

## Enfermedades cardiovasculares en el contexto de un Hospital General de Agudos: enfoque desde Terapia Ocupacional para la promoción y prevención

Cardiovascular diseases in the context of a General Acute Hospital: Occupational Therapy approach for promotion and prevention

Gabriela Rodríguez Canitrot | Sandra Nieto Ramírez

### Gabriela Rodríguez Canitrot

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata. Residencia de Terapia Ocupacional de la provincia de Buenos Aires, Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata. Especialización en Terapia de mano y miembro superior, Asociación Argentina de Cirugía de la Mano y Reconstructiva del miembro superior y Capítulo de Terapistas de la mano y miembro superior. Maestrando en Salud Pública, Universidad Nacional de La Plata. Terapeuta ocupacional de la Unidad de Terapia Ocupacional, Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata y Referente disciplinar de la Residencia de Terapia Ocupacional de la provincia de Buenos Aires.

gabrielarodriguezcanitrot.to@gmail.com

### Sandra Nieto Ramírez

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Posgrado en especialización en Discapacidad, Facultad de Derecho Universidad de Buenos Aires. Maestrando en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires. Docente de la Licenciatura de Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Terapeuta Ocupacional de planta en Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata.

sandranietoramirez@gmail.com

### Resumen

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas causan la mayoría de defunciones y discapacidad a nivel mundial (OPS, 2011). El envejecimiento de la población, consumo de tabaco, dieta no saludable y la falta de actividad física, en la globalización, el crecimiento urbano, explican altas prevalencias de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) (OMS, 2014). El riesgo de las ECV se reduce cuando se conocen poblacionalmente estilos de vida saludable, factores de riesgo y cambios de comportamiento necesarios para reducirlos. El propósito del trabajo es conocer la presencia de FRCV en pacientes atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín. Se evalúan los FRCV en 160 pacientes, desde mayo 2018 hasta febrero 2019. Los hallazgos de la muestra resultan en que un 32% es ex tabaquista, 22% fuman, 45% refiere ser no fumador. 45% desconoce ser diabético y 22% afirma serlo. 64% es hipertenso, 14% lo desconoce. 36% tiene colesterol y 32% lo desconoce. 77% sufre sobrepeso/obesidad y 82% es sedentario. 60% refiere alimentación inadecuada. 53% refiere sufrir estrés. Se compararon dichos datos con datos de la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) encontrando similitudes en las tendencias. Se concluye que las personas en riesgo cardiovascular mantienen hábitos que afectan y empeoran su enfermedad a pesar de las indicaciones médicas y/o desconocen los FRCV y comportamientos posibles para disminuir el riesgo.

**Palabras clave:** enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo cardiovascular, Terapia Ocupacional, estilo de vida.

### Abstract

*Cardiovascular diseases (CVD), cancer, diabetes and chronic respiratory diseases cause the majority of deaths and disability worldwide (PAHO, 2011). The aging of the population, tobacco consumption, unhealthy diet and lack of physical activity, in globalization and urban growth, explain high prevalences of cardiovascular risk factors (CVRF) (WHO, 2014) The risk of CVD is reduced when healthy lifestyles, risk factors and behavior changes necessary to reduce them are known to the population. The purpose of the study is to know the prevalence of CVRF in patients treated at the Cardiology Service of Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín. The CVRF were evaluated in 160 patients, from May 2018 to February 2019. As results of the sample, 32% were former smokers, 22% smokers and 45% referred to being non-smokers. 45% do not know they are diabetic and 22% claim to be. 64% are hypertensive and 14% are unaware of it. 36% have cholesterol and 32% do not know it. 77% are overweight/obese and 82% are sedentary. 60% report inadequate nutrition. 53% report stress. These data were compared with data from the 4th National Survey of Risk Factors (ENFR) finding similarities in trends. As conclusion people at cardiovascular risk maintain habits that affect and worsen their disease despite of medical indications and/or are unaware of the CVRF and possible behaviors to reduce risk.*

