



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CAMAGÜEY

DISEÑO DE INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PARA MEJORAR CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CARDIOVASCULARES ADULTOS EN REHABILITACIÓN.

SOCIAL HEALTH INTERVENTION DESIGN TO IMPROVE QUALITY OF LIFE IN ADULT CARDIOVASCULAR PATIENTS IN REHABILITATION.

Autores: Ivisel Alicia Infante Delgado. ORCID 0000-0002-8448-1715. MSc. Psicología de la Salud. Licenciada en Psicología. Profesor Asistente. Aspirante a Investigador. Universidad de Ciencias Médicas Camagüey, Jefe de Departamento de Psicología. Camagüey, Cuba. 70100. ivisel.cmw@infomed.sld.cu
MSc. Nora Idalma Trigo Manzo. ORCID 0000-0001-9082-1192. Licenciada en Defectología. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey. nora.cmw@infomed.sld.cu
Lic. Maydelis Ávila Martín. ORCID 0009-0000-9818-6074. Licenciada en Psicología. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey. maydelisavila87@gmail.com

RESUMEN

La calidad de vida relacionada con la salud tiene vínculo estrecho con las enfermedades cardiovasculares, lo cual debe ser tratado desde la rehabilitación. El objetivo de la investigación fue diseñar una estrategia de intervención sociosanitaria para mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares en la fase II de la rehabilitación. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, que tuvo lugar durante los meses de enero a julio de 2023 en el servicio de Cardiología del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech” en la provincia Camagüey. Para la elección de la muestra se tuvo en cuenta criterios de selección. En la caracterización psicosocial se utilizó entrevista, observación y se aplicaron los instrumentos de evaluación psicológica el Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad rasgo-estado, Escala de Estrés Percibido y el Mac New Heart Disease Questionnaire para calidad de vida, el cual se validó en una población cubana de pacientes cardiovasculares. Como resultados se evidenció altos niveles de estrés percibido, los pacientes no mostraron depresión, pero sí niveles medio y alto de ansiedad como estado y rasgo, la calidad de vida en las dimensiones física, emocional, social y global se calificaron en Regular en toda la muestra. La validación de la estrategia se realizó teniendo en cuenta criterios de expertos mediante la técnica de discusión de gabinete, la cual quedó conformada en 12 sesiones de trabajo para permitir en los pacientes mejorar su calidad de vida, reestructurando actitudes emocionales negativas que favorecen la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Palabras claves: calidad de vida, enfermedades cardiovasculares, rehabilitación cardíaca

SUMMARY

Health-related quality of life has a close link with cardiovascular diseases, which must be treated through rehabilitation. The objective of the research was to design a socio-health intervention strategy to improve the quality of life in patients with cardiovascular diseases in phase II of rehabilitation. A descriptive, cross-sectional study was carried out, which took place during the months of January to July 2023 in the Cardiology service of the "Manuel Ascunce Domenech" Clinical Surgical University Hospital in the province of Camagüey. Selection criteria were taken into account when choosing the sample. In the psychosocial characterization, interviews and observation were used and the psychological evaluation instruments were applied: the Beck Depression Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory, the Perceived Stress Scale, and the Mac New Heart Disease Questionnaire for quality of life, which was validated in a Cuban population of cardiovascular patients. As results, high levels of perceived stress were evident, the patients did not show depression, but they did show medium and high levels of anxiety as a state and trait, the quality of life in the physical, emotional, social and global dimensions was rated as Regular throughout the study. sample. The validation of the strategy was carried out taking into account expert criteria through the office discussion technique, which was made up of 12 work sessions to allow patients to improve their quality of life, restructuring negative emotional attitudes that favor the appearance of cardiovascular diseases.

