estas personas relataron que hubo mejora en la calidad de vida no sólo en cuanto a la tolerancia al esfuerzo físico, sino de manera general en sus actividades cotidianas.

Otro estudio similar fue realizado en Indiana, incluyendo hombres con insuficiencia cardiaca crónica, sometidos a un entrenamiento físico de ocho semanas. En esta investigación fue utilizado el mismo cuestionario para verificar los cambios en la calidad de vida. Esta muestra relató además de la mejora de manera general y cotidiana de su vida, mejoras en la calidad de vida en lo que respecta a los efectos de la enfermedad (SWANT et al., 2002). De acuerdo con García, Carretero, Lenguas & Montero (2005) el ejercicio físico mejora el metabolismo lipídico, aumenta los niveles de HDL, reduce el LDL y mejora de triglicéridos. Además de esto, también está demostrado que a través del ejercicio físico hay una disminución de la resistencia a insulina, disminución de la resistencia periférica por dilatación del lecho vascular periférico, disminución de la presión arterial post ejercicio, disminución del estrés. Por su efecto hipotensor, el ejercicio dinámico de baja o moderada intensidad es utilizado para el tratamiento de de hipertensión esencial, con la ventaja de que este efecto podría incluso ser más notable en sujetos con valores basales más elevados (CARIÓ, 2005).

Los Síntomas Físicos especificados en el cuestionario utilizado, que son aquellos que se refieren a las debilitaciones del organismo ocasionadas por la enfermedad, habían tenido promedio de $4,7 \pm 1,1$ puntos. En los Síntomas Emocionales o factores emocionales ocasionados por la enfermedad, como el miedo, la ansiedad, la inseguridad y la depresión, la media de fue de $4,7 \pm 0,9$ puntos. Sin embargo, en ambos los casos (síntomas físicos o emocionales) hubo personas cuya puntuación fue igual a 0 (cero) personas cuya puntuación se aproximó de los 5 (cinco) puntos, mostrando así, la heterogeneidad del grupo. Eso muestra que dependiendo del estado de gravedad en que se encuentra el paciente, la presencia o no de eventos cardiacos y la proximidad de éstos, el paciente puede haber sido alcanzado más o menos física o emocionalmente por la enfermedad. Sin embargo, cuando hablamos de síntomas emocionales, estamos refiriéndonos al significado subjetivo, que puede ser dado a la enfermedad o a una característica personal del paciente, que puede actuar de diferentes maneras frente a una adversidad. Pues de acuerdo con Lipp (1994), no es el evento en sí que molesta las personas de manera general, si no la forma que éste es interpretado o la realidad vivida de momento.

Discusión

En la Tabla 4 se encuentran los coeficientes comunes obtenidos a través de la asociación de las variables: Edad, IMC, Silueta Actual (SA), Silueta Deseada (SD), Grado de Insatisfacción (GI), Total Minnessota (TM), Síntomas Físicos (SF) y Síntomas Emocionales (SE).

Tabla 3. Datos referentes a los coeficientes de *Kendall* comunes entre las variables investigadas.

	<i>Edad</i>	<i>IMC</i>	<i>SA</i>	<i>SD</i>	<i>GI</i>	<i>TM</i>	<i>SF</i>	<i>SE</i>
<i>Edad</i>	1,000							
<i>IMC</i>	0,048	1,000						
<i>SA</i>	0,04	0,476*	1,000					
<i>SD</i>	0,096	0,038	0,465*	1,000				
<i>GI</i>	0,070	0,513*	0,608*	-0,128	1,000			
<i>TM</i>	0,003	0,165	0,410*	0,439*	0,107	1,000		
<i>SF</i>	0,026	0,189	0,430*	0,297	0,162	0,652*	1,000	
SE	0,089	0,234	0,372*	0,474*	0,032	0,735*	0,440*	1,000

*p≤0,05

El aumento desenfrenado de las enfermedades cardíacas despierta preocupación por parte de los profesionales de la salud, por ser ésta una de las principales causas de mortalidad y morbilidad actualmente. Sin embargo, tal preocupación no debe restringirse a factores intrínsecos a la enfermedad. Ella debe abarcar sentidos más amplios del paciente, percibiéndolo de una manera holística, es decir, trabajándolo en su autoestima y en los aspectos referentes a su vida de manera general (TELURIANO, 2003).

