



ISSN en línea: 2550-6692
ISSN: 2477-9172

ENFERMERÍA INVESTIGA

<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/index>



ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES POST-INFARTO AL MIOCARDIO EN LA FASE III DE REHABILITACIÓN CARDIACA

LIFESTYLES IN POST-MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS IN PHASE III CARDIAC REHABILITATION

Zuneida Rojas¹ <https://orcid.org/0009-0001-3893-7259>, Vicenta Fernández² <https://orcid.org/0009-0000-5487-9119>

¹Docente Agregado adscrita al departamento básico de la Escuela de Enfermería Dra. "Gladys Román de Cisneros". Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

²Docente Titular adscrita al departamento salud integral del adulto de la Escuela de Enfermería Dra. "Gladys Román de Cisneros". Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2023 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

Recibido: 15 de enero 2023

Aceptado: 15 de marzo 2023

RESUMEN

Introducción: Los estilos de vida han sido estudiados por varias disciplinas como la sociología, la antropología y la epidemiología. El origen del término y los mayores desarrollos conceptuales se han formulado en el campo de las ciencias socioculturales, donde los estilos de vida son patrones de comportamiento grupales sobre los que la estructura social ejerce una influencia considerable. **Objetivo:** Determinar el estilo de vida en pacientes post-infarto al miocardio en la fase III de rehabilitación cardiaca, en sus factores: hábitos de alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol y adherencia al tratamiento médico. **Métodos:** La investigación es no experimental, cuantitativa, descriptiva y de campo. La muestra estuvo conformada por 75 pacientes que acudieron a control en la consulta de cardiología, se les aplicó un instrumento tipo cuestionario constituido por 40 preguntas referidas a las variables en estudio. Con validez y confiabilidad de Alfa De Cronbach de 0,84. **Resultados:** Se observó que el 46,7% poseen edades comprendida entre 45 a 54 años, con predominio del sexo masculino con el 50,7% (38 pacientes). El 40,0% tiene un nivel educativo de primaria. Para la variable estilos de vida el 96,0% de los pacientes se ubicaron en el nivel de ocurrencia media. **Conclusiones:** Al considerar en conjunto todos los factores y evaluar la globalidad de los estilos de vida en pacientes post-infarto al miocardio en la fase III de rehabilitación cardiaca, casi el total de los pacientes se ubicaron en el nivel de ocurrencia media.

Palabras clave: estilo de vida, infarto del miocardio, rehabilitación cardiaca.

ABSTRACT

Introduction: Lifestyles have been studied by several disciplines such as sociology, anthropology and epidemiology. The origin of the term and the major conceptual developments have been formulated in the field of sociocultural sciences, where lifestyles are group behavior patterns on which the social structure exerts considerable influence. **Objective:** To determine the lifestyle in patients after myocardial infarction in phase III of cardiac rehabilitation, in its factors: eating habits, physical activity, tobacco consumption, alcohol consumption and adherence to medical treatment. **Methods:** The research is non-experimental, quantitative, descriptive and field. The sample consisted of 75 patients who attended the cardiology consultation for control, and a questionnaire-type instrument consisting of 40 questions referring to the variables under study was applied. With validity and reliability of Cronbach's alpha of 0.84. **Results:** It was observed that 46.7% were aged between 45 and 54 years, with a predominance of males with 50.7% (38 patients). 40.0% have a primary education level. For the lifestyle variable, 96.0% of patients were at the mean level of occurrence. **Conclusions:** When considering all the factors together and evaluating the globality of lifestyles in patients after myocardial infarction in phase III of cardiac rehabilitation, almost all patients were at the level of average occurrence.

Keywords: lifestyle, myocardial infarction, cardiac rehabilitation

Autor de Correspondencia: MgCs. Zuneida Rojas de Tovar. **Correo electrónico:** zuneida.rojas@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las decisiones y acciones de hoy tienen un impacto serio en el futuro. Mientras más evidencias científicas se reciben, más indicaciones hay de que son las personas las que ocasionan sus enfermedades. En gran parte los malos hábitos de salud causan las enfermedades y dolencias, podrían vivir vidas más largas, si los estilos de vida no causaran enfermedades que la acortaran. Es por ello, que los padres deben hacer conciencia y crear hábitos saludables en los niños como comer sano, realizar actividad física, entre otras; para que de adulto puedan tomar decisiones en cuanto a la adopción de acciones protectoras para su salud y su vida.

La evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la edad adulta están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia o la adolescencia (1). Los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las posibilidades de acceso a la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad de las personas (2). En otro sentido, el concepto estilos de vida, se aplica al comportamiento individual, especialmente a patrones de conducta sostenidos durante un plazo respectivamente largo.

Por esta razón, la identificación de los factores de riesgo en una población de adultos que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM) adquiere especial relevancia, porque permite identificar su vulnerabilidad para otras enfermedades cardiovasculares y contribuye a focalizar estrategias de prevención al constituir un grupo que requiere cambios de conductas y establecer hábitos de vida más saludable que permitan retrasar o minimizar la aparición de complicaciones y recaídas en este grupo poblacional.

Es bien sabido que las cardiopatías desde hace 20 años son las causas principales de mortalidad en todo el mundo, ya que ahora provocan más muertes que nunca. El número de muertes debidas a las cardiopatías ha aumentado desde el año 2000 en más de 2 millones de personas, hasta llegar a casi 9 millones de personas en 2019. Las cardiopatías representan en estos momentos el 16% del total de todas las muertes, a nivel mundial (3).

Los estilos de vida de las personas pueden conducir a comportamientos considerados no saludables y, por ende, se convierten en factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. Es importante mencionar que Según la Organización Mundial de la salud (OMS), 36 millones de las muertes en el mundo es a causa de eventos coronarios, solo por enfermedades cardiovasculares; se estima que para el año 2030 la cifra estará alrededor de 25 millones de defunciones (4).

En Latinoamérica, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estas enfermedades constituyen la causa más frecuente de defunción y discapacidad, tanto en hombres como en mujeres. En efecto, en la población venezolana, las afecciones del corazón y los vasos sanguíneos son la principal

causa de muerte y representan una creciente carga sanitaria, social y económica. Así, en dicho país, se estima que las afecciones del corazón y los vasos sanguíneos produjeron 52.706 muertes en el año 2015, este número de defunciones representó el 31% de toda la mortalidad y el 43% de la mortalidad por enfermedad no transmisible (5).

Como se aprecia, estas estadísticas son importantes para establecer el valor de adoptar conductas saludables, por la necesidad que existe en la actualidad en tratar de reducir la morbimortalidad por infarto de miocardio, así como proporcionar la información necesaria relacionada con los cambios en sus estilos de vida, contribuyendo a una vida más saludable.

Es importante mencionar que al realizar la actividad de extensión "Corazón Saludable", en un Hospital Universitario, el cual es una institución tipo IV, cuenta con todas las especialidades y desarrolla actividades docentes de pre y post grado, ubicado en la ciudad de Valencia-Venezuela, se observó en la Unidad de Cuidados Coronarios en el año 2022 un alto ingreso: trescientos veinte (320) (6) de personas con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en la fase III de rehabilitación cardíaca, la cual es la fase que inicia una vez el paciente egresa a su hogar y se espera que los hábitos aprendidos en las fases previas perduren para toda la vida (7).

De acuerdo con lo señalado anteriormente, el estudio tuvo como objetivo determinar el estilo de vida en pacientes post-infarto al miocardio en la fase III de rehabilitación cardíaca, en sus factores: hábitos de alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol y adherencia al tratamiento médico.

MÉTODOS

La investigación es no experimental, cuantitativa, descriptiva y de campo (8-12). La población fue de trescientos veinte (320) personas, que sufrieron un infarto al miocardio y asistieron a consulta externa de cardiología de un hospital universitario, la muestra es de tipo censal conformada por setenta y cinco (75) pacientes que representaron el 25% de la población y reunieron los siguientes criterios de inclusión: pacientes alfabetos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 40-60 años, que hayan sufrido un IAM, con tiempo postinfarto de 6 meses o más y que manifestaron participar de forma voluntaria en la investigación.

