

Propuesta de intervención psicoeducativa para fomentar estilos de vida salutogénicos en pacientes convalecientes de un infarto de miocardio

MSc. María C. García Martín¹✉, Lic. Maribey Arias López², MSc. Daimí Alfonso López³, Lic. Ahyní Abeledo López¹ y Lic. Patricia Gil Pérez¹

¹ Departamento de Psicología. Hospital Universitario Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² Oficina de Asistencia y Seguridad Social. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

³ Departamento de Psicología. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 27 de octubre de 2015
Modificado: 19 de febrero de 2016
Aceptado: 22 de marzo de 2016

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Abreviaturas

IAM: infarto agudo de miocardio
PIP: propuesta de intervención psicoeducativa

Versiones *On-Line*:
Español - Inglés

✉ MC García Martín
Hospital Universitario Celestino
Hernández Robau.
Calle Cuba N° 564, e/ Barcelona y
Hospital. Santa Clara 50200. Villa
Clara, Cuba. Correo electrónico:
revista.corsalud@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El estilo de vida es el proceso dinámico que implica el comportamiento del sujeto en su contexto social, tiene carácter activo, está regulado por la personalidad y marca la variedad de conductas sanas e insanas que determinan el grado de salud del individuo.

Objetivo: Identificar las necesidades psicoeducativas de los pacientes convalecientes de un infarto de miocardio y diseñar una intervención en este campo para fomentar estilos de vida salutogénicos que favorezcan la compensación de su estado de salud cardiovascular.

Método: Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, con diseño de una estrategia de intervención. La muestra estuvo conformada por 54 pacientes que asistieron a la consulta de Cardiología del Hospital Celestino Hernández Robau de Santa Clara, Cuba. Se identificaron las principales necesidades psicoeducativas mediante la aplicación de instrumentos psicológicos y se diseñó una propuesta de intervención que fue evaluada por criterio de expertos: 11 especialistas en Cardiología.

Resultados: Predominaron los pacientes que conocían adecuadamente los síntomas de descompensación (81,5%) y la fuente de información (88,9%), pero tenían un conocimiento inadecuado de sus factores de riesgo (70,4%), su tratamiento (74,1%) y las consecuencias de su enfermedad (70,4%); además, un 44,5% reconoció tener malas condiciones físicas, hábitos dietéticos inadecuados (37,1%), hábitos tóxicos (29,6%) y mal estado emocional (29,6%). La mayoría (59,3%) considera que su estilo de vida es poco saludable y solo el 18,5% se encontraba compensado de su enfermedad cardiovascular.

Conclusiones: Tras el diagnóstico de las necesidades psicoeducativas se confeccionó una propuesta de intervención que fue valorada satisfactoriamente por criterio de expertos.

Palabras clave: Infarto de miocardio, Convalecencia, Psicología clínica, Evaluación de necesidades, Estilo de vida, Medicina de la conducta

Psychoeducational intervention proposal to promote salutogenic lifestyles in patients convalescent from myocardial infarction

ABSTRACT

Introduction: Lifestyle is the dynamic process that implies the subject's behavior

in his social context. It has an active character, is regulated by the personality, and marks the variety of healthy and insane behaviors determining the individual's health level.

Objective: *To identify the psychoeducational needs of patients convalescent from myocardial infarction and design an intervention in this field to promote salutogenic lifestyles that favor compensation from their cardiovascular health status.*

Method: *Descriptive, cross-sectional observational study with an intervention strategy design. The sample consisted of 54 patients who attended the Cardiology consultation at Celestino Hernández Robau Hospital in Santa Clara, Cuba. Main psychoeducational needs were identified through psychological instruments application, and it was designed an intervention proposal that was evaluated by experts: 11 cardiology specialists.*

Results: *Patients who were adequately aware of decompensation symptoms (81.5%) and information source (88.9%), but had inadequate knowledge of their risk factors (70.4%), their treatment (74.1%) and the consequences of their disease (70.4%) predominated; in addition, 44.5% reported having poor physical conditions, inadequate dietary habits (37.1%), toxic habits (29.6%) and poor emotional status (29.6%). The majority (59.3%) considered their lifestyle as unhealthy and only 18.5% were compensated from their cardiovascular disease.*

Conclusions: *After the psychoeducational needs diagnosis, the intervention proposal was prepared and was satisfactorily evaluated by experts.*

Key words: *Myocardial infarction, Convalescence, Clinical Psychology, Needs assessment, Life style, Behavioral Medicine*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad resultan cada vez más importantes la prevención e intervención en las enfermedades crónicas, pues su impacto está creciendo de forma sostenida en numerosos países desarrollados y subdesarrollados¹.

