

Medicent Electrón. 2023 jul.-sept.;27(3)

Artículo Original

Intervención psicoeducativa para potenciar la rehabilitación cardiovascular integral en pacientes convalecientes de infarto agudo de miocardio

A psychoeducational intervention to enhance comprehensive cardiovascular rehabilitation in patients convalescent from acute myocardial infarction

María del Carmen García Martín^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4167-5111>

Luis Felipe Herrera Jiménez² <https://orcid.org/0000-0002-0603-4637>

Vivian Guerra Morales² <https://orcid.org/0000-0001-6323-7484>

Yannelis del Carmen Gómez García¹ <https://orcid.org/0000-0001-5950-7664>

Ania Noda Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6240-7485>

Rodolfo Arian Morales Yera¹ <https://orcid.org/0000-0002-0557-0171>

¹Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

²Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico:

maricarmengarcia9197@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La rehabilitación cardiovascular integral del paciente con infarto agudo de miocardio resulta fundamental para el logro de su bienestar físico y psicológico, y su reinserción a la vida social.

Objetivo: Elaborar una estrategia de intervención psicoeducativa para potenciar la rehabilitación cardiovascular integral en pacientes convalecientes de infarto agudo de miocardio, con la visión de especialistas consultados.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en el Hospital Universitario «Dr. Celestino Hernández Robau», de Santa Clara, entre octubre de 2019 y enero de 2021. La muestra estuvo conformada por 27 pacientes que asistieron a la consulta de Cardiología, y 7 especialistas según criterios de inclusión. Las técnicas aplicadas fueron: la revisión de historia clínica, entrevistas semiestructuradas a pacientes y especialistas, la encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad, un autorreporte vivencial y la evaluación del estilo vida. Se utilizaron estadísticos descriptivos acorde a la medición de las variables, análisis de contenido y triangulación de la información.

Resultados: En los pacientes diagnosticados con estilo de vida poco saludable, predominó un conocimiento medianamente suficiente de la enfermedad; la hipertensión arterial fue el principal factor de riesgo asociado. Se elaboró la estrategia de intervención según las necesidades psicoeducativas identificadas por los pacientes con la visión de especialistas consultados. Se constató que presentan carencia de habilidades para autocontrolar las reacciones emocionales posteriores al suceso cardiovascular.

Conclusiones: La estrategia elaborada fue valorada satisfactoriamente por juicio de profesionales, indicándose la posibilidad de ser aplicada en los usuarios a los que está dirigida.

DeCS: rehabilitación cardiaca; intervención psicosocial; atención al paciente; infarto del miocardio.



ABSTRACT

Introduction: comprehensive cardiovascular rehabilitation of patients with acute myocardial infarction is essential to achieve their physical and psychological well-being, and their reintegration into social life.

Objective: to develop a psychoeducational intervention strategy to enhance comprehensive cardiovascular rehabilitation in patients convalescent from acute myocardial infarction, with the vision of consulted specialists.

Methods: an observational, descriptive and cross-sectional study was carried out at "Dr. Celestino Hernández Robau" University Hospital, in Santa Clara, between October 2019 and January 2021. The sample consisted of 27 patients who come to the Cardiology consultation, and 7 specialists according to inclusion criteria. Medical history review, semi-structured interviews with patients and specialists, a survey on knowledge of the disease, an experiential self-report, and a lifestyle evaluation were the techniques applied. Descriptive statistics were used according to the measurement of the variables as well as content analysis and triangulation of the information.

Results: a moderately sufficient knowledge of the disease prevailed in patients diagnosed with an unhealthy lifestyle; arterial hypertension was the main associated risk factor. The intervention strategy was developed according to the psychoeducational needs identified by the patients with the vision of the consulted specialists. We verified that they have a lack of abilities to self-control their emotional reactions after the cardiovascular event.

Conclusions: the elaborated strategy was satisfactorily valued by professional judgment, which indicates the possibility of being applied to the users to whom it is directed.