Keywords: quality of life, cardiovascular diseases, cardiac rehabilitation

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio del pasado siglo se comenzó a analizar la alta morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV), es un hecho que va en ascenso cada década. Estas enfermedades son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: cardiopatía coronaria o isquémica; enfermedades cerebrovasculares; arteriopatías periféricas; cardiopatía reumática; cardiopatías congénitas; trombosis venosas profundas y embolias pulmonares. (Informe Weber, Cap.3 Enfermedades cardiovasculares, 2020)

Las causas de las enfermedades del corazón dependen del tipo de enfermedad. Algunas causas posibles incluyen el estilo de vida, la genética, las infecciones, los medicamentos y otras enfermedades. Diversos factores pueden hacer al individuo más propenso a tener enfermedades del corazón; algunos de estos factores son modificables, otros no. ("Ataque al corazón", 2022)

1. Factores de riesgo no modificables:

- antecedentes familiares (existen personas en la familia que han padecido del corazón: varones menores de 56 años o mujeres menores de 65 años, enfermos o han muerto a consecuencia de enfermedades cardiovasculares);
- sexo masculino (los hombres enferman más del corazón que las mujeres);

- edad (hombres mayores de 45 años; mujeres mayores de 55 años).

Estos factores no pueden modificarse, pero si se asocian a los que sí pueden ser cambiados, la posibilidad de enfermar es mayor.

2. Factores de riesgo modificables: colesterol elevado; colesterol LDL elevado (colesterol de baja densidad); diabetes mellitus; colesterol HDL reducido (colesterol de alta densidad); hiperglucemia; hipertensión arterial; triglicéridos elevados; síndrome X (o síndrome de resistencia insulínica); obesidad; tabaquismo.

3. Factores de riesgo emocionales: estrés; ansiedad; ira-hostilidad; depresión.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de defunción en el mundo y, según estimaciones, cobran 17,9 millones de vidas cada año. Más de cuatro de cada cinco defunciones por enfermedades cardiovasculares se deben a cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, y una tercera parte de esas defunciones ocurren prematuramente en personas menores de 70 años. (Enfermedades cardiovasculares., 2017)

El desarrollo tecnológico de las últimas décadas ha permitido alcanzar un diagnóstico preciso y un modelo de atención sanitaria adecuada a las necesidades del paciente. Sin embargo, existen numerosos aspectos no resueltos que influyen en la recuperación, evolución y calidad de vida de los pacientes. Parece razonable suponer que junto al estado de la función cardiovascular hay que considerar una amplia variedad de factores sociales, psicológicos, culturales y económicos que pueden afectar el pronóstico y la calidad de vida del enfermo.

La calidad de vida se establece estrechamente con la salud como un importante factor a tener en cuenta, ya que aporta información subjetiva sobre cómo el paciente percibe su enfermedad y las limitaciones que esta conlleva. La CV percibida depende de las expectativas del paciente respecto a su capacidad funcional y su estilo de vida. La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes incluidos en programas de rehabilitación cardiaca puede resultar una herramienta útil para identificar un mayor riesgo de reingreso y mortalidad. (Rodríguez Rodríguez, 2019)

La calidad de vida es un constructo que se ha convertido en una herramienta de vital importancia para la evaluación del impacto de la enfermedad en aspectos biopsicosociales en las personas con enfermedades cardiovasculares. Es un concepto multidimensional; es el punto de partida para la evaluación clínica y la toma de decisiones donde surge la denominación calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Varios autores coinciden en el hecho de evaluar la enfermedad desde la visión de quien la padece, al tener en cuenta sus opiniones, expectativas y sufrimientos. La utilidad de la valoración de la CVRS en los pacientes incorporados a programas de rehabilitación cardiovascular radica en el aporte para planificar futuros cuidados, es predictiva de la respuesta al tratamiento y ayuda en la toma de decisiones.