Se solicitó por escrito del consentimiento informado, el cual es la manifestación de la actitud responsable y bioética del investigador, que eleva la calidad de los servicios, garantiza el respeto a la dignidad y la autonomía de las personas. Lo cual fue expresado abiertamente a los individuos participantes de la investigación, protegiendo la confidencialidad y el respeto a la intimidad (2,13). En este sentido, se brindó información clara y oportuna acerca del propósito de esta, el tipo de información a obtener, el derecho de los participantes a renunciar a la investigación, sin que esto involucre repercusiones sobre los mismos.

Técnicas de recolección de datos

La encuesta, fue el instrumento de recolección de la información a través del diseño de un cuestionario (14), compuesto por dos partes, la primera con los datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo) y la segunda parte conformada por 40 ítems relacionado con la variables en estudio, (alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol y adherencia al tratamiento médico), utilizando una escala de Likert con alternativas de respuestas de: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca.

La validación del instrumento fue realizada por expertos en el área quienes evaluaron la comprensión, claridad, redacción y

pertinencia de los diferentes ítems, mientras que la confiabilidad fue a través de una prueba piloto, aplicada a 10 pacientes con las mismas características de la muestra y además se utilizó la prueba del Alfa de Cronbach, obteniéndose una confiabilidad de 0,84% catalogado como bueno.

Los resultados del valor promedio para cada indicador, factor y variable, permitió agrupar en tres categorías de niveles de ocurrencia: baja (nunca y casi nunca); media (a veces) y alta (casi siempre y siempre), que corresponden respectivamente a los siguientes intervalos de los valores medios (Tabla 1).

**TABLA 1
CATEGORÍAS**

Nivel de Ocurrencia		Valores medios
Baja	Nunca y Casi nunca	1,00 a 2,49
Media	A veces	2,50 a 3,49
Alta	Casi siempre y Siempre	3,50 a 5,00

Para el análisis de la información presentada, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, para medir la fuerza de la asociación, el cual se computó con los valores medios de ocurrencia y no con las categorías. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado de bondad de ajuste, para establecer cuál de los niveles resultó predominante en cada indicador, factor y variable. El nivel de significación de la prueba mencionada se fijó en menos de 5% ($p < 0,05$). Para el análisis estadístico de la información se utilizó las estadísticas descriptivas a través de cuadros y gráficos.

RESULTADOS

En relación a los aspectos sociodemográficos, el 46,7% tenía una edad comprendida entre 45 a 54 años, siendo los de 55 años o más el 44,0%, lo que hace que ambos rangos de edad predominen porcentualmente sobre los pacientes de 35 a 44 años que fueron solo el 9,3%. En relación al sexo, se evidencia valores casi iguales, donde el sexo masculino predomina discretamente con 38 (50,7%), mientras que el sexo femenino 37 (49,3%). El 40,0% tiene nivel educativo de primaria, con secundaria el 37,3% y de educación universitaria el 22,7% (Tabla 2).

**TABLA 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS ASPECTOS
SOCIDEMOGRÁFICOS**

ASPECTO	Frecuencia N°	Porcentaje %
Edad (Años)		
35 – 44	7	9,30
45 – 54	35	46,70
≥ 55	33	44,00
Total	75	100,0
Sexo		
Femenino	37	49,30
Masculino	38	50,70
Total	75	100,00
Nivel educativo		
Primaria	30	40,00
Secundaria	28	37,30
Universitaria	17	22,70
Total	75	100,00

La mayor frecuencia de pacientes en el factor hábitos de alimentación saludable fue en el grupo de nivel de ocurrencia media con representación del 65,3% que resultó significativamente predominante (Chi cuadrado=48,0; g.l.=2; p<0,0001), siendo el resto para en nivel de alta ocurrencia con un 34,7%. Para los factores actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol, presentan un solo indicador cada

uno, los resultados para los factores son idénticos a los de los indicadores respectivos. En el factor adherencia al tratamiento médico, predomina de forma significativa (Chi cuadrado=62,0; g.l.=2; p<0,0001), el nivel de alta ocurrencia al ser representado por 73,3% pacientes, correspondiendo el restante 26,7% para el nivel de ocurrencia media (Tabla 3).