MeSH: cardiac rehabilitation; psychosocial intervention; patient care; myocardial infarction.



Recibido: 16/03/2023

Aprobado: 10/04/2023

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una prioridad en los sistemas sanitarios por el alto índice de mortalidad que generan y la consiguiente pérdida de años potenciales de vida. ⁽¹⁾ A lo anterior se suma la repercusión negativa de factores de riesgo asociados, que posibilitan y contribuyen al empeoramiento de los trastornos cardiovasculares por estilos de vida poco saludables. ^(2,3)

En el paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio (IMA), se dan respuestas psicológicas que agravan sus síntomas y propician alteraciones psíquicas, lo cual connota sentimientos de incapacidad y rechazo de los papeles sociales premórbidos (laborales, familiares, personales) como resultado de las limitantes físicas impuestas por la enfermedad, lo que presupone cambios en su estilo de vida. ^(4,5)

El concepto de rehabilitación cardíaca fue establecido por la Oficina Europea de la OMS en 1969, como: «La rehabilitación de pacientes con enfermedades cardiovasculares constituye el conjunto de actividades requeridas para garantizarles las mejores condiciones posibles desde los puntos de vista físico, mental y social, de manera que puedan, por sus propios esfuerzos, retornar a la vida en la comunidad lo más normalmente posible». ^(5,6) Estos consisten en:

- Modificación de los factores de riesgo coronario.
- Entrenamiento físico.
- Atención psicológica.

En el Programa Nacional de Rehabilitación Cardiovascular Integral (RCI), los pacientes son atendidos por un equipo multidisciplinario compuesto por: cardiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, Licenciados en Cultura Física, y



Licenciados en Enfermería. Consta de tres fases con objetivos específicos a cumplir:^(5, 6)

- 1- Fase hospitalaria (su duración aproximada es de 9 a 15 días)
- 2- Fase de convalecencia (su duración aproximada es de 2 a 3 meses)
- 3- Fase de mantenimiento (su duración es por tiempo indefinido)

Una de las metas de dicho programa, es ayudar a los pacientes a reanudar su vida personal y su reinserción al ámbito laboral y social. Para contribuir a ello se sugiere la Psicoeducación como un tipo de intervención psicológica que busca un mejor afrontamiento del paciente y su familia ante la enfermedad, lo cual facilita la información y alternativas de conducta ante esta.^(3,4,5)

Se estableció como objetivo elaborar una estrategia de intervención psicoeducativa para potenciar la rehabilitación cardiovascular integral en pacientes convalecientes de IMA, con la visión de especialistas consultados.

MÉTODOS

Desde el paradigma de investigación mixto, se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, donde se vinculan datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para responder al planteamiento del problema.⁽⁷⁾

La investigación quedó estructurada en tres etapas:

- I Etapa: identificación de necesidades psicoeducativas mediante el empleo de las técnicas psicodiagnósticas seleccionadas.
- II Etapa: Elaboración de la estrategia de intervención psicoeducativa.
- III Etapa: Valoración por juicio de profesionales.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta los pacientes con IMA que acudieron a la consulta de Cardiología del Hospital Universitario Dr. «Celestino



Hernández Robau», de la ciudad de Santa Clara, en el período comprendido entre octubre de 2019 y enero de 2021. La población de los especialistas estuvo compuesta por todos los profesionales del hospital que trabajaron directamente con los pacientes que se atendieron en la institución por IMA con independencia de su especialidad, en el período del estudio.

Finalmente, la muestra estuvo compuesta por 27 pacientes y 7 especialistas consultados seleccionados por muestreo no probabilístico (intencional) que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de inclusión para los pacientes:

- Pacientes con IMA en fase de convalecencia.
- Que dieron su consentimiento informado para participar en la investigación.
- Con edades comprendidas entre 45 y 59 años.
- Sin alteraciones psicopatológicas a nivel psicótico o deficitario.
- Con seguimiento en consulta multidisciplinaria de rehabilitación cardiovascular.

