

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización personalológica de pacientes con cardiopatía isquémica

Personal characterization of patients with ischemic heart disease

Lic. Edith Reyes Terrero, Lic. Eliesbel Díaz Barrientos, Lic. Enerolisa Odio Guerra, Lic. Damián Montoya Rivera y Dr. Ángel Luis Olivera Escalona

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 40 pacientes con síndrome coronario agudo, con elevación del ST y sin este, ingresados en el Servicio de Cardiología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero hasta abril del 2015, a fin de caracterizar la personalidad según variables de interés para la investigación. La forma de presentación de la enfermedad predominante fue el síndrome coronario agudo sin elevación del ST, con las propiedades del temperamento siguientes: elevada actividad (77,5 %), ritmo rápido (70,0 %) y extroversión (62,5 %). En el nivel de normas, estereotipos y valores, las necesidades más representadas resultaron ser las de seguridad (en el total de la muestra), seguidas por las de afecto y afiliación (96,7 %). Estas características no solo pueden actuar como precipitantes de la enfermedad, sino también tener un efecto protector con respecto a la morbilidad y la mortalidad, lo cual permite el establecimiento de vínculos sociales y familiares, así como la capacidad de adaptación a las nuevas condiciones de vida.

Palabras clave: personalidad, cardiopatía isquémica, síndrome coronario agudo, regulación del comportamiento.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 40 patients with acute coronary syndrome with elevation of the ST and without this, admitted to the Cardiology Service of "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba, was carried out from January to April, 2015, in order to characterize the personality according to variables of interest for the investigation. The form of presentation of the predominant disease was the acute coronary syndrome without elevation of the ST, with the following temperament properties: elevated activity (77.5 %), fast rhythm (70.0 %) and extroversion (62.5 %). In the norms, stereotypes and values level, the most represented necessities were security (in the total of sample), followed by those of affection and affiliation (96.7 %). These characteristics can not only be a precipitant of the disease, but can also have a protective effect regarding morbidity and mortality, which allows the establishment of social and family bonds, as well as adaptation capacity to the new life conditions.

Key words: personality, ischemic heart disease, acute coronary syndrome, behavior regulation, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen un problema de salud en las sociedades contemporáneas. Actualmente son la causa principal de muerte en los países occidentales industrializados y se espera que en el 2020 también lo sean en los que están en vías de desarrollo.¹

Estas enfermedades causan discapacidad y se estima que en las próximas décadas la pérdida total de años de vida ajustados por discapacidad, aumentará de 85 millones en 1990 a 150 en 2020 y, por tanto, continuará siendo la causa somática más importante de pérdida de productividad.²

Según el anuario estadístico de la salud del 2014, aproximadamente 68 % de las muertes por afecciones del corazón en Cuba son debidas a enfermedades isquémicas, de ellas, 52 % por enfermedad isquémica crónica y 43 % por infarto agudo del miocardio.³

En 2014, la provincia de Santiago de Cuba ocupó el segundo lugar en incidencia por cardiopatía isquémica (CI) con un total de 1 162 defunciones, para una tasa de 110,26 por 100 000 habitantes. Del total de defunciones, 31 correspondieron al centro hospitalario objeto de la investigación y 29 a la sala de cardiología, en el período enero de 2014-marzo de 2015, según el registro estadístico de dicho hospital.

Esta enfermedad está asociada con diversos factores de riesgo, a saber: edad, sexo, antecedente familiar de cardiopatía coronaria aterosclerótica, dislipidemia, hipertrigliceridemia, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad y sedentarismo, así como también con factores psicosociales como: nivel socioeconómico bajo, aislamiento social, falta de apoyo social, estrés, depresión, ansiedad, hostilidad, rabia y personalidad de tipo D, que según las guías europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular, son los de mayor relación con esta entidad clínica.⁴

Hoy día existen amplias evidencias de que una persona cardiópata presenta una combinación de diversos factores psicosociales de riesgo para su salud, tanto mórbidos como posteriores al evento cardíaco, que será diferente en otra enfermedad, pero en los últimos años comienza a considerarse, básicamente, como una enfermedad del estilo de vida.⁵