**Keywords:** cardiovascular diseases, cardiovascular risk factors, Occupational Therapy, lifestyle.

## Introducción

La prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV) engloban un conjunto de acciones a desarrollar por diferentes profesionales del equipo de salud, generalmente conocido bajo el concepto de Rehabilitación Cardiovascular (RHCv). El profesional de Terapia Ocupacional (TO) debe incluirse dentro de este equipo ya que puede intervenir desde un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, interviniendo sobre el asesoramiento personal y familiar, sobre los cambios en los hábitos y rutinas y la participación en actividades (familiares, sociales, educativas, laborales).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las ECV, junto al cáncer, la diabetes (DBT) y las enfermedades respiratorias crónicas causan la mayor combinación de defunciones y discapacidad a nivel mundial. El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, principalmente, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano, muchas veces no planificado, explican las altas prevalencias de Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV) como: hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, DBT y obesidad y, con ello, que las ECV sean la primera causa de muerte. La HTA, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, vistos en conjunto, explican más del 80% de las ECV. Estas, se distribuyen de manera desigual, afectan más a los pobres y tienen un impacto catastrófico en la economía de los gobiernos y de las familias por el gasto derivado de los tratamientos y la pérdida de años de vida potencial y de productividad causadas por muertes prematuras y discapacidad (OPS, 2011).

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las ECV tienen un gran peso en nuestro país. Las mismas son responsables del 73,4% de las muertes, el 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad. Las ECV son responsables del 39,3% de la mortalidad en Argentina. La Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, implementa la "Estrategia nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles" aprobada por la Resolución 1083/2009 tendiente a reducir los FRCV y las muertes y discapacidad por ECNT, así como mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud de las personas en riesgo y afectadas por las ECNT. Esta estrategia, conducida por la DNPSyCECNT, incluye, entre otros, el Plan Nacional Argentina Saludable que integra el Programa Nacional de Control del Tabaco, el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo y la promoción de la alimentación saludable; siguiendo con los lineamientos de promoción de la salud y control de los FRCV, la vigilancia de los mismos, entre otros. Como una de las acciones para la vigilancia de los FRCV, se realiza la Encuesta Nacional de Factores de

Riesgo (ENFR), siendo la última edición publicada en el año 2019 (Informe de gestión, 2018).

Según la OPS (2011, p. 39), el riesgo de las ECV se reduce y su control mejora cuando las personas afectadas conocen los estilos de vida saludable, los factores de riesgo y los cambios de comportamiento necesarios para reducirlos, así como las medidas específicas de autocuidado. La RHCv es el conjunto de actividades necesarias para brindar a los individuos con ECV una condición física, mental y social óptima que les permita conocer y controlar los FRCV, modificar el estilo de vida, y una pronta inserción en la sociedad o en el entorno laboral o en ambos. La Sociedad Argentina de Cardiología (SAC, 2019, p.6) afirma que no existe un límite de edad para ingresar un paciente en RHCv. Los pacientes elegibles son aquellos que han presentado por lo menos uno de los siguientes eventos CV en el último año: infarto agudo de miocardio/síndrome coronario agudo, cirugía de by-pass aorto-coronario, angioplastia coronaria, angina crónica estable, reparación o reemplazo valvular, trasplante cardíaco o cardiopulmonar, portadores de dispositivos, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad vascular periférica, enfermedad coronaria asintomática, pacientes sin eventos coronarios pero con FRCV. Las indicaciones para la RHCv se han ampliado en los últimos años, incluyendo prácticamente a todos los pacientes (SAC, 2019, p. 7).

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la presencia de FRCV de pacientes internados y de consultorio externo atendidos por TO en el Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) General San Martín de La Plata entre el período comprendido entre Mayo 2018 y Julio 2019.

Obteniendo datos objetivos acerca de la presencia de los FRCV en pacientes con diagnósticos cardiovasculares y los comportamientos que realizan ante los mismos, podemos conocer el escenario en el que se desarrolla esta problemática, reconociendo las necesidades respecto a los abordajes actualmente ofrecidos para dicha población. Entendiendo que el profesional de Terapia Ocupacional puede incluirse dentro del equipo tratante para acompañar a la persona/familia desde un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acompañando en el asesoramiento sobre los riesgos y las posibilidades para los cambios en los hábitos y rutinas de autocuidado de dicha población.