Criterios de inclusión para los especialistas consultados:

- Profesionales que dieron su consentimiento para participar en la investigación.
- Con cinco o más años de experiencia profesional en la atención a pacientes con enfermedades cardiovasculares.
- Motivación por el tema de investigación.

La operacionalización de las variables fue de la siguiente manera:

1- Necesidades psicoeducativas: necesidades de información y conocimiento sobre el tratamiento de una enfermedad para beneficiar actitudes responsables relacionadas con la salud. Se evaluaron las siguientes dimensiones:

- a) Conocimiento sobre la enfermedad.
- b) Conocimiento sobre el estilo de vida saludable.
- c) Conocimiento sobre las reacciones emocionales.

Indicadores: conocimiento suficiente, medianamente suficiente e insuficiente.



2- Estilo de vida: comportamiento del sujeto en su contexto social y en la realización de su actividad vital.

Indicadores: Estilo de vida saludable, con riesgo, poco saludable y nada saludable.

3- Reacción emocional: respuesta emocional del paciente ante la amenaza que representa la enfermedad para su vida.

Indicadores: Escasamente, Moderadamente, Intensamente.

4- Variables sociodemográficas: Edad, Sexo, Nivel educacional, Estado civil, Ocupación.

Se emplearon varias técnicas psicodiagnósticas, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: revisión de documentos oficiales: historia clínica y Programa Nacional de RCI, la entrevista semiestructurada a especialistas consultados, la entrevista semiestructurada a los pacientes, la encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad, la guía para el estudio del estilo de vida, el autorreporte vivencial.

Los resultados obtenidos fueron almacenados en una base de datos del paquete estadístico SPSS, versión 20.0 para Windows. Se utilizaron estadísticos descriptivos acorde al nivel de medición de las variables: frecuencias absolutas y porcentos, test Mann-Whitney, Test de Correlación de Spearman y el test Ji cuadrado de Pearson. También se utilizó la técnica de análisis de contenido, y se realizó la triangulación de la información: de datos, sujetos y fuentes.

Se tuvieron en consideración los principios éticos de la ciencia psicológica y se respetó la esencia de la Declaración de Helsinki sobre las recomendaciones para los que realizan investigaciones médicas con humanos.⁽⁸⁾

Se les explicó a los pacientes los objetivos de la investigación, y se contó con su consentimiento para vincularlos a esta. En todo momento fue respetada la confidencialidad de la información referida por los pacientes y se aseguró que en



ninguno de los registros de información empleados figuraran sus nombres u otros datos personales.

RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados obtenidos mediante las técnicas aplicadas.

Para medir diferencias entre los rangos medios de las variables edad y sexo, se usó el test de Mann-Whitney, lo cual expresó como resultado que los rangos medios de edad no difieren significativamente entre los sexos (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra según rango de edad y sexo

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 45 a 50 años	4	14,8	3	11,1	7	26
De 51 a 55 años	6	22,2	3	11,1	9	33,3
De 56 a 59 años	7	26	4	14,8	11	40,7
Total	17	63	10	37	27	100

Significación del Test de Mann-Whitney =0,62

Fuente: Historia Clínica y Entrevista Semiestructurada al paciente.

En la encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad, validada a partir del criterio de expertos del proyecto PROCDEC (Proyecto conjunto de la Universidad Central de Las Villas y Ciencias Médicas, Villa Clara y el ayuntamiento de Oviedo, España),⁽⁹⁾ se exploran diferentes aspectos como se muestra a continuación (Tabla 2):



Tabla 2. Distribución de la muestra según nivel de conocimiento sobre la enfermedad

Nivel de conocimiento	Suficiente		Med. sufic.		Insuficiente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Causas de la enfermedad	4	14,8	15	55,5	8	29,6	27	100
Factores de riesgo asociados	5	18,5	15	55,5	7	26	27	100
Síntomas de alerta cardiovascular	10	37	8	29,6	9	33,3	27	100
Tratamiento médico indicado	4	14,8	14	51,8	9	33,3	27	100
Consecuencias de la enfermedad	7	26	15	55,5	5	18,5	27	100
Fuente de información recibida	6	22,2	14	51,8	7	26	27	100

Fuente: Encuesta sobre conocimiento de la enfermedad.