En 1981, el *National Institute for Heart, Lung and Blood*, de los Estados Unidos aceptó el patrón de conducta tipo A como un factor de riesgo independiente para los trastornos coronarios con el mismo orden de magnitud que el riesgo asociado a cualquiera de los factores tradicionales. Así, las personas con este patrón tienden a percibir como amenazantes gran cantidad de estímulos ambientales que aumentan la respuesta adrenérgica frente al entorno diario y definen un patrón de respuesta característico en estos individuos;⁶ sin embargo, estudios posteriores no encontraron una asociación significativa entre el patrón de conducta tipo A, el aumento del riesgo de sufrir un evento coronario agudo, ni con un mayor riesgo de mortalidad o supervivencia por cardiopatía.⁷

Tras las críticas realizadas a este patrón, surgen otros metaanálisis sobre las conductas y los factores de personalidad relacionados con las ECV y aparecen así el complejo o síndrome de hostilidad-ira-agresividad descrito por Spielberger, donde la hostilidad constituye el componente de mayor incidencia en la enfermedad coronaria, pues, a

medida en que se asocia con una hiperactivación del sistema simpático, produce una excesiva secreción de catecolaminas y glucocorticoides que aceleran el proceso aterogénico, lo cual contribuye, además, a la formación de pequeñas lesiones en la capa interna de las arterias coronarias. De esta manera, se origina con mayor facilidad la sedimentación de los lípidos, la formación de los trombos, los cambios en la resistencia vascular periférica y en la tasa cardíaca; manifestaciones que pueden llevar a la isquemia.⁶

Del mismo modo, con las enfermedades coronarias guarda relación la personalidad de tipo H que es la intermedia entre la A y la B, donde prevalece la ansiedad crónica expresada como hostilidad, que lleva a quienes la portan a desarrollar una intensa reactividad cardiovascular, por lo que se plantea que es la responsable de 90 % de los infartos cardíacos y otras cardiopatías por estrés.

En 1990, Denollet y Brutsaert,⁶ propusieron una nueva clasificación de la personalidad asociada a enfermedades coronarias, la de tipo D, que se define por la interacción de afectividad negativa e inhibición social y favorece este tipo de personalidad práctica de conductas nocivas para la salud, que pueden afectar la calidad del apoyo social.

No obstante lo anterior, a pesar de los resultados obtenidos de los patrones de personalidad y la cardiopatía isquémica, continúa siendo un tema polémico. Al respecto, González Rey⁸ los analizó desde una mirada diferente, es decir, se basó fundamentalmente en las limitaciones teóricas y metodológicas de estos patrones, como la participación de los mecanismos reguladores de la personalidad, tanto en la aparición de la enfermedad como en la evolución.

Teniendo en cuenta las divergencias en cuanto a los resultados de los estudios revisados acerca de este tema de la psicología de la salud, reconocido, pero poco atendido en este contexto, los autores se sintieron motivados a realizar la presente investigación con vistas a caracterizar la personalidad de los pacientes con cardiopatía isquémica ingresados en el mencionado centro hospitalario.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 40 pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST y sin este, ingresados en el Servicio de Cardiología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero hasta abril del 2015.

El universo estuvo conformado por 100 pacientes, de los cuales se tomó una muestra de 40 de ellos, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico e intencional, con vistas a caracterizar la personalidad a partir de la descripción de variables sociodemográficas, diagnóstico clínico, propiedades básicas del temperamento, niveles de regulación comportamental y necesidades.

A cada integrante se le informó adecuadamente sobre la finalidad de la investigación, y los procedimientos a emplear, por lo cual se les pidió su consentimiento para formar parte del estudio.

La recogida de la información se realizó en 3 sesiones de trabajo, para lo cual fueron revisadas las historias clínicas y consultadas posteriormente con el cardiólogo.