TABLA 3
ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES POST-INFARTO AL MIOCARDIO

Factores	Nivel de ocurrencia							
	Baja		Media		Alto		Total	
	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %
Hábitos de alimentación saludable	0	0,00	49	65,30*	26	34,70	75	100,00
Actividad física	75	100,00*	0	0,00	0	0,00	75	100,00
Consumo de tabaco	55	73,30*	3	4,00	17	22,7	75	100,00
Consumo de alcohol	66	88,00*	0	0,00	9	12,0	75	100,00
Adherencia al tratamiento médico	0	0,00	20	26,70	55	73,3*	75	100,00

*p<0,05 (significancia estadística)

Al considerar en forma consolidada todas las respuestas de los setenta y cinco pacientes, se obtuvo que en la variable estilos de vida, el 96,0% de los pacientes se ubicaron en el nivel de ocurrencia media, habiendo solo un 4,0% en alta ocurrencia (Tabla 4).

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN NIVELES CONSOLIDADOS DE OCURRENCIA CON RELACIÓN A LA VARIABLE EN ESTUDIO

VARIABLE	NIVEL DE OCURRENCIA							
	Baja		Media		Alta		TOTAL	
	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %
Estilos de vida en pacientes post-infarto al miocardio en la fase III de rehabilitación cardiaca	0	0,00	72	96,00	3	4,00	75	100,00

DISCUSIÓN

Los resultados presentados permiten evidenciar que la mayoría del grupo de pacientes, en cuanto al factor hábitos de alimentación saludable, se ubicó en el nivel de ocurrencia media con un 65,3 %. El resultado mostro que posterior al infarto, el paciente a corto plazo se siente responsable y capaz de auto cuidarse, pero a largo plazo, descubre que su comportamiento preventivo y en especial seguir una correcta dieta es difícil mantener (15,16). Por esto, la importancia del rol

educativo del profesional de enfermería como estímulo y motivación para que el paciente mantenga estilos alimenticios saludables, ya que mantener hábitos insanos sería dañino para la salud y en consecuencia podría generar nuevos infartos, reingresos al área hospitalaria e inclusive la muerte. Moroto (7) en el año 2010 refiere que la modificación de hábitos hacia un patrón cardiosaludable condiciona la disminución de la morbimortalidad cardiovascular a medio y largo plazo. Se espera que el paciente post-infarto modifique sus hábitos

alimenticios y adopte conductas que le permitan preservar su salud, evitando complicaciones:

Al considerar el indicador frecuencia en la realización de actividad física, se encuentra que hay un predominio total (100%) del nivel de ocurrencia BAJA. Se observa que no hay un patrón de conducta en la realización de ejercicios, al respecto Maroto (7) en el año 2010, señala que el ejercicio físico es un tratamiento más, dentro de las medidas multidisciplinarias que se llevan a cabo para el control de los pacientes con enfermedad cardiovascular, la experiencia de la inclusión de ejercicios en este tipo de pacientes es satisfactoria. En el control de factores de riesgo coronarios, la actividad física aumentó la capacidad funcional formando parte del tratamiento complementario, mejoró los aspectos psicológicos y sociales del paciente. La práctica de ejercicio regular produce mejoras en la calidad de vida tanto física como psicológica (17-19)

Para el factor consumo de tabaco, se determinó en un nivel de ocurrencia baja, siendo esto un factor positivo, ya que, de los 75 pacientes, el predominio con 55 pacientes que corresponden al 73,3% no son fumadores. En la actualidad existen estudios sobre el efecto perjudicial del tabaco en la patología aterosclerosa coronaria y es el responsable del 50% de las muertes evitables y del 29% de la mortalidad coronaria (20,21)