La Rehabilitación Cardíaca (RC), según la OMS, se define como “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes cardiopatas una condición física, mental y social óptima para que por sus propios medios logren ocupar nuevamente un lugar tan normal como les sea posible en la comunidad y les conduzca a una vida activa y productiva”. (Casaverde Pineda, 2017)

Estos programas se dividen en tres fases, diseñados para limitar los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad cardíaca, reducir el riesgo de muerte súbita, control de síntomas, estabilizar o revertir el proceso de aterosclerosis y mejorar el estatus psicosocial y emocional de los pacientes. (Casaverde Pineda, 2017)

Fase I: comprende desde el ingreso del paciente hasta el alta hospitalaria. Debe suponer una intervención lo más temprana posible que asegure la movilización precoz y el comienzo del proceso educativo.

Fase II: supervisada o ambulatoria. Es la fase de convalecencia que se inicia al mes del alta del paciente y constituye el período donde se realizarán las actividades más intensas desde todos los aspectos que determinarán los cambios de nuevos hábitos de vida del paciente. Tiene una duración comprendida de 12 sesiones o cuando adquiere una independencia funcional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente cardiopata por medio de un programa individualizado, modificando y controlando los factores de riesgo y brindando apoyo emocional.

Fase III: no supervisada o de mantenimiento. Comprende el resto de la vida del paciente, y tiene como objetivo principal el mantenimiento de hábitos saludables, control de factores de riesgo, práctica habitual de actividad física y reincorporación a su realidad socio-laboral; donde las visitas domiciliarias cobran una importancia para el seguimiento y retroalimentación de lo aprendido en la fase II, que contribuye favorablemente a que retornen al trabajo previo, o en otras ocasiones a un puesto acorde a sus condiciones. (Casaverde Pineda, 2017)

Alcanzar una calidad de vida satisfactoria en pacientes en la etapa de rehabilitación es uno de los retos del personal de salud actual, pero este se torna deficiente en la atención del mismo desde un orden psicológico, por parte de los médicos y rehabilitadores, para la calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivo General

Diseñar una estrategia de intervención sociosanitaria para mejorar la calidad de vida en pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares en fase II de la rehabilitación.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a los pacientes adultos con enfermedades cardiovasculares en estudio desde el punto de vista clínico y sociodemográfico.
2. Diseñar una estrategia de intervención sociosanitaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes en estudio.

DESARROLLO

1. Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, que tuvo lugar durante los meses de enero a julio de 2023 en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech” en la provincia Camagüey.

Universo: pacientes diagnosticados con alguna enfermedad cardiovascular que se encontraban en rehabilitación.

Muestra: pacientes con los siguientes criterios de selección:

- Edad de 40 a 69 años.
- Ambos sexos.
- No padecer trastorno psíquico que le impidan participar en el estudio.
- Diagnosticado con alguna enfermedad cardiovascular.
- Diagnosticado con regular o mala calidad de vida global o dimensional.

Criterios de salida:

- Abandono voluntario del tratamiento.
- Ausencia a 2 o más sesiones de tratamiento.

Durante todo el estudio se utilizó la observación que permitió obtener información y conseguir explicaciones que más tarde fueron comprobadas por el resto de las técnicas empleadas. La entrevista semiestructurada antes (para conocer datos personales del paciente y la historia de la enfermedad actual) y después de cada una de las pruebas psicométricas aplicadas a los pacientes (para aclaraciones de dudas que surgieron dentro de la aplicación de las técnicas).

La primera técnica psicométrica usada, el Inventario de ansiedad rasgo–estado (IDARE) el cual fue creado por C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene (1966) para medir la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) y como estado (condición emocional transitoria). Cada una de ellas tiene 20 ítems. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. Se evalúan ambas escalas por rango calificadas en alta, media o baja. (González Llana, 2007/2007; López Angulo, 2010/2010)

Seguido, el Inventario de depresión de Beck. El mismo ha demostrado ser efectivo para valorar la existencia y profundidad de la depresión. Consta de 21 ítems, cada uno significan síntomas de depresión, están compuestos por frases correspondientes a grados de profundidad de dichos síntomas. (González Llana, 2007/2007; López Angulo, 2010/2010)