Para diagnosticar el estilo de vida e identificar los factores de riesgo asociados, fueron exploradas diferentes áreas que aparecen en la guía, donde se muestran hábitos y características que pueden hacer al individuo más vulnerable de padecer enfermedades, como se constata en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de la muestra según diagnóstico del estilo de vida por áreas

Diagnóstico	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Áreas exploradas	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Condiciones físicas	5	18,5	8	29,6	14	51,8	27	100
Hábitos alimentarios	5	18,5	14	51,8	8	29,61	27	100
Hábitos tóxicos	4	14,8	8	29,6	15	55,5	27	100
Sexualidad	12	44,4	13	48,1	2	7,4	27	100
Autocuidado	10	37,3	17	62,9	0	—	27	100
Tiempo libre	14	51,8	13	48,1	0	—	27	100
Estado emocional	7	26	12	44,4	8	29,6	27	100

Fuente: Guía para el estudio del estilo de vida.

A partir de este diagnóstico, se clasificó el estilo de vida como: saludable, con riesgo, poco saludable, y nada saludable; en el 53,7 % de la muestra seleccionada predominó un estilo de vida poco saludable como se muestra en la Figura 1.



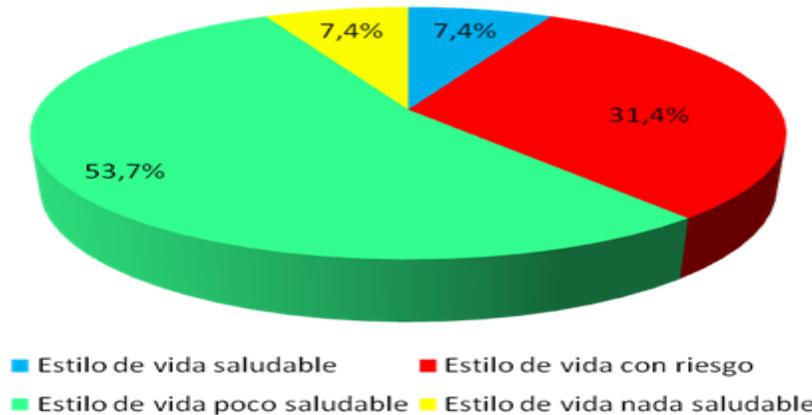


Figura 1. Distribución de la muestra según diagnóstico global del estilo de vida

Como hallazgo de esta investigación, se puede apreciar que los pacientes diagnosticados con un estilo de vida poco saludable, presentaron un nivel de conocimiento limitado de la enfermedad. Se constató una correlación significativa entre las variables estilo de vida y nivel de conocimiento sobre la enfermedad, según quedó demostrado con la aplicación del *test* de correlación de Spearman ($p=0,05$). En la tabla 4 se exponen estos resultados:

Tabla 4. Relación entre el diagnóstico del estilo de vida y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad

Estilo de vida	Nivel de conocimiento sobre la enfermedad						Total	
	Suficiente		Med. suficiente		Insuficiente		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Saludable	1	3,7	1	3,7	0	—	2	7,4
Con riesgo	2	7,4	3	11,1	2	7,4	7	25,9
Poco saludable	3	11,1	7	26	3	11,1	13	48,1
Nada saludable	0	—	2	7,4	3	11,1	5	18,5
Total	6	22,2	13	48,1	8	29,6	27	100

Fuente: Guía para el estudio del estilo de vida y Encuesta sobre conocimiento de la enfermedad

En el autorreporte vivencial se constató la presencia de reacciones, encontrándose que: la angustia (51,9 %), la inseguridad (51,9 %), y el estado de



ánimo abatido (48,1 %), fueron emociones vivenciadas moderadamente por los pacientes, mientras que la ansiedad (57,4 %), el miedo al reinfarto (53,7 %) y la irritabilidad (53,7 %) fueron emociones vivenciadas intensamente. Las reacciones emocionales identificadas a raíz del suceso cardiovascular y posterior a este, pueden entorpecer el proceso de recuperación del paciente en esta segunda fase de rehabilitación cardiovascular.