Como principales técnicas psicológicas se emplearon la entrevista semiestructurada, las escalas autovalorativa de temperamento y de niveles de regulación, así como la técnica de los diez deseos, que también contribuyeron a la obtención de los datos.

La información se procesó a través del paquete estadístico SPSS, versión 11 y fueron confeccionadas tablas para representar las distribuciones de frecuencia.

RESULTADOS

Del total de pacientes (tabla 1), prevaleció el sexo masculino (26 pacientes, para 65,0 %) en relación con el femenino (14, para 35,0 %). Igualmente, los grupos etarios predominantes fueron el de 41- 59 años para los hombres (61,5 %) y el de 60 y más para las féminas (57,1 %).

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

| Grupos de edades (en años) | Sexo | | | | Total | |
|----------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 31-40 | 3 | 11,5 | | | 3 | 7,5 |
| 41-59 | 16 | 61,5 | 6 | 42,9 | 22 | 55,0 |
| 60 y más | 7 | 27,0 | 8 | 57,1 | 15 | 37,5 |
| Total | 26 | 100,0 | 14 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Entre las propiedades temperamentales preponderantes (tabla 2), figuraron la elevada actividad (77,5 %), el ritmo rápido (70,0 %) y la extroversión (62,5 %), en ese orden.

Tabla 2. Pacientes según sexo y propiedades básicas del temperamento

| Propiedades básicas del temperamento | | Sexo | | | | Total | |
|--------------------------------------|--------------|------------------|------|-----------------|------|--------------|------|
| | | Masculino (n=26) | | Femenino (n=14) | | Total (n=40) | |
| | | No. | % | No. | % | No. | % |
| Sensibilidad | Poca | 14 | 53,8 | 5 | 35,7 | 19 | 47,5 |
| | Mucha | 12 | 46,2 | 9 | 64,3 | 21 | 52,5 |
| Reactividad | Baja | 12 | 46,2 | 4 | 28,6 | 16 | 40,0 |
| | Elevada | 14 | 53,8 | 10 | 71,4 | 24 | 60,0 |
| Actividad | Baja | 1 | 3,8 | 8 | 57,1 | 9 | 22,5 |
| | Elevada | 25 | 96,2 | 6 | 42,9 | 31 | 77,5 |
| Ritmo | Rápido | 21 | 80,8 | 7 | 50,0 | 28 | 70,0 |
| | Lento | 5 | 19,2 | 7 | 50,0 | 12 | 30,0 |
| Plasticidad-rigidez | Plasticidad | 13 | 50,0 | 6 | 42,9 | 19 | 47,5 |
| | Rigidez | 13 | 50,0 | 8 | 57,1 | 21 | 52,5 |
| Extroversión-introversión | Extroversión | 16 | 61,5 | 9 | 64,3 | 25 | 62,5 |
| | Introversión | 10 | 38,5 | 5 | 35,7 | 15 | 37,5 |

En la tabla 3 se aprecia que de los 29 pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST, 23 presentaron extroversión (79,3 %); 21, elevada actividad (72,4 %) y 19, ritmo rápido (65,5 %), entre otras con menor porcentaje.

Tabla 3. Pacientes según propiedades básicas del temperamento y síndrome coronario agudo con elevación del ST y sin este

| Propiedades básicas del temperamento | | Cardiopatía isquémica | | | | Total (n=40) | |
|--------------------------------------|--------------|---------------------------------|------|---------------------------------|------|-----------------|------|
| | | SCA sin elevación del ST (n=29) | | SCA con elevación del ST (n=11) | | | |
| | | No. | % | No. | % | | |
| Sensibilidad | Poca | 15 | 51,7 | 4 | 36,4 | 19 | 47,5 |
| | Mucha | 14 | 48,3 | 7 | 63,6 | 21 | 52,5 |
| Reactividad | Baja | 13 | 44,8 | 3 | 27,3 | 16 | 40,0 |
| | Elevada | 16 | 55,2 | 8 | 72,7 | 24 | 60,0 |
| Actividad | Baja | 8 | 27,6 | 1 | 9,1 | 9 | 22,5 |
| | Elevada | 21 | 72,4 | 10 | 90,9 | 31 | 77,5 |
| Ritmo | Rápido | 19 | 65,5 | 9 | 81,8 | 28 | 70,0 |
| | Lento | 10 | 34,5 | 2 | 18,2 | 12 | 30,0 |
| Plasticidad-rigidez | Plasticidad | 15 | 51,7 | 4 | 36,4 | 19 | 47,5 |
| | Rigidez | 14 | 48,3 | 7 | 63,6 | 21 | 52,5 |
| Extroversión-introversión | Extroversión | 23 | 79,3 | 2 | 18,2 | 25 | 62,5 |
| | Introversión | 6 | 20,7 | 9 | 81,8 | 15 | 37,5 |