## Material y métodos

Diseño de tipo exploratorio, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se incluyeron todos los cuestionarios de FRCV realizados a pacientes internados o de consultorio externo atendidos por la Unidad de TO, en la Sala de Cardiología del HIGA San Martín de La Plata, entre el período comprendido entre mayo 2018 y julio 2019. El instrumento para la recolección de

los datos fue un cuestionario de FRCV realizado por la Unidad de TO. Como criterio de inclusión se consideraron todos los pacientes atendidos por TO en la sala de internación y consultorio externo que realizaron el cuestionario de FRCV, se excluyeron de la muestra pacientes mayores de 80 años y privados de su libertad. Se aplicó de forma oral en formato de entrevista semi-estructurada. La muestra quedó conformada por un total de 160 pacientes.

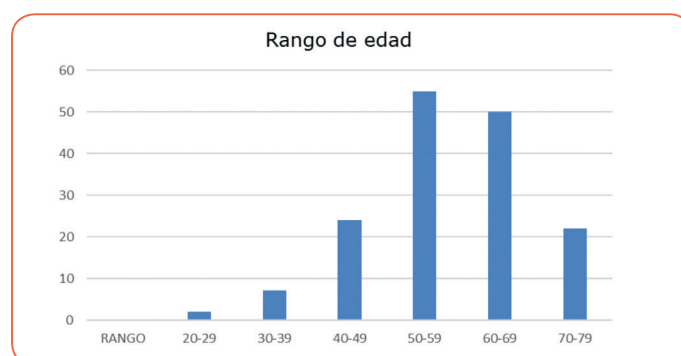
El cuestionario de FRCV recaba los siguientes datos: edad; sexo; diagnóstico; ocupación; información sobre realización de controles médicos cardiológicos e internaciones por sintomatología cardiovascular previas; presencia de: sedentarismo, hábito tabáquico, HTA, sobrepeso/obesidad, estrés, colesterol, DBT, información sobre alimentación.

### Resultados

Como características generales de la muestra: el 69% es de sexo masculino y el rango de edad predominante es de entre 50-59 años de edad (34%), en primer lugar, y de 60-69 años de edad (31%), en segundo lugar (ver Gráfico 1). El 61% de la muestra tuvo internaciones previas, habiendo sido en este hospital u otro establecimiento (ver Gráfico 2). Según sus ocupaciones los mayores porcentajes muestran que el 25% es jubilado/pensionado; mientras que el 22%, son amas de casa (ver Gráfico 3). Los diagnósticos que presentaron los pacientes al momento de realizar el cuestionario fueron muy variados, por lo que se categorizaron en grandes grupos resultando en un 32% los pacientes con insuficiencia cardíaca, seguido del grupo de pacientes coronarios con un 30%, un 16% con arritmias, el 13% con patologías vasculares periféricas, un 5% de pacientes de prevención primaria y el resto agrupado en otros diagnósticos (ver Gráfico 4). Del total de la muestra, se describe la presencia de FRCV y el conocimiento/desconocimiento que tiene la persona sobre la presencia de los mismos: sobre la HTA, conocimiento de medición elevada de la tensión arterial, el 62% sabe que la tiene, el 21% desconoce y el resto refirió no presentar HTA (ver Gráfico 5), sin haberlo registrado de manera específica se ha detectado por el discurso de los pacientes una tendencia a considerar la medicación como la única medida de control de este factor de riesgo. Acerca de la presencia de DBT, según conocimiento del nivel de glucemia capilar elevada por medición bioquímica, el 32% sabe que la tiene, el 17% desconoce y el resto refirió no presentar DBT (ver Gráfico 5). Sobre la presencia de colesterol elevado, según conocimiento del nivel de colesterol por medición bioquímica, el 37% refiere que no lo presenta, el 34% refiere que si lo presenta, mientras que el 28% desconoce (ver Gráfico 5). El 76% del total de la muestra presenta obesidad/sobrepeso (ver Gráfico 5), registrado según Índice de Masa Corporal, medido en la sesión o dato de historia clínica actualizado. A partir de no-