La enfermedad coronaria es un tema de constante discusión por su importancia médica, económica y social, pues constituye uno de los problemas más graves en el ámbito de la salud, al constituir la primera causa de muerte en diversas latitudes²⁻⁴.

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{5,6}, más del 75% de las muertes de origen cardiovascular corresponden a la cardiopatía isquémica, la cual cada día se presenta en edades más tempranas de la vida, precisamente en momentos en que el individuo es más útil a la sociedad, cuando tiene edad para disfrutar a plenitud de sus capacidades y productividad; sin embargo, en muchos casos genera un alto grado de invalidez. A esto se le suma la repercusión negativa cada vez más creciente de los factores de riesgo asociados, presentes en la sociedad actual, como: sedentarismo, tabaquismo, obesidad, estrés, malos hábitos nutricionales y estilos de vida inadecuados, entre otros; los que favorecen la aparición o empeoramiento de las enfermedades cardiovasculares, por lo que su

prevención y control, donde se incluye la modificación del estilo de vida, es de importancia capital^{2,7-9}.

El Sistema Nacional de Salud Pública ha creado programas de prevención y rehabilitación destinados a reducir los índices de mortalidad por esta causa, y ha insistido en educar a los pacientes en la modificación de sus estilos de vida para mejorar su capacidad física y psicológica, así como favorecer la compensación de su estado de salud general¹⁰⁻¹².

En Cuba, la cardiopatía isquémica –dentro de ella el infarto agudo de miocardio (IAM)– resultó ser la primera causa de muerte hasta el año 2012, cuando fue ocupada por los tumores malignos; igual comportamiento ha tenido en la provincia de Villa Clara donde representa el 73,3% de la mortalidad por enfermedades del corazón^{13,14}.

Por estas razones la Psicología se preocupa cada día más por la salud integral de las personas, con énfasis en los que padecen enfermedades cardiovasculares; pues la relevancia de los factores psicológicos en el origen, mantenimiento, recaída y mortalidad por sucesos de este tipo, es innegable. Además la mayoría de ellos se pueden prevenir o modificar¹⁵⁻¹⁷.

En el paciente con cardiopatía confluyen una serie de respuestas psicológicas que agravan los síntomas y propician alteraciones de su dimensión psíquica, que implican sentimientos de incapacidad

y rechazo de los papeles sociales premórbidos (laborales, familiares, personales) como consecuencia de las limitaciones físicas y subjetivas impuestas por la enfermedad, lo que cambia inmediatamente el desenvolvimiento social del paciente y presupone modificaciones sustanciales en su estilo de vida. Superar esta situación depende, en primer término, del estado de salud de estos pacientes; pero también se encuentra estrechamente relacionado con el nivel de conocimiento que posean sobre su enfermedad¹⁸.

Por tal razón los objetivos de esta investigación fueron identificar las necesidades psicoeducativas de los pacientes convalcientes de un IAM y diseñar una propuesta de intervención en este campo para fomentar estilos de vida salutogénicos que favorezcan la compensación de su estado de salud cardiovascular.

MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva, dividida en tres etapas, en el período comprendido entre septiembre de 2013 y junio de 2014 para diagnosticar las necesidades psicoeducativas de los pacientes convalcientes de un IAM y diseñar una intervención ulterior en este ámbito.

Etapa 1

La población de estudio estuvo compuesta por todos los pacientes con IAM que acudieron a la consulta de Cardiología del Hospital Celestino Hernández Robau de Santa Clara, Cuba. La muestra, obtenida mediante un muestreo no probabilístico (intencional), quedó conformada por 54 pacientes que cumplieron con los criterios de selección establecidos para la investigación.