En un tercer momento la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS). Se utiliza una versión traducida al español del instrumento original. La escala comprende 14 ítems que permiten medir en qué medida se evalúan como estresantes distintas situaciones de la vida. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido (Reyna et al., 2019; Remor, 2006; Puentes Martínez et al., 2019)

Por último el Mac-New Heart Disease Questionnaire (QLMI-2), es un cuestionario en el que los 27 ítems que lo componen están agrupados en tres dimensiones. Dentro de los rangos de la calidad de vida se consideran como mínimo 27 puntos como una mala calidad de vida y máximo 189 puntos como una buena calidad de vida. (Hoyos Segura, 2009)

2. Resultados y discusión

Entre los factores de riesgos no modificables más incidente en las ECV se encuentra la edad, las personas mayores tienen un elevado riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente cuatro de cada cinco muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad. (*Factores de riesgo cardiovascular.*, 2023)

Cuando se considera la variable sexo (hombres y mujeres) en pacientes con enfermedades cardiovasculares, se observa que en ambos casos son muy habituales, sin embargo, los varones las padecen con más frecuencia que las mujeres. (Elvira Martínez, 2009/2009; Gómez Paredes, 2020)

La muestra seleccionada estuvo conformada en su mayoría por hombres presentándose en un 80 % y en el grupo etario de la adultez propiamente dicha en un 44 % seguido del adulto mayor con más representatividad en un 40 %.

Tabla 1 Grupo de estudio según edad y sexo

Edad	Sexo				Total
	Femenino		Masculino		
	No.	Por ciento %	No.	Por ciento %	
40 a 49 años	0	0%	4	20%	4
50 a 59 años	5	100%	6	30%	11
60 a 69 años	0	0%	10	50%	10
Total	5	100%	20	100%	25

Como estado civil dentro del grupo de pacientes primó casado mostrándose en un 52 % de la muestra en estudio. Esta variable favoreció el trabajo con los pacientes en la rehabilitación cardíaca y en la percepción de calidad de vida que mostraron los mismos.

Las enfermedades cardiovasculares y la depresión se consideran problemas de salud pública, la depresión es un factor de riesgo para pacientes con insuficiencia cardíaca por sus implicaciones clínicas. (Silva Ruz et al., 2022)

Como estado emocional negativo repercute de manera importante en diversas áreas del funcionamiento humano e impacta de manera negativa en la calidad de vida de las personas.

Los sujetos participantes del estudio no mostraron en su evaluación niveles de depresión, en un 64 % se calificaron en ninguna depresión y un 36 % en leve depresión.

Al evaluar la ansiedad en este grupo de pacientes evidenciaron lo descrito en la literatura revisada en cuanto a que los pacientes con enfermedades cardiovasculares son más propensos a los estados ansiosos tanto estado como en características personales. Se evidenció como ansiedad estado medio en

15 pacientes, y como ansiedad rasgo en alto en 14, coincidiendo estos resultados con investigaciones como la de Vanessa Larrinaga en el 2016. (Larrinaga Sandrino et al., 2016)

Tabla 2 Grupo de estudio según ansiedad estado

Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	No.	Por ciento %	No.	Por ciento %	No.	Por ciento %	
Bajo	0	0%	0	0%	5	35,7%	5
Medio	0	0%	7	63,6%	8	57,1%	15
Alto	0	0%	4	36,4%	1	7,2%	5
Total	0	0%	11	100%	14	100%	25

Las enfermedades cardiovasculares como enfermedades crónicas no transmisibles generan en cualquier paciente estrés, debido a todos los cambios consecuentes y a la cercanía de la muerte que tienen estas enfermedades. Los pacientes del estudio mostraron en un 100 % alto nivel de estrés percibido.

El Mac New QLMI-2 como instrumento aplicado para la evaluación de la calidad de vida está compuesto por tres dimensiones y una global. En la dimensión física atendiendo a un grupo de variables el 100 % de la muestra presentó calidad de vida Regular. Estos resultados se deben a que en general los pacientes después de un evento coronario tienen una percepción inadecuada de la dimensión física, motivados por sensación de cansancio, agotamiento y limitación originado por la sintomatología clínica.