viembre del 2018, se comenzó a categorizar esta variable por el tipo de obesidad, por lo que una submuestra de 104 pacientes mostró que: el 44% presentó sobrepeso; el 18% presentó obesidad de tipo 1; el 15%, peso normal; el 14%, obesidad de tipo 2; y, el 9% presentó obesidad de tipo 3. Sobre la presencia de sedentarismo, en el cual se consideró sedentario aquel sin actividad reportada o no incluido en niveles de intensidad moderada (cuando aumenta la sensación de calor y se inicia una ligera sudoración; el ritmo de la respiración y de los latidos del corazón se incrementa pero aún nos permite hablar) o de intensidad vigorosa (cuando la sensación de calor es bastante fuerte; la respiración se ve dificultada y falta el aliento, y el ritmo de los latidos del corazón es elevado) de actividad física, el 85% de los pacientes de la muestra refirió ser sedentario (ver Gráfico 5). Algunos pacientes de nuestra muestra, refirieron no realizar actividad física por miedo o desconocimiento acerca del nivel de actividad recomendable según su condición de salud por el diagnóstico cardiovascular, o porque la indicación que le dieron en el alta hospitalaria (del evento previo) fue de reposo absoluto y perpetuaron esa indicación en el tiempo. Respecto al hábito tabáquico, el 47% refirió ser no fumador, el 32% ex fumador y el 20%, fumador. Se definió fumador (presencia de consumo de tabaco) a la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses, ex fumador (ex tabaquista) a la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses y, no fumador (no tabaquista) a la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida (ver Gráfico 6). En cuanto a la alimentación, se indagó acerca de la percepción que poseen sobre su alimentación teniendo en cuenta los conocimientos generales previos sobre la misma y categorizando como adecuada o inadecuada. El 63% de la muestra, percibió su alimentación como inadecuada (ver Gráfico 7). Sobre la presencia de estrés, el 52% de los pacientes de la muestra percibe haber atravesado alguna situación estresante durante el mes previo a la entrevista (ver Gráfico 5); percibió haber sido influenciado por factores psicosociales estresantes (laboral, estrés crónico, depresión, estado socioeconómico, rasgos de personalidad).

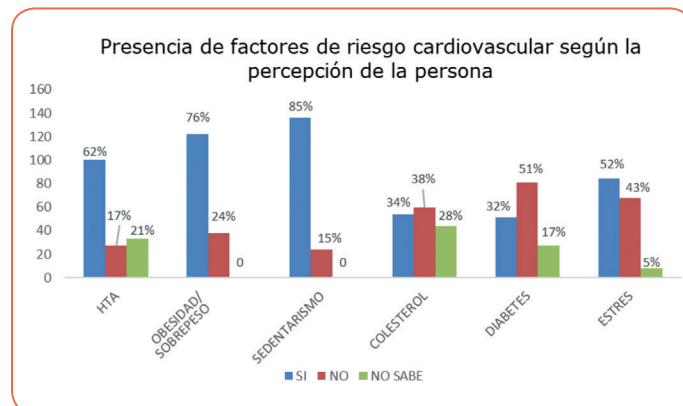
Gráfico 1. Distribución de la muestra por edades



**Gráfico 2. Porcentaje de pacientes con eventos e internaciones previas**



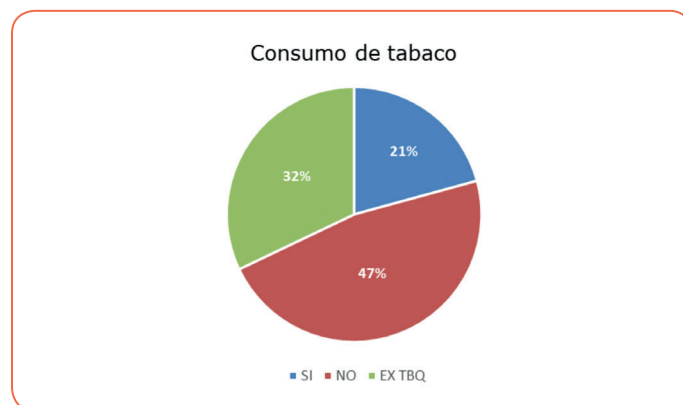
**Gráfico 5. Caracterización de presencia de factores de riesgo cardiovascular según la percepción de la persona: Hipertensión arterial - Obesidad/sobrepeso - Sedentarismo - Colesterol - Diabetes - Estrés**