Al analizar la relación entre los niveles de regulación y las formas de presentación de la cardiopatía isquémica (tabla 4), se observó que en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST fue más frecuente el nivel de normas, estereotipos y valores (72,4 %), con mayor porcentaje aún en quienes presentaban síndrome coronario agudo con elevación del ST (81,8).

Tabla 4. Pacientes según niveles de regulación y síndrome coronario agudo con elevación del ST y sin este

| Niveles de regulación | Cardiopatía isquémica | | | | Total | |
|--------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|-------|-------|
| | SCA sin elevación del ST | | SCA con elevación del ST | | | |
| | No. | % | No. | % | | |
| Consciente-volitivo | 8 | 27,6 | 2 | 18,2 | 10 | 25,0 |
| Normas, estereotipos y valores | 21 | 72,4 | 9 | 81,8 | 30 | 75,0 |
| Total | 29 | 100,0 | 11 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Como se muestra en la tabla 5, en el nivel consciente-volitivo, los diferentes tipos de necesidades, excepto las fisiológicas, mostraron significación en este nivel. Las de seguridad, afecto y afiliación, así como la de realización personal, estuvieron presentes en el total de integrantes de la serie.

Por su parte, en el nivel de normas, estereotipos y valores, las necesidades más representadas fueron las de seguridad en los 30 pacientes, seguidas por las de afecto y afiliación en 29 (96,7 %).

Tabla 5. Pacientes según tipo de necesidades y niveles de regulación

| Tipo de necesidades | Niveles de regulación comportamental | | | | Total (n=40) | |
|------------------------|--------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|--------------|-------|
| | Consciente-volitivo (n=10) | | Normas, estereotipos y valores (n=30) | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | | |
| Estéticas | 8 | 80,0 | 1 | 3,3 | 9 | 22,5 |
| Realización personal | 10 | 100,0 | 8 | 26,7 | 18 | 45,0 |
| Estimación del Yo | 8 | 80,0 | | | 8 | 20,0 |
| Afecto y afiliación | 10 | 100,0 | 29 | 96,7 | 39 | 97,5 |
| Seguridad y protección | 10 | 100,0 | 30 | 100,0 | 40 | 100,0 |
| Fisiológicas | | | 5 | 16,7 | 5 | 12,5 |

DISCUSIÓN

En esta casuística, el síndrome coronario agudo sin elevación del ST fue la forma de presentación de la cardiopatía isquémica de mayor incidencia, principalmente en el sexo masculino y en las edades de 41-59 años; hallazgos que se corresponden con lo descrito en otras series, donde se señala la preponderancia de eventos coronarios en los hombres y en edades medias de la vida (aumenta progresivamente con la edad), cuando la persona tiene un vínculo laboral y social activo. En las mujeres, la ocurrencia de esta afección es menor en esas edades, debido a la presencia de los estrógenos, los cuales tienen un efecto preventivo de la enfermedad cardiovascular.¹⁰

Igualmente, las características de la personalidad que se identificaron en estos pacientes coinciden con lo descrito por las psicólogas Valls y Rueda Laffond¹⁰ sobre la personalidad, el afrontamiento y calidad de vida en este grupo poblacional.