Criterios de inclusión de pacientes

- Estar en la segunda fase de rehabilitación cardiovascular (desde el egreso hasta tres meses después del IAM, que es la etapa de convalcencia).
- Edades comprendidas entre 45 y 65 años.
- Tratamiento médico y seguimiento en consulta especializada de Cardiología.
- Ausencia de alteraciones psicopatológicas a nivel psicótico, ni deficitario.

En esta etapa se realizó el diagnóstico de las necesidades psicoeducativas de los pacientes seleccionados, relacionadas con sus conocimientos y com-

portamientos salutogénicos. Para ello se emplearon diversas técnicas de recogida de información (encuesta y entrevista) que fueron aplicadas en diferentes sesiones de trabajo. Además, se les entregó un documento para que el médico de asistencia nos indicara su estado de salud.

Etapa 2

Con los resultados obtenidos en la primera etapa se realizó un trabajo de análisis, valoración, selección y determinación de los elementos a tener en cuenta para el diseño de la propuesta de intervención psicoeducativa (PIP), de forma tal que ayudara a fomentar estilos de vida salutogénicos en los pacientes convalcientes de un IAM, para favorecer la compensación de su estado de salud cardiovascular.

Se delimitaron objetivos y funciones, y se tuvieron en cuenta la disponibilidad de los recursos materiales necesarios, la coherencia con la realidad social y el propósito de resolver los problemas que conciernen a un conjunto de personas con intereses similares respecto a su salud. Así se conformaron cuatro temas para distribuirse en nueve sesiones de trabajo, con una frecuencia de un encuentro semanal y una duración de una hora y media cada una.

Una vez confeccionada la PIP, que será objeto de otra publicación (**Anexo**), se sometió al juicio de los profesionales.

Etapa 3

Para evaluar la PIP se seleccionaron a 11 especialistas en Cardiología, trabajadores del hospital donde se realizó esta investigación y del Cardiocentro Ernesto Che Guevara.

Criterios de inclusión para los especialistas consultados

- Tener cinco 5 o más años de experiencia profesional en la atención a pacientes con enfermedades cardiovasculares.
- Poseer un horario fijo semanal de consulta externa para la atención de estos pacientes.
- Tener motivación por el tema que garantice su compromiso con la investigación.

La valoración, por parte de los profesionales, de la PIP diseñada fue solicitada de forma anónima; pero todos incluyeron sus datos personales y brindaron valiosos aportes que, con su experiencia, fueron útiles para enriquecer la propuesta de intervención.

Recolección de información

Para llevarla a cabo se aplicaron técnicas de análisis de documentos oficiales, una entrevista psicológica y semiestructurada al paciente y a los especialistas consultados, una encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad (validada por PROCDEC: Proyecto Investigativo-Asistencial Conjunto de la Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, la Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz, el Sectorial Municipal de Salud de Villa Clara y el Ayuntamiento de Oviedo, España) y la guía para el estudio del estilo de vida, publicada en el libro *Psicología y Salud: Complemento al programa de la asignatura Psicología Médica I*¹⁹.

Variables

- Necesidades psicoeducativas: Van enfocadas a aquellas necesidades de información y conocimiento que tienen los pacientes sobre la conducta ante su enfermedad, para beneficiar actitudes responsables relacionadas con la salud²⁰. En este caso encaminadas a favorecer comportamientos salutogénicos, valorada mediante tres dimensiones: conocimiento de estilos de vida saludable, conocimiento de la enfermedad y conocimiento de los factores de riesgo asociados (cada una evaluada mediante sus indicadores).
- Estilo y calidad de vida: Aquí se describe el comportamiento de las diferentes áreas que conforman el estilo de vida de los pacientes estudiados, para luego clasificarlo y relacionarlo con su estado de salud: condiciones físicas, hábitos alimentarios y tóxicos, sexualidad, autocuidado, tiempo libre y estado emocional; que se clasifican en bueno, regular y malo según las recomendaciones de Rodríguez Rodríguez y Herrera Jiménez²⁰. Esta investigación aplica una estrategia de atención psicológica a pacientes con IAM que incluye un plegable denominado “Guía para el cardíopata”, donde se brindan sugerencias para controlar los diferentes factores de riesgo que pudieran entorpecer un estilo de vida salutogénico.
- Estado de salud somático: Valora el grado de compensación del estado de salud somático referente al sistema cardiovascular dado por criterio médico y los resultados de los complementarios que lo justifican. Se obtuvo mediante el documento que se le entregó al paciente para que fuera firmado por el médico, el cuál debía marcar la casilla 1, 2 o 3, en correspondencia con los indicadores evaluados: compensado, parcialmen-

te descompensado y descompensado, respectivamente.