A través de la asociación de *Kendall* se verificó que cuanto mayor es el IMC y el número que representa la silueta actual, mayor es el valor referente al grado de insatisfacción. Sin embargo, contrariando esos valores, en un estudio realizado en San Caetano del Sur (SP/ Brasil), que analizó el índice de satisfacción y evaluación de la auto imagen en 114 mujeres con edades entre 50 y 83 años, se concluyó que aquéllas que poseían menor peso y menor IMC también presentaban mayores grados de insatisfacción con la imagen corporal (BRADDION et al. 2000).

Otro dato significativo fue que aquéllos que señalaban un número mayor referente a la silueta actual, también presentaban mayores puntuaciones en el MLHD, mostrando que cuanto mayor la silueta actual, menor es la calidad de vida de la muestra estudiada. Las variables referentes a la calidad de vida tuvieron una puntuación total mediana para la mayoría de los entrevistados, existió correlación significativa entre los síntomas físicos (fatiga, falta de aire, cansancio), factores emocionales (miedo, ansiedad, depresión, inseguridad) y la puntuación total del MLHD.

En el presente estudio, los factores o síntomas emocionales citados en el cuestionario también parecen estar correlacionados con la silueta deseada más distante de la suya y con poca calidad de vida ($r = 0,474$ y $r = 0,735$ respectivamente), aunque fueron pocos los casos donde las variables de calidad de vida tuvieron puntuaciones preocupantes. Sin embargo, en los casos donde estos datos eran preocupantes la alteración o la

disminución del nivel de calidad de vida, frecuentemente estaban relacionados a un evento cardiaco (infarto, ingreso hospitalario, uso de marcapasos) reciente o un agravamiento de la enfermedad.

Notablemente, el significado psicológico de la imagen corporal se vuelve vehículo de expresión de la personalidad. Koukouv et al. (2004) en su estudio realizado en Grecia, utilizó el MLHD, entre otros cuestionarios, para evaluar la calidad de vida de cardiópatas. En ese estudio, fueron aleatorizados 26 hombres participantes de un programa de rehabilitación cardiaca, con edades medias de 52,5 años, con objetivo de evaluar los efectos fisiológicos y psicosociales de la rehabilitación cardiaca. Según el autor, hubo una significativa mejora en las variables de depresión y ansiedad que pueden estar asociadas a las mejoras en la calidad de vida en estos pacientes.

Conn et al. (1991), en una investigación sobre la relación de la ansiedad, depresión, calidad de vida y cambios de hábitos, relata que la depresión es una importante variable de la calidad de vida y la adhesión a los cambios de hábitos cotidianos tiene importante efecto en estos ítems. Para Freck et al. (2002), los síntomas depresivos están inversamente relacionados a síntomas subjetivos de bienestar y salud.

Aún así, los síntomas físicos presentaron correlación significativa con los síntomas emocionales ($r = 0,440$), mostrando que muchas veces los síntomas físicos causados por la enfermedad podrían estar relacionadas a una forma más subjetiva en el paciente al verse ante la enfermedad o incluso, ante una incertidumbre. Este dato, está de acuerdo con la teoría de Campos et al. (1992), que dice que la relación entre síntomas físicos y emocionales, aunque discutidas desde hace mucho tiempo, es muy clara, pues cuando se trata de relacionar el músculo corazón y la emoción, sabemos que hay un aumento en la frecuencia cardiaca frente a distintas situaciones subjetivas.

De un modo general, la muestra presentó una percepción real de su imagen corporal, aunque algunos hayan presentado una cierta insatisfacción o una cierta incomodidad en relación a su imagen. Los índices de calidad de vida e imagen corporal tuvieron un coeficiente de correlación significativo, ya que las personas que se encontraban insatisfechas con su imagen actual, en la mayoría de los casos, estaban asociadas a una vida con menos calidad. Por lo que se podría establecer una influencia notable de la calidad de vida sobre la percepción de la imagen corporal o viceversa.