Entre las características sobresalientes en estos pacientes se encuentran las elevadas actividad y reactividad, así como el ritmo rápido, que constituyen factores de riesgo coronarios ya referidos en el patrón de conducta de tipo A, vinculados con la dimensión de urgencia temporal e impaciencia en la realización de tareas, en las que se implican con una rápida y mayor respuesta ante la estimulación social y psicológica, lo cual trae como consecuencia mayor secreción de catecolaminas como reacción ante el estrés (hiperrespuesta fisiológica), con efecto directo sobre las arterias y el miocardio, e indirecto, a través del aumento de la agregabilidad plaquetaria, que facilita la creación de placas de ateroma y trombos.

En cambio, poseen otras características como la extroversión y la plasticidad, que permiten una rápida y mejor adaptación a las nuevas condiciones que le impone la enfermedad, y a través de los vínculos sociales y familiares que ayudan a cumplir con las prescripciones médicas; asimismo, se destaca por ser poco sensible ante los

estímulos externos; resultados que guardan relación con los obtenidos en otras investigaciones, donde se refiere que estas características de la personalidad son recursos psicológicos que pueden utilizar las personas para enfrentarse a situaciones que en principio parecen insuperables.¹¹

Cabe destacar que los integrantes del estudio no habían recibido tratamiento psicológico anteriormente, con el cual se puede lograr una mayor concientización de la enfermedad y desarrollo de recursos psicológicos para el establecimiento de redes de apoyo familiar; sin embargo, los pacientes consiguen vínculos sociales y familiares abiertamente, a través de los cuales reciben apoyo emocional, y es precisamente la familia quien mejor puede acompañarlos en este proceso para el logro de la calidad de vida tan anhelada.¹²

Estas particulares del temperamento que forman parte de la personalidad, solo explican la predisposición biológica que tienen estos pacientes para padecer enfermedades como la cardiopatía isquémica y la tendencia a relacionarse con los demás, para de esta manera apropiarse de recursos que le permitan afrontar la enfermedad unido a las habilidades sociales que han adquirido en el desarrollo evolutivo.

Por otra parte, en cuanto al desarrollo psicológico de estructuras y contenidos de la personalidad, los resultados muestran que las necesidades participan en la regulación comportamental y, por tanto, según estas sean alcanzadas, así será el grado de satisfacción o insatisfacción vivenciado por el paciente.

En los primeros lugares de la organización jerárquica de las necesidades de estos pacientes aparecen deseos que se relacionan con el mejoramiento de la salud, los cuales, a su vez, propiciarán el planteamiento y consecución de nuevos proyectos de vida y la posibilidad de retomar el funcionamiento cotidiano de esta. Además, surgen otras necesidades como las de recibir amor y estar cerca de los seres queridos, pues representan el sostén imprescindible para tener una adecuada adherencia terapéutica, sobre todo, tras el alta hospitalaria. El deseo de afiliación, caracterizado por la necesidad de establecer relaciones afectivas con otras personas, son variables protectoras ante la enfermedad.¹³

Con referencia a los aspectos funcionales de la personalidad, prevalecieron los que se regulan por el nivel de normas, valores y estereotipos, lo cual indica que se orientan básicamente por unidades psicológicas aisladas de carácter inmediato, por cuanto, la regulación del comportamiento tiene un carácter parcial y menos generalizado, de ahí que asume normas y valores de forma poco crítica, con bajos niveles de reflexión, donde priman el determinismo externo en sus valoraciones y falta de estructuración futura de las conductas.¹⁴

El conocimiento de las características de la personalidad por parte del equipo de profesionales médicos y paramédicos contribuirá a profundizar en el estudio de cada paciente y a diseñar la intervención psicológica que exige cada uno de ellos, lo que será decisivo para reducir la morbilidad y la mortalidad, así como su enorme impacto social y económico. De la misma manera, favorecerá el acercamiento a los factores psicosociales que ejercen un rol importante en esta enfermedad y abren el camino desde lo médico a lo psicológico.¹⁵