El 96 % mostró calidad de vida Regular en la dimensión emocional como respuesta ante sus vivencias emocionales durante el proceso de enfermedad, solo un 4 % la calificó de buena lo cual puede estar dado por el tiempo en que el sujeto lleva en la rehabilitación cardiaca donde los primeros síntomas de invalidez y limitaciones físico emocionales han desaparecido.

La dimensión social estuvo mejor valorada donde el 40 % la calificó de buena, pero se mantuvo la mayoría con una calidad de vida Regular.

Al sumar todos los resultados cuantitativos de las tres dimensiones tuvo como resultado una calidad de vida global calificada de Regular en los 25 pacientes de muestra para un 100 %. Así demuestra como el sujeto percibe y siente su vida y su salud entorno al nuevo proceso salud – enfermedad que vivencia. Lo cual puede justificar la creación de estrategias de intervención para la atención psicoemocional de los pacientes con enfermedades cardiovasculares dentro de su rehabilitación.

3. Propuesta de intervención

La propuesta de estrategia de intervención sociosanitaria fue sometida a criterios de seis expertos: cuatro psicólogos, un cardiólogo y un fisiatra, mediante la técnica de discusión de gabinete. (Gómez Hernández, 2007). Se les entregó los antecedentes del tema que ocupa y los resultados de la evaluación psicosocial de los pacientes seleccionados, para facilitar el estudio, análisis y toma de decisión.

Esta estrategia aborda las tres dimensiones en que está compuesto el Mac New QLMI-2, dimensión física, social y emocional, para permitir en los pacientes mejorar su calidad de vida, reestructurando actitudes emocionales negativas que favorecen la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Las sesiones se diseñaron para llevarse a cabo una vez por semana a inicio de la jornada de los ejercicios de la rehabilitación en la propia sala con una duración entre 45/min a 1/hr.

Muestra de sesiones de la intervención:

SESIÓN 5: Tema: “Saludable mentalmente”

Objetivo:

- Modelar actitudes positivas hacia el estilo de vida.
- Reducir gradualmente niveles de ansiedad, depresión y estrés.

Métodos: Persuasivos y(o) sugestivos. Experiencia emocional correctiva. Concientización. Técnicas conductuales (dramatización, reforzamiento conductual). Técnicas racionales (aprovechamiento de potencialidades, persuasión, instrucción).

Participantes: terapeuta, y pacientes (familiares).

CONCLUSIONES

- La calidad de vida se establece estrechamente con la salud como un importante factor a tener en cuenta, ya que aporta información subjetiva sobre cómo el paciente percibe su enfermedad y las limitaciones que esta conlleva. La CV percibida depende de las expectativas del paciente respecto a su capacidad funcional y su estilo de vida. La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes incluidos en Programas de Rehabilitación Cardíaca puede resultar una herramienta útil para identificar un mayor riesgo de reingreso y mortalidad. Las enfermedades cardiovasculares mantienen estrecha relación con la calidad de vida del sujeto tanto como consecuencia como causa de la aparición de estas. Por lo que se pone en la mira desde un punto multi e interdisciplinario para su prevención, tratamiento y recuperación desde la rehabilitación psicofísica cardíaca mediante la estrategia intervención sociosanitaria.
- Desde la caracterización psicosocial, de la muestra seleccionada, se diseñó la estrategia de intervención sociosanitaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes cardiovasculares que se encuentran en la fase II de la rehabilitación. La misma fue validada por criterios de expertos y quedó conformada en 12 sesiones objetivadas en función de reducir gradualmente estados emocionales negativos y que permitiera lograr una adecuada adherencia al tratamiento psicofísico y al reconocimiento del rol de enfermo para así mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe Weber, Cap.3 Enfermedades cardiovasculares. (2020). Cámara Argentina de Especialidades Medicinales. <https://www.caeme.org.ar/archivo-weber/enfermedades-cardiovasculares/>