DISCUSIÓN

Al analizar los informes dados por diferentes autores sobre el comportamiento de factores socio-demográficos en pacientes cardiopatas, se coincide con los resultados alcanzados sobre el criterio de que las enfermedades cardiovasculares han dejado de ser enfermedades típicas de personas de la tercera edad, al constatar que: el mayor número de casos informados con IMA corresponden al rango de 56 a 59 años, con mayor incidencia en el sexo masculino, sin tener relación directa con el grado escolar ni con la ocupación laboral.^(8,9,10,11)

Coincidentemente con otras referencias investigativas sobre el nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes convalecientes de IMA, se constató que, en la mayoría de los casos estudiados, dicho conocimiento es insuficiente, situación que atenta contra la responsabilidad en el autocuidado que requiere la enfermedad crónica que padecen.^(12,13)

Se asume como valiosa la investigación realizada por la Dra. Teresa Rodríguez y colaboradores con pacientes cardiopatas. En ella se abordaron diferentes dimensiones del estilo de vida con factores de riesgo asociados que pueden ser modificables, con resultados similares a los obtenidos en este estudio como: presencia de hábitos tóxicos (tabaquismo) en el 59,3 %, inadecuados hábitos nutricionales en el 57,4 % y el sedentarismo en el 55,5 %. El factor de riesgo predominante es la hipertensión arterial (HTA) al estar presente en el 70,4% de los casos vistos.^(12,13,14)



En correspondencia con los criterios referidos en investigaciones anteriores, se constató que el suceso cardiovascular favoreció la aparición de reacciones emocionales negativas que laceraron su subjetividad al expresar sintomatología psíquica (ansiedad, miedo al reinfarto, irritabilidad, angustia, inseguridad, entre otros), no solo al principio de haber sufrido el IMA, sino también en tiempos posteriores a este. Esto puede estar relacionado con las características personales de cada individuo.^(12,13,14)

En coincidencia con lo planteado por otros investigadores sobre el tema, la importancia que se le atribuye a esta investigación se encuentra argumentada por la elevada morbilidad y mortalidad actual que existe por estas enfermedades.^(6,8,9)

Las principales necesidades psicoeducativas identificadas desde la perspectiva de los pacientes fueron las siguientes:

Relacionadas con el nivel de conocimiento sobre la enfermedad:

- Tener un conocimiento básico de la enfermedad y de las prescripciones facultativas.
- Conocer cuáles son sus posibilidades de reinserción laboral dadas las limitaciones físicas ocasionadas por el suceso cardiovascular.
- Conocer la importancia de la actividad física como un medio para mejorar la salud.

Relacionadas con el comportamiento ante la salud:

- Saber sobre los factores de riesgo asociados favorecedores de descompensación cardiovascular para aprender a modificarlos.
- Adquirir conciencia sobre el tabaquismo y el alcoholismo y sus daños a la salud.
- Conocer la incidencia de los estilos de vida insanos en la salud del cardiópata.

Relacionadas con los cambios psicológicos a raíz del IMA:



- Conocer sobre las reacciones emocionales posteriores al IMA, al plantear la necesidad de adquirir habilidades para su control.
- Conocer sobre las situaciones de la vida cotidiana generadoras de estrés que pueden complejizar su salud e incentivar la voluntad para reformarlas.
- Conocer sobre la incidencia del IMA en su desempeño sexual como posible fuente de reacción emocional negativa por temor al reinicio del acto sexual.