Sin embargo, es importante recordar que en el presente estudio, la muestra fue formada por cardiópatas y según Burvil et al. (2003) un 20% de los individuos con enfermedades crónicas desarrollan depresión, aún así la enfermedad cardiaca se encuentra asociada a estados depresivos, en la mayoría de los casos, de entrada no psiquiátricos.

Conclusiones

Las personas que se encuentran satisfechas con su imagen actual generalmente se muestran más seguras, lo que se refleja en menos problemas emocionales y de acuerdo con los datos de este estudio, eso repercutirá en menos síntomas físicos de la enfermedad. Sin embargo, las personas que consiguen adoptar hábitos más saludables, incluir actividades que les den satisfacción en su día a día, y sobre todo preocuparse menos por la enfermedad, adquieren una vida con más calidad, se encuentran más satisfechas con su imagen, y consecuentemente, consiguen mejorar su autoestima y hasta los mismos síntomas de la enfermedad coronaria.

Para futuros estudios, se sugiere agregar algún otro método de medir la composición corporal tales como la Antropometría, Bioimpedancia, Absorciometría por Rayos X, Pletismografía, Dilución Isotrópica, Pesada Hidrostática y la Resonancia Magnética Nuclear, dado que el IMC es un método que tiene respaldo bibliográfico y es eficaz cuando si tiene pocos recursos de material y personal, aunque presente algunos fallos como superestimar la masa corporal de individuos entrenados (Willet, Dietz & Colditz, 1999; Cruz, Acosta, Pastor & Romero, 2005).

Además, para futuros estudios se sugiere agregar cuestionarios socioeconómicos que también son importantes cuando se trata de temas como la calidad de vida.

Notas

(1) Fernanda Vargas Amaral é Bacharel em Educação Física e Esportes pela Universidade do Estado de Santa Catarina; Mestre em “Investigación en Actividad Física y Desporto” pela Universidad de Málaga, Espanha; Doutoranda em Neurofisiologia pela Universidade de Málaga e Universidade Federal de Santa Catarina.

Referencias Bibliográficas

Afonso, F.M & Sichieri, R. (2002). Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/ quadril com hospitalizações em adultos do Município do Rio de Janeiro, RJ. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol. 5 (2).

Almeida, G.A. Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia Reflexão e Crítica*, vol. 15, pp. 283-292.

Anjos, L.A. et al. (1992); Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo população favelada. *Cadernos de Saúde pública*, vol. 8, pp. 50-56.

Assuncao, S.S.S. (2002). Dismorfia Muscular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 24.

Bray, G.A. (1992). Pathophysiology of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 55, pp. 488-495.

Campos, E.P. Aspectos psicossomáticos em Cardiologia. In: MELO FILHO, J. et al. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 385p.

Carió, J.R.B. (2005). Adaptaciones cardiovasculares a la actividad física. *Archivos de Medicina del Deporte*. Cardiología del Deporte, pp. 17-40.

Conn, V.S.; Taylor, S.G., & Wiman.P. (1991) Anxiety, Depression, Quality of Life and Self Care among Survivors of Myocardial Infarction. *Issues in Mental Health Nursing*, vol.12, pp. 321-331.

Cruz, J.R.A., Acosta, E.A.D., Pastor, V.J.F., & Romero, J.G (2004a). Método de evaluación de la composición corporal: evidencias actuales (I). *Archivos de Medicina del Deporte*, vol. 21 (104), pp. 535-538.

Cruz, J.R.A., Acosta, E.A.D., Pastor, V.J.F., & Romero, J.G. (2005b). Método de evaluación de la composición corporal: evidencias actuales (III). *Archivos de Medicina del Deporte*, vol. 23 (106) pp. 121-127.

Damasceno, V.O. et al. (2002). Gordura e imagem corporal. *Simpósio Internacional de Ciências do Esporte*, vol. 24, São Paulo,

Forbes, G. B. (1976). The adult decline in lean body mass. *American Journal of Human Biology*, vol. 48, pp. 161-173.

Freck, M.P.A. (2002). Associação entre os sintomas depressivos e o funcionamento social em cuidados primários com a saúde. *Saúde Pública*, vol. 36 (4).

García, M.P.G., Carretero, M.G., Lenguas, J.A.C., & Montero, I.J.F. Hipertensión arterial y deporte. *Archivos de Medicina del Deporte*. Cardiología del Deporte, pp. 153-158.

