

EFECTO DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA EN LA VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD TRAS EL IAM

Autores

Leire Urzainqui Senosiain*, Ainoa Moro Blázquez**, Carmen Ramos Elvira***, Carlos García Martí****, Maite Portuondo Maseda*****, Teresa Hernández de las Heras*****

* Diplomada en Enfermería. Enfermera de la UVI Cardíaca Hospital Universitario Ramón y Cajal. Máster de Investigación en Cuidados. Universidad Complutense de Madrid.

** Diplomada en Enfermería. Enfermera de la UVI Cardíaca. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

*** Diplomada en Enfermería. Enfermera de la Unidad Coronaria. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

**** Licenciado en Sociología. Unidad de Docencia, Investigación y Calidad. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

***** Diplomada en Enfermería. Enfermera de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

***** Diplomada en Enfermería. Licenciada en Psicología. Enfermera del Servicio de Consultas de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Tercer premio a la mejor comunicación en el XXXII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. A Coruña, del 5 al 7 de mayo 2011.

Estudio Financiado por la Convocatoria Intramural de ayuda para un proyecto de investigación en enfermería. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Marzo 2010- marzo 2011. - Fecha de realización: Marzo 2010- Marzo 2011.

Resumen

- **Objetivo:** Explorar las consecuencias de acudir o no a Rehabilitación Cardíaca en las percepciones y creencias tras un Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

- **Material y método:** Estudio cualitativo fenomenológico. Pacientes de consultas de Cardiología y de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal en 2010. Criterio de inclusión: haber sufrido un primer IAM entre los 3 y 6 meses previos. Participaron 27 pacientes. Se crearon 4 perfiles en función de la edad, sexo y participación o no en Rehabilitación Cardíaca.

- **Muestreo intencional.** Se realizaron 4 grupos focales y 7 entrevistas semi-estructuradas, hasta saturación del discurso. Cuatro miembros del equipo realizaron el análisis por triangulación, identificando bloques y categorías temáticas.

- **Resultados:** La Rehabilitación Cardíaca modifica las percepciones y creencias del paciente, afectando a los ámbitos identificados del proceso rehabilitador. Aumenta y mejora la información recibida, proporcionando al paciente mayores conocimientos sobre su enfermedad y los cambios a adoptar. El paciente experimenta mayor seguridad y apoyo social, lo que mejora su implicación en la prevención secundaria. Mejora las expectativas percibidas de futuro, reduciendo el miedo y la ansiedad. Por el contrario, los no participantes presentan un mayor desconocimiento sobre la enfermedad, una menor implicación en el proceso rehabilitador. La Rehabilitación Cardíaca proporciona el conocimiento y apoyo necesario para la adaptación al nuevo estilo de vida. Los asistentes a Rehabilitación Cardíaca están mejor preparados y más motivados para llevar a cabo la prevención secundaria que aquellos que no asisten.

Palabras Clave: percepción, infarto de miocardio, investigación cualitativa, rehabilitación y estilo de vida.

THE EFFECT OF THE CARDIAC REHABILITATION ON THE ILLNESS EXPERIENCE AFTER AN MI

Abstract

- **Objective:** To explore the consequences of attending or not to the Cardiac Rehabilitation programme on the perceptions and beliefs after a Myocardial Infarction (MI).

- **Methodology:** Qualitative and phenomenology study. Patients of the practice Cardiologist and the Cardiac Rehabilitation Service of the Ramón y Cajal Hospital in 2010. Inclusion criteria: to had a first MI between the three and six months earlier. 27 participants. 4 profiles were done under the variables: age; sex and participants or not on the Cardiac Rehabilitation Programme. Convenience sampling. 4 focus group and 7 semi-structured interviews were done, up to the saturation speech. Four members did the analysis through a triangulation method. Identifying blocks and thematic categories.

- **Results:** The Cardiac Rehabilitation modifies the perceptions and patient beliefs, affecting on the ranges identified on the Rehabilitation process. Increase and improve the information received, providing the patient more knowledge

about the disease and changes to adopt. The patient experiment a higher security and social support that improves the implication on the secondary prevention. Improves the future expectatives perceives reducing the fear and the anxiety. On the other hand the not participants have higher ignorance of the disease, a less implication on the rehabilitation process. The Cardiac Rehabilitation provides the knowledge and the support for the adjustment to the new life style. The participants on the Cardiac Rehabilitatin Programme are better prepared and more motivated for the secondary prevention than the not participants.