En el indicador consumo de alcohol, se pudo establecer que en el nivel de alta ocurrencia se ubicó en el 12%, nadie en ocurrencia media y 88,0% en baja ocurrencia, aspecto positivo para el grupo en estudio, ya que el consumo de alcohol afecta la alimentación, el sueño, la disposición al ejercicio, la recreación, la seguridad y las relaciones familiares representando un elemento perjudicial para la salud y por ende para la adopción de estilos de vida saludables. De allí, la importancia de motivar al paciente para que evite el consumo de bebidas que contengan alcohol, con la finalidad de minimizar los riesgos de eventos cardiovasculares. La prevención es fundamental para mantener la vida del paciente (22-24)

En cuanto al indicador que versa sobre la adherencia al tratamiento médico, predominó el nivel de ocurrencia alta con un 73,3%, siendo el 26,7% en el nivel de media ocurrencia. Los resultados anteriores permiten evidenciar que el grupo en estudio prevalece la preocupación en cumplir con el tratamiento

REFERENCIAS

1. Barrios, H. Estilos de vida saludable y enfermedad. Venezuela, Universidad de los Andes. Primera edición. 1999
2. Urrego Claudia, Zuloaga Sandra. La enfermera y su papel en el cuidado del paciente de cirugía cardiovascular. Revista colombiana de cardiología. 2013; 20 (6): 5. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiovascular.com>
3. Tulio José Núñez Medina. Departamento de educación e investigación. Sociedad venezolana de cardiología. Corazones infartados: El impacto de la pandemia de cardiopatía isquémica en Venezuela. Estimaciones de la carga de enfermedad cardiovascular 2015. 2014; (34): 181-192 Disponible en: https://institutoeducardio.org/wp-content/uploads/2018/11/Informe_Gestion_2014-2018_Departamento_Educaci%C3%B3n_Investigaci%C3%B3n_SVC..pdf
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad cardiovascular. Prevención de enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/cardiovascular-diseases/es/>.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Proyectos de prevención y control de enfermedades no transmisibles e información y análisis de salud y área de desarrollo sostenible y ambiente: enfermedades no transmisibles en las Américas: indicadores básicos 2011. Washington DC, Estados Unidos de América. Disponible en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf
6. Servicio de Registros de la Unidad de Cuidados Coronarios. Hospital Universitario en Valencia. Ministerio del poder popular de salud/Venezuela. 2022
7. Maroto, De Pablo. Rehabilitación cardiovascular. España. Editorial Panamericana. Primera Edición. 2010, 292 p

indicado y la asistencia a consultas. Es por el ello la importancia en el cumplimiento de las pautas terapéuticas para prevenir la aparición y/o progresión de eventos coronarios. Al respecto Leguizamón (25) en el año 2008, refiere: "los tratamientos farmacológicos presentan importantes porcentajes de baja adhesión, y cerca del 50% presenta problemas para el seguimiento del tratamiento prescrito". La falta de adhesión al tratamiento conlleva a un aumento en las re-hospitalizaciones y morbimortalidad.

Al considerar en forma consolidada todas las respuestas de los setenta y cinco pacientes, se obtuvo que en la variable estilos de vida el 96% tiene un nivel de ocurrencia media, habiendo solo un 4% en alta ocurrencia, factor positivo para el grupo en estudio, evidenciando una vez más que es importante la educación continua en este grupo poblacional, con el objetivo que el paciente sea el protagonista de los cambios en sus autocuidados y por ende de sus estilos de vida. Canesa et al. (26) en el año 2012, refiere que los cambios en los estilos de vida son importantes en las patologías cardiovasculares, debido a que estas variaciones disminuyen los factores de riesgos a los que se ven expuestos los pacientes que padecen esta patología, como el IAM.