Finalmente, el estudio realizado corroboró que el síndrome coronario agudo sin elevación del ST resultó ser la manifestación clínica de mayor incidencia en pacientes

con cardiopatía isquémica, específicamente en edades media de la vida y del sexo masculino. Dichos pacientes tienen propiedades básicas del temperamento como la elevada actividad, reactividad y ritmo rápido, que pueden actuar como precipitantes de la enfermedad, además de otras características como la extroversión, la plasticidad y la poca sensibilidad, que pudieran tener un efecto protector con respecto a la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardíaca, ya que les permite adquirir habilidades para establecer vínculos sociales y familiares, capacidad de adaptación a las nuevas condiciones de vida y reaccionar con poca sensibilidad ante los estímulos del medio ambiente.

En la jerarquía motivacional, se destacan por tener necesidades de seguridad relacionadas con el mejoramiento de la salud, además de necesidades de afecto y afiliación, que pueden contribuir a una mayor adherencia terapéutica y a la regulación del comportamiento a través de normas ya establecidas, las cuales asumen sin que medie un análisis reflexivo de los contenidos que la abarcan, por cuanto están propensos a conductas rígidas y estereotipadas, con predominio de elementos inmediatos en la orientación temporal de la personalidad y posición pasiva en su sistema de interrelaciones con la realidad.

Se recomienda realizar otros estudios que agrupen a los pacientes en uno de los síndromes coronarios, a fin de compararlos según las formas de presentación de este e indagar en otros aspectos estructurales o de contenido de la personalidad, tanto en las unidades psicológicas primarias como en las formaciones motivacionales complejas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*. 1997; 349(9064):1498-504.
2. Perk Joep, De Backer Guy, Gohlke Helmut, Graham Ian, Reiner Zeljko, Verschuren Monique, *et al*. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(10):937.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud, 2014. La Habana: MINSAP;2015.
4. Cuartas Murillo V, Escobar Zuluaga A, Lotero García EV, Lemos Hoyos M, Arango Lasprilla JC, Rogers H. Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía. *Rev CES Psicología*. 2008 [citado 10 Ene 2015];1(2).
5. Rodríguez Rodríguez T, Navarro López JJ, González Rodríguez C. Psicocardiología en el proceso salud-enfermedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
6. Denollet J, Brutsaert D. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*. 1998;97:167-73.
7. Pereyra Girardi C, Milei J, Stefani D. Factores psicosociales de riesgo en la enfermedad cardíaca. *Rev Argentina Clin Psicol*. 2011;20 [citado 25 Feb 2015].

8. González Rey F. La categoría personalidad y su incidencia en la aparición de indicadores de riesgo en los trastornos cardiovasculares [citado 25 Feb 2015].
9. Andrés E, León M, Cordero A, Magallón R, Magán P, Luengo E, *et al*. Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida asociados a la aparición prematura de infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(6):527-9.
10. Valls E, Rueda B. Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Bol Psicol*. 2013; 109:51-72.
11. Montero Varela I. Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca [Tesis Doctoral]. Madrid; 2011 [citado 25 Feb 2015].
12. Torres Oliván S. Influencia de la personalidad y factores de riesgo psicosocial en la insuficiencia cardíaca. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2010.
13. Pastemak R. Rehabilitación integral de pacientes con enfermedades cardiovasculares. En: Braunwald E, Douglas Z, Libby P. Braunwalds. Tratado de Cardiología. 7 ed. Madrid: Elsevier; 2006.p.1085-100.
14. González Rey F, Ramos Alba N. Hacia una nueva comprensión de la personalidad humana. Implicaciones y perspectivas para la psicología latinoamericana. *Rev Cubana Psicol*. 1986 [citado 25 Feb 2015]; 3(2).
15. Gaziano TA, Gaziano JM. Repercusión global de las enfermedades cardiovasculares. En: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald. Tratado de Cardiología. 9 ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

Recibido: 20 de julio de 2016.

Aprobado: 26 de octubre de 2016.

Edith Reyes Terrero. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:edith@ucilora.scu.sld.cu