Hout, N. et al.(2004). Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, vol. 2 (13) pp. 153-161.

Lipp, M. E. N (1990). *Como enfrentar o stress*. Campinas: Unicamp.

Kannel, W.E. (1990). Contributions of Framingham study to preventive cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, vol.15, pp. 206-211.

Kosslyn, S.M., Ganis, G., & Thompson, W.L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 2, pp. 635-642.

Koukouvou, G. et al. (2004). Quality of life, psychological and physiological changes following exercise training in patients with chronic heart failure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol., pp. 36-41.

Maria, A.L., Mutschau, F., & Oliveira, F. R. (2003). Nível de atividade física e silhueta corporal em funcionários da UDESC/ Joinville. I Congresso de Saúde, Esporte e Qualidade de Vida de Curitiba-PUCPR., 25.

Mathias, T.A.F., Jorge, M.H.P.M., & Laurent, R. (2004). Doenças Cardiovasculares na População idosa. Análise no comportamento da Mortalidade no Município da Região Sul do Brasil no Período de 1976 a 1998. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, vol. 82 (6).

Meyer, K., & Hofmann, K. L. (2003). Effects of a Comprehensive Rehabilitation Program on Quality of Life in Patients with Chronic Heart Failure. *Program of Cardiovascular Nursing*, vol.4 (18), pp. 169-176.

Merlin, P., & Araujo, A. M (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 24.

Nahas, M.V. (2001). *Atividade Física :Saúde e qualidade de vida*. Londrina: Midigraf.

Nieman, D.C. (1999). *Exercício e Saúde*. São Paulo: Manole,

Paffenbarger, R.S. et al. (1994). Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Medicine Science in Sport and Exercise*, vol. 26, pp. 857-865.

Pollock, M.L., & Wilmore, J. H. (1993). *Exercícios na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição para prevenção e reabilitação*. 2 ed. Rio de Janeiro: Médici.

Rector, T.S. et al. (1999). Use of Living with Heart Failure Questionnaire to ascertain patient's perspectives on improvement in quality of life versus risk of drug-induced death. *Journal of Cardiac Failure*, vol. 1, pp. 201-206.

Ssilva, M.V.F., Furegato, A.R.F., & Costa Júnior, M.L. (2003). Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro. *Revista Latino-Americana*, vol. 11(1), pp. 7-13.

Sorensen, T.I., & Stunakrd, A. J (1993). Does obesity run in families or because of genes? An adoption study using silhouette as a measure of obesity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , vol. 370, pp.67-72.

Souza, E.C.M.S., Leite, N. Radominski, R.B. Rodriguesanez, C.R., & M.R.H. Omeri, S. (2000) Reabilitação Cardiovascular: Custo-Benefício. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, vol. 6(4).

Stone, J.A., Cyr, C., Friesen, M., Kenned-Symonds, H., Stene, R., & Smlovit, M. (2001). Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Atherosclerotic Heart Disease Prevention: a Summary. *Canadian Journal of Cardiology*, vol.17.

Swank, A.M., Funk, D.C., Barnard, K.L., Adams, K.J., & Denny, D.M. (2002). Combined high intensity strength and aerobic training enhances quality of life outcomes for individuals with CHF. *Journal of Exercise Physiology*. Recuperado de [http:// www. Journal of Exercise Physiology.com/image.htm](http://www.JournalofExercisePhysiology.com/image.htm).

Teluriano, K.L. (2003). Fatores externos que afetam a produtividade humana em seu trabalho. Universidade Federal de Santa Catarina, dissertação em Engenharia de Produção, Florianópolis/SC.

Watson, L.A., Dritschl, B., Obonsawin, M.C., & Jentsch, I. (2007) Seeing yourself in a positive light: Brain correlate of Self Positive Bias. *Brain Research*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/?cmd=Retrieve&d>.

Willet, W.C., Dietz, W.T., & Colditz, G.A. (1999). Guideline for health weight. *N Engl J Med*, vol. 341(6), pp. 427-33.

WHO (World Health Organization). (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Technical report. Geneva: World Health Organization,.

Recibido: 12-11-2013

Aceptado: 06-12-2013

Publicado: 20-12-2013