2. Ataque al corazón. (2022). En MedlinePlus en español. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) (p. 1). Recuperado el 10 de enero de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/heartdiseases.html>
3. Enfermedades cardiovasculares. (2017). Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
4. Rodríguez Rodríguez, T. (2019). Rehabilitación cardiovascular: Intervención psicológica y mejora de la calidad de vida. Revista Psicología Científica.com, 17(05). <https://psicologiacientifica.com/intervencionismo-psicologico-rehabilitacion-cardiovascular>
5. Casaverde Pineda, M. (2017). Calidad de vida en pacientes post infarto agudo de miocardio que asisten al programa de rehabilitación cardiaca en un instituto nacional 2017 [Trabajo académico para optar el título de Especialista en Enfermería en Cuidado Cardiovascular, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Enfermería]. repositorio.upch.edu.pe. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3762/Calidad_CasaverdePineda_Miriam.pdf
6. González Llana, F. M. (2007). Instrumento de evaluación psicológica. Ciencias Médicas. (Obra original publicada en 2007)
7. López Angulo, L. (2010). Compendio de Instrumentos de Evaluación Psicológica. Capítulo 3. Ciencias Médicas. (Obra original publicada en 2010).
8. Reyna, C., Mola, D. J., & Correa, P. S. (2019). Escala de estrés percibido: análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y estrés*, 25(2), 138–147. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793718301283?via%3Dihub>
9. Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86–93. https://www.researchgate.net/publication/39254499_Psychometric_Properties_of_a_European_Spanish_Version_Psychometric_Properties_of_a_European_Spanish_Version
10. Puentes Martínez, L., & Díaz Rábago, A. (2019). Fiabilidad y validez de constructo de la Escala de Estrés Percibido en estudiantes de Medicina. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(3), 373-379. Recuperado de <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3894>
11. Hoyos Segura, J. (2009). *Determinación de la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca en una institución de IV nivel en la Ciudad de Bogotá* [Trabajo presentado como requisito para optar al título de profesional en Enfermería., Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería]. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9770/tesis10-4.pdf?sequence=3>

12. Factores de riesgo cardiovascular. (2023). The Texas Heart Institute. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>
13. Elvira Martínez, C. M. (2009). *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. Capítulo 73: Diferencias entre hombres y mujeres en la incidencia de las enfermedades del corazón.* Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2009_salud_cardiovascular.pdf (Obra original publicada en 2009)
14. Gómez Paredes, L. (2020). Diferencias de género en incidencia de enfermedad cardiovascular, muerte, factores de riesgo y tratamientos. *MPG Journal*. <https://mpgjournal.mpg.es/index.php/journal/article/view/479/826>
15. Silva Ruz, C., Ruiz Acacio, E. A., Pineda Flores, C., & Landa Ramírez, E. (2022). Intervención psicológica a distancia para el tratamiento de la depresión en insuficiencia cardiaca. *Archivos de Cardiología de México*, 92(4), 502–512. <https://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v92n4/1405-9940-acm-92-4-502.pdf>
16. Larrinaga Sandrino, V., Hernández Melendrez, E., Hernández Mederos, D., & Crespo Carracedo, I. (2016). Características sociodemográficas y estados emocionales negativos en pacientes con enfermedad cardiovascular con indicación quirúrgica. *CorSalud Revista de enfermedades cardiovasculares*, 8(3), 164–172. <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/136/324>
17. Gómez Hernández, M. J. (2007). *Manual de técnicas y dinámicas.* . Sistema de Información Científica y Tecnológica en Línea para la Investigación y la Formación de Recursos Humanos del Estado de Tabasco. <http://www.habilidades-sociales.com/tecnicas-y-dinamicas-para-reforzar-el-aprendizaje-aprender-mejor/70637-tecnicas-y-dinamicas-de-grupo-discusion-de-gabinete.html>