- Estilo de vida: Incluye la valoración de varios aspectos: condiciones físicas, hábitos alimentarios, hábitos tóxicos, sexualidad, autocuidado, estado emocional, uso del tiempo libre. Se evalúa mediante cuatro indicadores: saludable, con riesgo, poco saludable y nada saludable.
- Variables sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, nivel educacional, ocupación laboral.

Análisis estadístico

Los datos fueron almacenados en una base de datos del paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versión 11.0 para Windows. Se les aplicó el método porcentual, para expresar numéricamente los resultados obtenidos de las técnicas aplicadas, dándole una interpretación cualitativa a estos, y se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrado para determinar la asociación entre las variables.

Ética

Pacientes y facultativos estuvieron de acuerdo en participar en la investigación y firmaron el modelo de consentimiento informado. Se respetó siempre el carácter confidencial de los datos.

RESULTADOS

El mayor número de pacientes con IAM pertenecen al grupo de edad entre 56 y 65 años (59,3%), con predominio del sexo masculino (62,9%), 34 hombres y 20 mujeres, y del nivel escolar medio (40,74%), muchos de ellos con ocupación laboral que implica esfuerzo intelectual (trabajo de oficina, profesionales).

Etapa 1

Se constata que en la muestra estudiada predomina un conocimiento limitado acerca de su enfermedad (**Tabla 1**), con conductas de riesgo asociadas que pueden ser modificables. Llama la atención que solo eran adecuadamente conocidos los síntomas de descompensación (81,5%) y la fuente de información que recibían (88,9%), mientras que más del 70% de los pacientes tenían un conocimiento inadecuado de los factores de riesgo asociados (70,4%), su tratamiento (74,1%) y las consecuencias de su enfermedad (70,4%).

Tabla 1. Grado de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad (n=54). Hospital Universitario Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. 2013 – 2014.

Aspectos explorados	Adecuado		Inadecuado	
	Nº	%	Nº	%
Causas de la enfermedad	26	48,1	28	51,9
Factores de riesgo asociados	16	29,6	38	70,4
Síntomas de descompensación	44	81,5	10	18,5
Tratamiento indicado	14	25,9	40	74,1
Consecuencias de la enfermedad	16	29,6	38	70,4
Fuente de información recibida	48	88,9	6	11,1

Tabla 2. Diagnóstico general por cada área (n=54).

Áreas exploradas	Bueno		Regular		Malo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Condiciones físicas	12	22,2	18	33,3	24	44,5
Hábitos alimentarios	12	22,2	22	40,7	20	37,1
Hábitos tóxicos	8	14,8	30	55,6	16	29,6
Sexualidad	24	44,5	26	48,1	4	7,4
Autocuidado	14	25,9	40	74,1	0	0,0
Tiempo libre	28	51,9	26	48,1	0	0,0
Estado emocional	14	25,9	24	44,5	16	29,6

Tabla 3. Diagnóstico global del estilo de vida.

Estilo de vida	Nº	%
Saludable	4	7,4
Con riesgo	14	25,9
Poco saludable	32	59,3
Nada saludable	4	7,4
Total	54	100

Tabla 4. Diagnóstico del estado de salud.

Estado de salud	Nº	%
Compensado	10	18,5
Parcialmente descompensado	32	59,3
Descompensado	12	22,2
Total	54	100

En la **tabla 2** se describe el comportamiento de las diferentes áreas que conforman el estilo de vida de estos pacientes. Un 44,5% de ellos reconoció tener malas condiciones físicas (sedentarismo y sobrepeso); así como hábitos dietéticos inadecuados (37,1%), hábitos tóxicos (29,6%) y mal estado emocional (29,6%). En cambio, un considerable porcentaje de pacientes consideró buena su sexualidad (44,5%) y el empleo del tiempo libre (51,9%); pero el autocuidado fue predominantemente considerado como regular (74,1%).