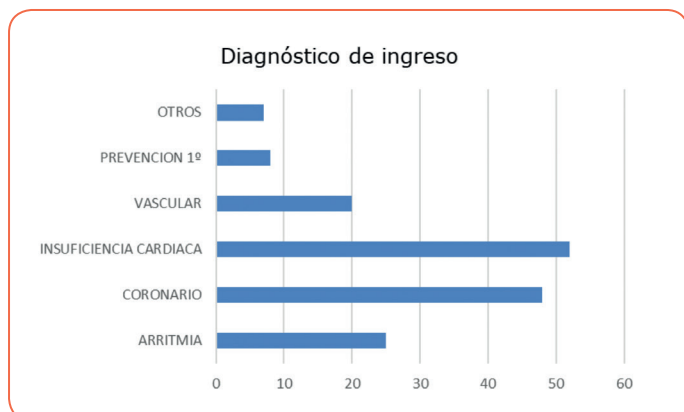
**Gráfico 3. Distribución por ocupación laboral**



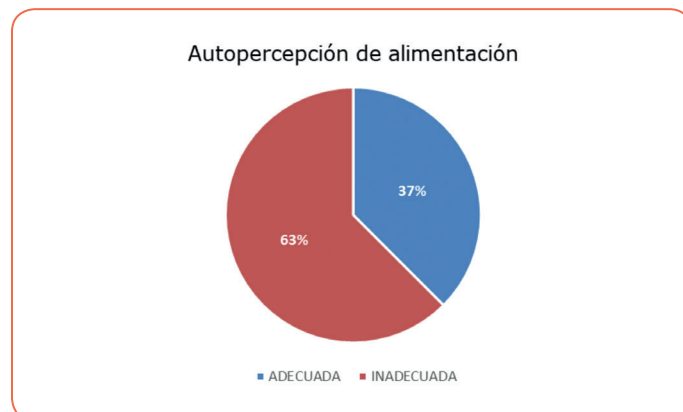
**Gráfico 6. Caracterización del factor de riesgo cardiovascular: tabaquismo**



**Gráfico 4. Distribución por diagnóstico cardiovascular de ingreso**



**Gráfico 7. Caracterización por factor de riesgo cardiovascular: auto percepción de alimentación**





## Discusión

Se pretendió conocer la tendencia de la muestra hospitalaria con una tendencia poblacional, si bien son muestras diferentes, una está conformada por personas que han sufrido un evento cardiovascular y tratamiento médico y la otra se basa en la población en general, para lo cual se han comparado los resultados de la 4° ENFR con los resultados obtenidos en el cuestionario de FRCV utilizado en este trabajo.

En la muestra del presente trabajo un 21% desconocía presentar HTA y un 17% refirió no presentar tal condición. Estos datos podrían compararse con los de la 4° ENFR que reflejan un subdiagnóstico, descrito internacionalmente, ya que entre quienes no se conocían hipertensos, 3 de cada 10 tuvieron la presión elevada en el momento de las mediciones que se hicieron para la encuesta. Sobre la identificación de la presencia de DBT en nuestra muestra, el 32% sabe que la tiene, el 17% desconoce y el 51% refirió no presentar DBT. Según la 4° ENFR, la prevalencia de DBT en la población total por autorreporte fue de 12,7%, registrando un aumento significativo con respecto a la 3° ENFR, realizada en el año 2013. En la 4° ENFR se identificó que el 5% de quienes no se autorreportaron con DBT, presentaron la glucemia capilar elevada al momento de la medición. Estos resultados podrían reflejar tasas importantes de subdiagnóstico, en consonancia con lo que se describe a nivel internacional, y se podría comparar con los resultados obtenidos en nuestra muestra, interpretándose como un indicador de mal control. Respecto a la presencia de colesterol elevado en nuestra muestra, el 38% refirió que no lo presenta, el 34% refirió su presencia, mientras que el 28% lo desconocía. En la 4° ENFR, de los que no reconocían tener antecedentes de colesterol alto, un 29,1% evidenció colesterol alto en la medición bioquímica, lo cual da cuenta, al igual que la DBT o la HTA, de una alta tasa de subdiagnóstico de esta condición crónica y silenciosa, y un subsecuente mal control de este factor de riesgo.