Key words: perception, myocardial infarction, cualitative investigation, rehabilitation and life style.

Enferm Cardiol. 2011; Año XVIII(53):72-81

Dirección para correspondencia: Leire Urzainqui Senosiain. Enfermera de la UVI Cardíaca. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Crta. Colmenar Viejo Km. 9.100 CP: 28049.

Tel: 913368511.

Correo electrónico: leireurzainqui@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

La principal causa de muerte en la Unión Europea son las enfermedades cardiovasculares. Aunque los fallecimientos disminuyen, la prevalencia de infarto de miocardio en mayores de 65 años continúa aumentando. Esto ha hecho que los cardiólogos hagan un llamamiento a la población con el fin de fomentar la prevención cardiovascular⁽¹⁾

El IAM implica una serie de cambios en la vida de los afectados, y también nuevas presiones psicológicas. Tras el mismo, los pacientes deben cambiar su dieta, incorporar medicación, modificar hábitos como el cese tabáquico o la realización de ejercicio físico de forma regular, etc. Inicialmente, tras el IAM los pacientes cuentan con el apoyo de los profesionales sanitarios y la familia, se sienten responsables y capaces de autocuidarse; sin embargo, es a largo plazo cuando descubren que su comportamiento preventivo y en especial seguir una correcta dieta, es difícil de mantener, tal y como se muestra en el estudio de Cazorla et al⁽²⁾.

Además de llevar a cabo estos cambios, los pacientes se plantean numerosos interrogantes que les producen ansiedad, estrés, miedo y angustia⁽¹⁾, sentimientos que pueden modificar las percepciones de la enfermedad⁽³⁾. Al menos el 50% de los supervivientes de IAM presenta problemas psicológicos, incluida la depresión y consecuentemente, una reducción de la calidad de vida hasta al menos un año después del IAM, tal y como se demostró en varios estudios^(4,5,6). La existencia de estrés y distrés psicológico interfiere en la prevención secundaria, la incorporación al mundo laboral y la progresión de la patología coronaria⁽⁷⁾.

El infarto de miocardio marca un antes y un después en la vida de una persona. Por eso, tan importante como acelerar al máximo el traslado del paciente al centro hospitalario es atender y preparar física y psicológicamente a las personas que consiguen superar con éxito este evento agudo. Por ello, los expertos exigen la instauración en los centros hospitalarios de Unidades de Rehabilitación Cardíaca ya que prolonga la vida a largo plazo tras un infarto de miocardio, dis-

minuye los reingresos hospitalarios y mejora significativamente la calidad de vida⁽¹⁾.

El estudio ECRIS (European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey)⁽⁸⁾ realizado en diecinueve países europeos ha mostrado que España ocupa el último puesto en Europa en cuanto a unidades de rehabilitación cardíaca⁽¹⁾. Y ello a pesar de que después de 45 años se ha demostrado fehacientemente los beneficios de la rehabilitación para prevenir futuros accidentes cardiovasculares⁽¹⁾. Una revisión sistemática de 51 estudios mostró una reducción de la mortalidad cardíaca en un 26% como resultado de una exhaustiva rehabilitación cardíaca⁽⁹⁾. En definitiva, "en España no hacemos una buena prevención secundaria", tal y como afirma la Dra. Carmen de Pablo de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal⁽¹⁾.

Además, muchos de los programas de educación no son suficientemente individualizados^(4,5,6) aportando pautas generales, similares para todos los pacientes y diseñadas unilateralmente por el profesional sin tener en cuenta los conocimientos, creencias y percepciones de cada paciente⁽²⁾. Sin embargo, muchas investigaciones coinciden en señalar la necesidad de realizar un acercamiento más individualizado^(10,11,12) y personalizado, es decir, conocer los objetivos o metas personales de cada paciente. Esto es así porque cada persona vive y experimenta la enfermedad de manera individual, a partir de sus propias percepciones y según sus propias creencias.