De forma global, la mayoría de los pacientes (59,3%) considera que lleva un estilo de vida poco saludable y solo un 7,4% lo valora saludable (**Tabla 3**). Y en la **tabla 4** se muestra el estado de salud del paciente, de acuerdo al criterio médico, donde predominaron los parcialmente descompensados (59,3%) y solo el 18,5% se encontraba compensado de su enfermedad cardiovascular.

Llama la atención que la percepción de un estilo de vida poco saludable por parte del paciente se correspondió con igual número de diagnósticos médicos de un estado de salud parcialmente descompensado, aunque se debe señalar que ha sido una coincidencia matemática porque no todos fueron necesariamente correspondientes.

Etapa 2

Con los resultados diagnósticos obtenidos se diseñó la PIP (**Anexo**) que fue estructurada y organizada para diferentes sesiones de trabajo, orientadas a fomentar estilos de vida salutogénicos en pacientes convalecientes de un IAM. Su objetivo no ha sido otro que satisfacer las necesidades psicoeducativas, de este tipo de pacientes, relacionadas con conocimientos y comportamientos salutogénicos que favorezcan la compensación de su estado de salud somático, específicamente del sistema cardiovascular.

Etapa 3

Una vez confeccionada la PIP se procedió a su valoración por 11 profesionales quienes, de forma unánime (**Tabla 5**), estuvieron conformes con su calidad, idoneidad, pertinencia, coherencia entre los temas, cumplimiento de los objetivos y valoración integral de la propuesta.

Tabla 5. Valoración de la propuesta por juicio de profesionales.

Aspectos valorados	Conforme			
	Sí	%	No	%
Calidad	11	100	0	0,0
Idoneidad	11	100	0	0,0
Pertinencia	11	100	0	0,0
Coherencia entre los temas	11	100	0	0,0
Cumplimiento de los objetivos	11	100	0	0,0
Satisfacción con el diseño	9	81,8	2	18,2
Aceptación de los términos empleados	10	90,9	1	9,1
Valoración integral de la propuesta	11	100	0	0,0

DISCUSIÓN

Un estilo de vida saludable debe estar exento de factores de riesgo asociados. En el caso que nos ocupa, ya los pacientes están diagnosticados con una enfermedad crónica que es su afección cardiovascular, y por los resultados obtenidos de las técnicas psicológicas aplicadas, se constata que dado los factores de riesgo asociados en los pacientes con IAM estudiados, su estilo de vida se diagnóstica como poco saludable^{21,22}. En ellos predomina un estado de salud parcialmente descompensado, según el criterio médico y el resultado de los complementarios. Resultados similares sobre este tema han sido expuestos por otros investigadores²³⁻²⁵.

En relación con estos factores de riesgo asociados, se evidencia que los pacientes mantienen conductas de riesgo con abandono frecuente del tratamiento indicado por el facultativo, al constatar-se en la mayoría de ellos cifras elevadas de tensión arterial, pues la hipertensión arterial es el factor de riesgo de mayor incidencia de los sujetos investigados, capaz de generar serias complicaciones cardiovasculares^{8,26}.

Coincidentemente con los resultados de recientes investigaciones sobre el tema²⁵⁻²⁷, se constata la exis-

tencia de un conocimiento limitado sobre la enfermedad y de los mecanismos que se establecen para el logro de una conducta apropiada. Los especialistas consultados ratifican lo planteado por los pacientes e insisten en la necesidad de brindar una adecuada orientación para que aprendan a vivir con la enfermedad cardiovascular y las limitaciones que esta acarrea.