La mayor parte de nuestra muestra (76%) presentó obesidad/sobrepeso, coincidiendo con la 4° ENFR en donde se registró una prevalencia de exceso de peso por autorreporte (sobrepeso/obesidad) del 61,6%, comparativamente superior a la 3° ENFR (57,9%). Vinculado a este FRCV, la mayor parte de nuestra muestra (85%) es sedentaria. Los datos de la 4° ENFR, confirman que 4 de cada 10 (40%) personas no realiza la actividad física recomendada. Según estos datos podría considerarse que aquellos pacientes con diagnósticos cardiovasculares presentan mayor tendencia al sedentarismo, lo cual podría incidir en el subsecuente sobrepeso y aumentar el riesgo.

El consumo de tabaco, acompañando las tendencias internacionales y lo observado en ediciones anteriores de la ENFR, y en nuestra muestra (47% no fumador y un 32% ex fumador) continúa descendiendo de manera significativa pudiendo deberse a la efectividad de las políticas de salud pública y el marco regulatorio para la reducción de este consumo.

La mayor parte de nuestra muestra (63%) percibió su alimentación como inadecuada. En consonancia con los resultados de la 4° ENFR, donde 3 de cada 10 personas indicaron que su dieta es poco saludable (30%), según tendencia similar a la variable de sedentarismo donde nuestra muestra refleja un porcentaje mayor al 50% podría considerarse una predisposición a una alimentación inadecuada en personas que presentan algún diagnóstico de enfermedad cardiovascular, podría ser previa a dicho diagnóstico.

En cuanto al estrés, el 52% de los pacientes de la muestra han referido percibirlo. Según San Damasso y Ferro (2007) la presencia de estresores psicosociales se asoció con un riesgo aumentado de infarto agudo de miocardio, y los eventos cardiovasculares aumentan cuando los factores de riesgo psicosociales se asocian. El estrés no es un factor de riesgo tenido en cuenta en la 4° ENFR pero creemos importante su presencia pudiendo haber una relación entre este y el evento que llevó a la persona a tener una internación, actuando el factor estresante como disparador del evento cardiovascular.

Al destacar que la mayoría de la muestra (61%) tuvo internaciones previas (en este hospital u otro establecimiento), y el 100% seguimiento profesional, nos planteamos ¿a qué se debe el desconocimiento general que continúan teniendo sobre los FRCV y el control de los mismos aún habiendo tenido un episodio previo? La mayoría refirió durante la entrevista haber tenido la indicación por parte del equipo tratante al alta (de la internación previa) de realizar actividad física y una dieta hiposódica. Durante la entrevista, pudimos detectar que la mayoría presenta una mejor adherencia a la indicación del tratamiento farmacológico que a lo que respecta a la adquisición de hábitos saludables y cambios en su estilo de vida.

El último Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular (SAC, 2019, p.1) considera la RHCV como una herramienta de reconocida eficacia en el contexto de la prevención secundaria tanto para la enfermedad coronaria crónica, como también para otras patologías cardíacas y a pesar de ello, sigue siendo una herramienta subutilizada, con bajos niveles de referencia de pacientes a centros de RHCV y bajos niveles de adherencia de los pacientes una vez ingresados. Además, los niveles de permanencia a los programas de RHCV a 6 meses son inferiores al 50%, y en Argentina un 5,8% del total de pacientes derivados participan de un programa de RHCV. Se desconocen los datos sobre el número total de centros de RHCV en la Argentina y sobre las tasas de referencia y adherencia. En general, son pocos los centros con RHCV multicomponente. La mayoría centran su actividad en una RHCV basada en ejercicio, dejando las medidas de prevención secundaria a los cardiólogos de cabecera. Del presente trabajo, se puede inferir que hay muchos pacientes que son de otra localidad y no cuentan con recursos para viajar a realizar la RHCV, que no poseen obra social por lo que no pueden acceder a un centro