En lo que respecta a la enfermedad cardíaca, se ha comprobado que la incorporación al mundo laboral y el desarrollo psicológico tras un infarto agudo de miocardio dependen de estas percepciones. También aquellos individuos que perciben que su situación puede ser controlada llevan a cabo acciones adecuadas como la incorporación a la rehabilitación cardíaca⁽¹³⁾. Se trata, pues, de elementos determinantes en la recuperación tras el IAM⁽¹⁴⁾.

En lo que se refiere al proceso rehabilitador existe evidencia científica desde la perspectiva cuantitativa, como el estudio de Boersma and Maes⁽¹⁵⁾ que mostró una reducción de la mortalidad y morbilidad como efecto de la Rehabilitación Cardíaca. Asimismo otros estudios mostraron que los pacientes jóvenes acudían más a rehabilitación y además creían que su enfermedad era controlable, lo cual es positivo.

Existe también evidencia desde la perspectiva cualitativa como el estudio de Cooper et al⁽¹⁶⁾ sobre las creencias de la rehabilitación cardíaca. Dentro de los aspectos positivos destacaron el papel social del grupo

y los conocimientos adquiridos en relación a la práctica de ejercicio físico, sin embargo mostró concepciones erróneas previas de los participantes respecto a la rehabilitación cardiaca lo que se convertía en un freno para la participación en ésta.

También encontramos estudios sobre la perspectiva específicamente femenina como el estudio de Hildingh⁽¹⁷⁾ y sobre las concepciones que se encuentran detrás de una mayor o menor adherencia al tratamiento, especialmente en lo referido a conductas de riesgo.

Nuestra intención es profundizar en esta línea de trabajo, aumentando el conocimiento sobre las creencias y percepciones del paciente de IAM con la intención de aplicar estos avances en el diseño de los programas de rehabilitación, para hacerlos más personalizados y adaptados a las necesidades de cada paciente. La relevancia del proyecto radica en la necesidad de complementar estudios realizados en el extranjero y por la escasa evidencia que existe en España, especialmente desde un enfoque fenomenológico.

OBJETIVOS

Objetivo General: Explorar las consecuencias de acudir o no a Rehabilitación Cardiaca en las percepciones y creencias tras un IAM.

Objetivos Específicos: Identificar los diferentes apoyos percibidos para adaptarse a los cambios. Identificar las distintas vivencias y percepciones en función de la edad y el sexo

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio fenomenológico dentro de la perspectiva cualitativa. El estudio se ha llevado cabo en consultas de Cardiología y en la Unidad de Rehabilitación Cardiaca, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal del Servicio Madrileño de Salud. La duración del estudio fue de un año, comprendido entre los meses de marzo 2010-marzo 2011. La población estuvo formada por todos los pacientes que acudieron a consulta de Cardiología del Hospital Ramón y Cajal, así como los participantes en el Programa de Rehabilitación Cardiaca del Hospital.

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes atendidos en el servicio de Cardiología del Hospital Ramón y Cajal y que hubieran sufrido un primer IAM entre los 3 y 6 meses previos de iniciar el estudio. Pacientes tanto hombres como mujeres mayores de 18 años. Pacientes residentes en la Comunidad de Madrid. Pacientes con dominio de la lengua castellana para facilitar la recogida de datos.

Entre 3 y 6 meses tras el IAM es el tiempo de recuperación en que los pacientes habían superado el período de convalecencia tras el alta hospitalaria, podían haberse incorporado a su actividad laboral y recuperado sus rutinas habituales, y al mismo tiempo debían haber comenzado la adaptación a los cambios en su estilo de vida y haber integrado la experiencia de sufrir un IAM.

Se excluyeron a aquellos pacientes intervenidos de by-pass aortocoronario como tratamiento al IAM debido a que el período de ingreso y recuperación es más

largo; a pacientes con problemas psiquiátricos o neurológicos graves que impidiesen establecer una comunicación adecuada; y a pacientes que no dominasen la lengua castellana.

En nuestro caso, se utilizó el marco teórico de la fenomenología hermenéutica, que nos permitía estudiar la realidad como el resultado de las vivencias subjetivas del sujeto.