En concordancia con los resultados de esta investigación y al tomar como referente los criterios antes expuestos, donde se confirma que existe una relación de asociación altamente significativa entre el estilo de vida y el estado de salud de los pacientes infartados^{5,22,27}, emergen como principales necesidades psicoeducativas de este grupo de pacientes la obtención de conocimientos sobre la enfermedad que favorecen comportamientos salutogénicos relacionados con sus estilos de vida. En este sentido y en coherencia con lo planteado por otros autores^{11,12,14,18,26}, los pacientes refieren la necesi-

dad de aprender a controlar su enfermedad, adquirir habilidades para vigilar y actuar sobre las manifestaciones de sintomatología psíquica asociada a la descompensación cardiovascular, conocer los factores de riesgo asociados a ella, las situaciones que pueden complejizar su estado de salud en general y el sistema cardiovascular, en particular; así como asumir adecuadamente conductas de salud y estilos de vida salutogénicos.

Ya está diseñada y aprobada, por los especialistas correspondientes, la PIP para fomentar estilos de vida salutogénicos en pacientes convalecientes de un IAM, para su diseño se tuvo en cuenta la base de la metodología de la terapia grupal^{1,20}; ahora nos queda ejecutarla para evaluar el impacto que tiene en la población de pacientes a quienes va dirigida. Ese será el objetivo de nuestra próxima investigación.

CONCLUSIONES

Se identificaron las necesidades psicoeducativas a partir de los datos aportados por pacientes y médicos, lo que permitió diseñar una PIP encaminada a fomentar estilos de vida salutogénicos en enfermos convalecientes de un IAM. Esta PIP obtuvo una

valoración satisfactoria por parte de los profesionales, quienes la catalogaron de idónea en su diseño y con coherencia entre los temas enunciados.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Diseño y evaluación de programas en salud. Ginebra: OMS; 2010.
2. Vintró IB. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:487-94.
3. De la Cuerda RC, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:72-9.
4. Cárdenas Álvarez L. Programa de acciones psicoeducativas para la educación de escolares hipertensos ante factores de riesgos de la hipertensión arterial [Tesis] [Internet]. Santa Clara: UCLV; 2011 [citado 6 Mayo 2016]. Disponible en: <http://dspace.uclv.edu.cu/handle/123456789/2121>
5. Pikhart H, Pikhartova J. The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases: a review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
6. Myers L, Mendis S. Cardiovascular disease research output in WHO priority areas between 2002 and 2011. *J Epidemiol Glob Health*. 2014;4:23-8.
7. Colli M, Mantilla E. Estrés y cardiopatía isquémica. Programa de prevención y de rehabilitación psicosocial en el paciente coronario como parte de la rehabilitación integral. *Rev Cubana Psicol*. 1998;15:105-16.
8. De Backer G, Gohlke H, Graham I, Verschuren M, Albus C, Benlian P, et al. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:937:e1-66.
9. De Pablo-Zarzosa C, Maroto-Montero JM, Arribas JM. Prevención y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular: papel de la asistencia primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2011;11(Supl 5):S23-9.
10. Alonso A, Carcedo C. Pautas de estudio y tratamiento psicológicos. En: Maroto-Montero JM, de Pablo Zarzosa C, eds. *Rehabilitación cardiovascular*. Madrid: Panamericana; 2011. p. 273-89.
11. Hernández García S, Mustelier Oquendo JA, Prendes Lago E, Rivas Estany E. Fase de convalecencia en la rehabilitación cardíaca. Protocolo de actuación. *CorSalud* [Internet]. 2015 [citado 15 Oct 2015];7:60-75. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/14/14>
12. Hernández García S, Prendes Lago E, Mustelier Oquendo JA, Rivas Estany E. Fase hospitalaria de la rehabilitación cardíaca. Protocolo para la cirugía cardíaca. *CorSalud* [Internet]. 2014 [citado 15 Oct 2015];6:246-56. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2014/v6n3a14/rehab-ccv.html>
13. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
14. Sánchez Manzanares MG, Moreno-Martínez FL, Aladro Miranda IF, Vega Fleites LF, Ibargollín Hernández RS, Nodarse Valdivia JR, et al. Valoración clínica y angiográfica de la reestenosis del stent coronario convencional. *CorSalud* [Internet]. 2014 [citado 15 Oct 2015];6:36-46. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2014/v6n1a14/reestenosis.html>
15. De Pablo-Zarzosa C, Torres R, Herrero C. Resultados de los programas de rehabilitación cardíaca sobre la calidad de vida. En: Maroto-Montero JM, De Pablo-Zarzosa C, eds. *Rehabilitación cardiovascular*. Madrid: Panamericana; 2011. p. 485-95.
16. Fernández-Abascal EG, Díaz Martín D, Domínguez Sánchez FJ. Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. 2003;15:615-30.
17. Fernández de Bobadilla J, García-Porrero E, Luengo-Fernández E, Casanovas-Lenguas JA. Actualidades en cardiología preventiva y rehabilitación. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(Supl. 1):S59-64.
18. Pérez Coronel P. *Rehabilitación cardíaca integral*. La Habana: ECIMED; 2009.
19. Casals A. *Psicología y Salud. Complemento al Programa de la Asignatura Psicología Médica I*. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
20. Rodríguez Rodríguez T, Herrera Jiménez LF. Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo del miocardio en fase hospitalaria [Tesis] [Internet]. Santa Clara: UCLV; 2007 [citado 20 Oct 2015]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/117/1/RodriguezRodriguezteresa.pdf>
21. Ordúñez García PO, Cooper RS, Espinosa Brito AD, Iraola Ferrer MD, Bernal Muñoz JL, La Rosa