Las necesidades psicoeducativas identificadas desde la perspectiva de los especialistas consultados consideran que los pacientes deben conocer sobre:

- La importancia de asumir estilos de vida saludables para favorecer la compensación de su estado de salud.
- Las consecuencias de las actitudes irresponsables relacionadas con el incumplimiento de las prescripciones facultativas.
- La importancia de la actividad física sistemática para mejorar su capacidad funcional.
- La importancia de la R.C.I en su reinserción al medio social.
- Necesitan orientación de especialistas para saber qué y cómo hacer para tener compensación cardiovascular, evitar recaídas, empeoramiento de la enfermedad y otras comorbilidades.
- Adquirir conciencia sobre la enfermedad para que aprendan a vivir con las limitaciones ocasionadas por ella, sin que esto les provoque desajuste emocional.

Los resultados expuestos resaltan la importancia de realizar estudios de intervención que contribuyan a la R.C.I de los pacientes convalecientes de IMA.

Según las necesidades psicoeducativas identificadas se procedió a la elaboración de la Propuesta de Intervención, lo cual da paso a la tercera etapa de la investigación.

En la II Etapa: Elaboración de la estrategia de intervención psicoeducativa, el objetivo es potenciar la R.C.I en los pacientes convalecientes de IMA. En la propuesta de intervención, se propone asumir el funcionamiento del grupo abierto



que es más pertinente para contextos hospitalarios.^(3,4,5,6) Los temas seleccionados fueron los siguientes:

- Tema I: Presentación del diseño de intervención psicoeducativa. Generalidades sobre la enfermedad cardiovascular.
- Tema II: Estilos de vida. Factores de riesgo asociados.
- Tema III: Adherencia terapéutica.
- Tema IV: Reacciones emocionales más frecuentes posteriores al IMA. Técnicas psicológicas y de desactivación fisiológica para su tratamiento.
- Tema V: Responsabilidad en el autocuidado.
- Tema VI: RCI: Su papel protagónico en la reinserción del paciente convaleciente de IMA a la vida social.

La estructura metodológica de la propuesta fue la siguiente (los seis temas propuestos se distribuyeron en 10 sesiones de trabajo):

- Una sesión inicial para realizar el encuadre terapéutico.
- Ocho sesiones de trabajo psicoeducativo.
- Una sesión final de cierre.
- Con frecuencia de un encuentro semanal.
- Duración aproximada de una hora.

Se proponen como estrategias de intervención:

- Estrategia informativa.
- Estrategia reflexivo-vivencial.
- Estrategias de desactivación fisiológica.
- Estrategia de mantenimiento y generalización.

En la III Etapa: valoración de la propuesta por juicio de los profesionales, se seleccionaron 9 profesionales de diferentes especialidades, de ellos 4 del sexo femenino y 5 del sexo masculino, con una experiencia profesional de 10 o más



años, lo que representa el 81,8 % de la muestra. Dentro de estos profesionales: 7 son máster y todos se vinculan, de una manera u otra, a la atención a este tipo de pacientes y a la investigación en esta área de asistencia médica.

La valoración integral dada por el juicio de los profesionales fue satisfactoria y evaluada en su mayoría como totalmente de acuerdo, fue considerada idónea (98,9 %), con buena calidad en su elaboración (100 %), y con coherencia entre los temas abordados que responden a los objetivos planteados (100 %).

Desde el punto de vista práctico, consideraron que la aplicación de la propuesta, al potenciar la R.C.I, servirá como una estrategia de prevención secundaria encaminada a evitar recidivas y la progresión hacia formas graves de la enfermedad que pueden conducir a la muerte.