de RHCV privado cercano a su hogar, que no se cuenta con una base de datos acerca de lugares cercanos a la comunidad que nos permita brindarles información de donde puedan continuar con un acompañamiento profesional y realizar actividades para el logro de cambio de hábitos, que las políticas públicas a nivel regional han logrado disminuir algunos factores de riesgo pero que es necesario reforzar el acompañamiento periódico individual y familiar para la educación sobre el control de los FRCV y el logro de cambio de hábitos para que no recaigan en una indicación que suele quedar perdida entre toda la información que la persona y la familia reciben durante la internación o la consulta. Para futuros trabajos sería de interés conocer qué es lo que la persona/familia considera más efectivo para lograr la adherencia al tratamiento integral, profundizar en el conocimiento acerca de las intervenciones de Terapia Ocupacional más frecuentes en la población de pacientes con FRCV y diseñar e implementar programas de RHCV adecuados al contexto de la población que concurre a este hospital.

## Conclusiones

El presente trabajo refleja el desconocimiento que tienen las personas sobre la presencia de sus FRCV y el control que deben tener sobre ellos de lo que se desprenden, entre otras, las siguientes preguntas: ¿cómo puede una persona modificar sus hábitos no saludables para disminuir sus FRCV si no sabe que los presenta?, ¿por qué motivo una persona que ya presentó un evento cardiovascular (con necesidad de internación) y le fueron dadas algunas indicaciones de cuidado no pudo ser capaz de adherir a esas recomendaciones?, ¿existe verdaderamente un problema de adherencia al tratamiento?

Existe una cierta relación comparable con la muestra tomada de este hospital respecto a la muestra de la encuesta nacional. Los resultados son semejantes. A partir de la propuesta de este trabajo se pretende estimular a los profesionales de Terapia Ocupacional a conocer y objetivar los datos en relación a la presencia de FRCV a nivel local y considerar las estrategias implementadas y aquellas posibles a implementar para disminuir los FRCV. El profesional de TO, como parte del equipo tratante, acompaña en este proceso para favorecer la modificación, progresos y adherencia de conductas cotidianas saludables en el tiempo, proponiendo un enfoque para acompañar a los pacientes el desarrollo de su potencial para el control de su propia salud, favoreciendo la recuperación funcional y asegurando un retorno a la participación de sus actividades cotidianas de manera segura.

## Cómo citar este artículo:

Silva Rodrigues, D., Leite de Sousa, G., y Batista Chaves Azevedo de Souza, M. (2022) Terapia ocupacional no processo de reabilitação profissional no Brasil: revisão de literatura. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(1), 26-31.

Desde la Unidad de TO del HIGA San Martín de La Plata, se encuentra en proceso la creación una red con información sobre centros de atención primaria de la salud, centros de prevención de adicciones, clubes o sociedades de fomento cercano a los lugares de origen de los pacientes abordados.

Consideramos fundamental fomentar la importancia de la participación activa de la persona/familia en el manejo de su salud; conocer lo que la persona/familia sabe acerca de su condición (mitos, creencias, indicaciones médicas, sensaciones); establecer en conjunto con la persona/familia prioridades, fijar metas, registrar logros, resolver problemas emergentes, dificultades para los logros, vehiculizar necesidades (gestión de lugares donde realizar actividades para el logro de esos objetivos); realizar seguimiento de los objetivos/cambios para lograr su permanencia en el tiempo; acompañar a construir el hábito (no prescribirlo o imponerlo); y, fortalecer redes en lugares de origen. ■

[Recibido: 13/08/21 Aprobado: 20/07/2022]

## Referencias

- Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (2018) *Informe de gestión*. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019) *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, INDEC ; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, Argentina.*
- Ministerio de Salud de la Nación (2016) *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención; 1° Ed . 1° reimp., Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*
- Organización Mundial de la Salud (2014) Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles.
- Organización Panamericana de la Salud (2011) *Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores.* Washington, D. C.
- San Dámaso, J. y Ferro, G. (2007) *Estrés. Factores psicosociales y enfermedad cardiovascular.* Simposio Argentino Brasileño de Ejercicio, Ergometría y Rehabilitación. FAC Federación Argentina de Cardiología. 5° Congreso Internacional de Cardiología.
- Sociedad Argentina de Cardiología (2019) *Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular, Revista Argentina de Cardiología*, Vol. 87, Supl. 3.