En atención a esta problemática, actualmente las enfermedades cardiovasculares son consideradas un problema de salud pública a nivel mundial que exige la modificación de factores de riesgos para la salud como es el consumo de cigarrillos, hábitos alimenticios inadecuados, entre otros; a fin de preservar la salud, incrementar la calidad de vida y disminuir las posibilidades de un nuevo evento cardiológico (27-29). Según Nettina: "los estilos de vida juegan un papel fundamental en la mayoría de los procesos mórbidos que producen mortalidad" (30)

CONCLUSIONES

Al considerar en conjunto todos los factores, y evaluar la globalidad de los estilos de vida en pacientes post-infarto al miocardio en la fase III de Rehabilitación Cardíaca, casi todos los pacientes en cuanto a las variables en estudio se ubicaron en el nivel de ocurrencia media, aspecto importante ya que nos indica que los pacientes en esta etapa de rehabilitación cardíaca poseen conocimiento sobre su autocuidado, evitando los reingresos producto de la falta de orientación y educación oportuna.

8. Fernández, P. y Díaz, P. Investigación cualitativa y cuantitativa. España. 2006. Disponible: www.fisterra.com/material/investiga/cuanti-cuali/cuanti_cuali.htm.
9. Hernández Sampieri. El proceso de la investigación. México. Editorial Mc Graw Hill. Segunda Edición. 2000
10. Polit, D. Bernadette, H. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Sexta Edición. 2000.
11. Canales, F. Metodología de la Investigación. México. Editorial Limusa. 2006
12. Sabino, C. El proceso de Investigación. Caracas. Editorial Panapo. Segunda Edición. 1993
13. Castro Magdalena. La enfermería y la investigación. Revista médica Clínica Las Condes. 2018;3(3):301-310 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531>
14. Castillo, Edelmira y Vásquez, Marta. El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. Revista Colombia Médica. 2003;34(3):164-167. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
15. Cazorla Roca M, Galán Fernández S, Rehabilitación cardiaca ¿cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes? Enfermería cardiológica. 2004; XI (32-33):58-61. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/autores/901-cazorla-roca-m>
16. Arteaga, L y Arciniega, M. El estilo de vida saludable y los factores de riesgo cerebrovascular y cardiovascular. Estado Falcón. Trabajo de grado de maestría no publicado, Universidad de Carabobo, Valencia. 2002
17. Márquez Rosa, Sara y Garactachea, Vallejo Nuria. Actividad Física y Salud. Editorial Díaz Santos. España. 2012
18. Cumbre mundial de educación física. La legislación sobre educación física. Berlín 1999.
19. Jayne B. Peñate Brito, Dayma Solís de la Paz Marilia Ríos García, Más y Gladys García Peñate. Rehabilitación cardiovascular en la fase de convalecencia en pacientes con Infarto agudo de miocardio. Revista cubana de medicina física y rehabilitación. 2012; 2 (4):2. Disponible en: <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/70>
20. Pérez Trillan, Richard Doll. Pionero en determinar los riesgos del consumo de tabaco. Prevención del tabaquismo. 2014.
21. Aiza J, Alisa A. Estrategias educativas de RC en pacientes post infartados. 2002
22. Rojas M, Hola R. Hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas en una comunidad rural de Antioquía Colombia. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 1999
23. González R, Ochoa R. Compilación de artículos acerca del alcoholismo y su prevención. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2001
24. Martínez E. Aprender la sabiduría del cuidado de sí mismo. Revista Confer España. 2007;179:495-526. Disponible en: <http://emmamartinezocana11.blogspot.com/2012/07/aprender-la-sabiduria-del-cuidado-de-si.html>
25. Mónica Leguizamón. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes post-infarto agudo al miocardio. Trabajo de grado. Universidad Pontificia Javeriana. Bogotá/ Colombia. 2008. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9444/Tesis01.pdf;seq>
26. Canesa, P. Nykiel. Las conductas de riesgo. Manual para la educación integral del adolescente. OPS. 2012.
27. Colliere Marie. Promover la vida. España. Editorial McGraw Hill Interamericana. 1993
28. Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. Conceptos proceso y práctica. Madrid – España. Editorial McGraw Hill Interamericana. 2004
29. J. Salvador. J. Carlos Bravo. Rehabilitación cardiaca y atención primaria. Editorial medica panamericana. Segunda Edición. Madrid España. 2002. 245 p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=310380>
30. Nettina S. Enfermería práctica. México. Editorial McGraw Hill Interamericana. Sexta Edición; I. 1999