CONCLUSIONES

En los pacientes diagnosticados con un estilo de vida poco saludable, predominó un conocimiento limitado de su enfermedad y el mantenimiento de conductas insanas con la presencia de hábitos tóxicos, inadecuados hábitos nutricionales y sedentarismo; la hipertensión arterial fue el principal factor de riesgo asociado. Se elaboró la estrategia de intervención psicoeducativa para potenciar la RCI en los pacientes convalecientes de IMA a partir de las necesidades psicoeducativas identificadas, tanto por los pacientes como por los especialistas consultados. La estrategia fue valorada como satisfactoria por el juicio de los profesionales quienes la catalogaron de idónea en su diseño, con coherencia entre los temas enunciados que cumplen con los objetivos planteados y posible de ser aplicada en los usuarios a los que está dirigida.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trujillo M, Román J, Almoguera A, Catalina C. Manual Ibermutuamur: una visión psicosocial de la enfermedad coronaria [internet]. Madrid: Arteanima; 2006 [citado 5 mar. 2022]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/14690196/manual-ibermutuamur-una-vision-psicosocial-de-la-enfermedad->
2. Grupo de Trabajo de la SEC para la Guía ESC 2019 sobre síndromes coronarios crónicos; Comité de Guías ESC. Rev Esp Cardiol [Internet].2020 [citado 10 mayo 2020];73(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-comentarios-guia-esc-2019-sobre-articulo-S0300893219306050>
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares [internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2020 [citado 6 mar. 2021]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
4. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2020 [internet]. La Habana: MINSAP; 2020 [citado 6 mar. 2021]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
5. Orellano C. Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular. Rev Perspect Psicol [internet]. 2015 [citado 6 mar. 2021];12(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/146>
6. García MC, Arias M, Alfonso D, Abeledo A, Gil P. Propuesta de intervención psicoeducativa para fomentar estilos de vida salutogénicos en pacientes convalecientes de un infarto de miocardio. Rev Cor Salud [internet]. 2016 [citado 6 mar. 2020];8(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73868>
7. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación Vol. 2. La Habana: Editorial Félix Varela; 2007.



8. Laham M. Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronaria. Rev Suma Psicolog [internet]. 2018 [citado 21 jun. 2020];15(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604006.pdf.Spanish>
9. Pérez Coronel P. Rehabilitación cardiaca integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009.
10. Bustamante MJ, Acevedo A, Valentino G, Casasbellas C, Saavedra MJ, Adasme M, *et al.* Impacto de un programa de rehabilitación cardiovascular fase II sobre la calidad de vida de los pacientes. Rev Chilena Cardiol [internet]. 2017 [citado 7 mar. 2020];36(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000100001
11. Conesa Sánchez P. Programa de intervención psicológica para rehabilitar pacientes que presentan problemas cardiovasculares tipo angor estable y angor inestable [tesis]. España: Universidad de Murcia; 2015.
12. Rodríguez Rodríguez T, Navarro López J, González Rodríguez C, Herrera Jiménez L. Psychocardiology's Contributions to Comprehensive Cardiovascular Care in Cuba. MEDICC Rev [internet]. 2021 [citado 6 mar. 2022];23(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://mediccreview.org/psychocardiology-contributions-to-comprehensive-cardiovascular-care-in-cuba/>
13. Llanez L. Autocuidado del paciente con enfermedad isquémica crónica del corazón en el servicio de Cardiología del Hospital Nacional dos de Mayo [tesis]. Lima: Universidad del Perú; 2021 [citado 6 mar. 2022]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2871254>
14. Pérez C. Proyecto de intervención educativa: autocuidado en pacientes con enfermedades cardiovasculares [tesis]. La Palma: Universidad de la Palma; 2020 [citado 6 mar. 2022]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19914>



Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Conceptualización: María del Carmen García Martín, Luis Felipe Herrera Jiménez.

Investigación: María del Carmen García Martín, Yannelis del Carmen Gómez García, Ania Noda Hernández, Luis Felipe Herrera Jiménez, Vivian Guerra Morales, Rodolfo Arian Morales Yera.

Metodología: María del Carmen García Martín, Ania Noda Hernández, Luis Felipe Herrera Jiménez, Vivian Guerra Morales, Rodolfo Arian Morales Yera.

Redacción, revisión y edición final: María del Carmen García Martín, Luis Felipe Herrera Jiménez, Vivian Guerra Morales, Rodolfo Arian Morales Yera.