- Linares Y. Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2005 [citado 20 Oct 2015];31: 270-84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n4/spu02405.pdf>
22. Baudet M, Daugareil C, Ferrieres J. Cardiovascular disease prevention and life style modifications. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2012;61:93-8.
23. Janson J. Modificación del estilo de vida como medio de prevenir/tratar la HTA [Internet]. 2007 [citado 11 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=49762>
24. Maroto-Montero JM, Prados C. Rehabilitación cardiaca. Historia. Indicaciones. Protocolos. En: Maroto-Montero JM, De Pablo-Zarzosa C, eds. *Rehabilitación cardiovascular*. Madrid: Panamericana; 2011. p. 1-16.
25. Favero G, Paganelli C, Buffoli B, Rodella LF, Rezani R. Endothelium and its alterations in cardiovascular diseases: life style intervention. *Biomed Res Int* [Internet]. 2014 [citado 20 Oct 2015];2014: 801896. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955677/pdf/BMRI2014-801896.pdf>
26. Pérez Caballero MD, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra J, Vázquez Vigoa A, Navarro Despaigne D, Hernández Cueto M, *et al*. Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial [Internet]. Cuba: MINSAP; 2006 [citado 21 Mar 2016]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_hta_cubana__version_final_2007revisada_impre_sa.pdf
27. Galiani Domínguez JA, Valdivielso Felices P. La enfermedad coronaria como una enfermedad del estilo de vida. Modificación del nivel de riesgo desde una perspectiva conductual. En: Trujillo Pérez-Lanzac M, Almoquera Abad A, Roman García J; eds. *Una visión psicosocial de la enfermedad coronaria*. Madrid: Ibermutuamur; 2007. p. 231-66.

Anexo. Estructura metodológica de la Propuesta de intervención psicoeducativa.

Tema 1. Presentación del diseño de intervención psicoeducativa.

- 1.1. Propuesta del diseño de intervención psicoeducativa.
- 1.2. Objetivos de la propuesta.
- 1.3. Expectativas de los pacientes seleccionados con relación al tema.

Tema 2. Generalidades sobre la enfermedad cardiovascular.

- 2.1. Información acerca del infarto de miocardio.
- 2.2. Concepto. Criterios diagnósticos.
- 2.3. Mitos y creencias.
- 2.4. Vinculación y exposición de experiencias personales.

Tema 3. Factores de riesgo aterogénico.

- 3.1. Conceptos, conductas de riesgo, consecuencias.
- 3.2. Factores de riesgo modificables y no modificables.
- 3.3. Aspectos relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles que constituyen importantes factores de riesgo (diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertensión arterial)
- 3.4. Estilos de vida salutogénicos.

Tema 4. Estilos de vida.

- 4.1. Hábitos tóxicos y nutricionales.
- 4.2. Condiciones físicas y el uso del tiempo libre.
- 4.3. Autocontrol emocional.
- 4.4. Autocuidado.
- 4.5. Sexualidad.