A todos/as las participantes se les ha informado verbalmente y han firmado un consentimiento informado por el que se garantiza su participación voluntaria en el estudio y la protección de los datos recogidos durante el proceso de investigación. El proyecto ha sido aprobado previamente por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Ramón y Cajal.

PROCEDIMIENTO DE TRABAJO

La captación se realizó en las Consultas de Cardiología y en la Unidad de Rehabilitación Cardiaca. Para ello, se completó una ficha formulario de cada sujeto a través de preguntas directas, complementadas con la información recogida en su historia médica. La información recogida incluía las principales variables sociodemográficas y las variables clínicas relacionadas con la práctica de los principales hábitos de riesgo para el evento cardiaco.

Estas variables sirvieron para definir los perfiles de las personas participantes en los grupos de discusión, para diseñar y estructurar los guiones de estos grupos y para guiar el análisis de los mismos:

Las variables que se tuvieron en cuenta para la construcción de los perfiles fueron:

- **La edad:** La edad podía determinar, por un lado, los roles y obligaciones sociales de los participantes y, de forma profundamente relacionada, el horizonte vital y el afrontamiento emocional de la enfermedad.
- **La participación o no en el Programa de Rehabilitación Cardiaca:** La toma en consideración de esta variable se debe tanto a consideraciones éticas como metodológicas. Éticas, porque es evidente que la interacción de asistentes y no asistentes al Programa de Rehabilitación Cardiaca en un mismo grupo de discusión podría provocar la degradación de la percepción del cuidado y la asistencia sanitaria, especialmente de parte de aquellos que no asisten al Programa. Metodológicamente, la inclusión en un mismo grupo de estos dos perfiles, participantes y no participantes en la rehabilitación cardiaca, podría conllevar a una excesiva heterogeneidad del grupo, que dificultaría la interrelación de los participantes y la creación de discursos transversales
- **El sexo:** La inclusión de mujeres en los grupos nos mostró claramente que se podían identificar singularidades y particularidades de ese discurso, especialmente en lo referido al autocuidado y a la percepción de la enfermedad y sus consecuencias, que no se correspondían con el discurso masculino, mayoritario cuantitativamente.

Los perfiles, por tanto, han quedado constituidos en función de estas tres variables principales:

- Perfil 1: Pacientes no participantes en el Programa de Rehabilitación Cardíaca.
- Perfil 2: Pacientes participantes en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, entre 40 y 65 años y de sexo masculino.
- Perfil 3: Pacientes de sexo femenino.
- Perfil 4: Pacientes mayores de 65 años.

Se llevó a cabo un muestreo por propósito, que permitía seleccionar deliberadamente casos con la mayor variabilidad posible en las distintas dimensiones utilizadas.

La coordinación y organización del equipo investigador la realizó la investigadora principal.

Se diseñó un protocolo de captación de los participantes potenciales del estudio. En la captación participaron tres enfermeras, dos pertenecientes a las consultas de Cardiología y otra que forma parte del equipo de Rehabilitación Cardíaca del hospital, que valoraban a los pacientes potenciales que cumplían los criterios de inclusión.

La recogida de datos se ha llevado a cabo a través de dos técnicas: el grupo de discusión y la entrevista.

Previo permiso de los participantes, los grupos de discusión y las entrevistas han sido grabados en audio para su posterior transcripción literal y organización, dejando señalado lugar en el que tuvo lugar, fecha y tiempo de duración.

El grupo de discusión era la técnica considerada más idónea para recoger de forma dinámica y espontánea las vivencias y percepciones de los participantes.

Además el desarrollo de la investigación nos ha llevado a incorporar la técnica de la entrevista como respuesta a las dificultades experimentadas en la captación de ciertos perfiles, en concreto, el Perfil 1y el Perfil 3, colectivos poco representados en nuestra muestra

de los que nos interesaba conocer su discurso y particularidades.

Esto se debió a que los sujetos identificados y abordados en las consultas de cardiología constituían un número muy reducido. En concreto, durante el estudio se han realizado 4 entrevistas a individuos que no participaron en el Programa de Rehabilitación Cardíaca. Este hecho impidió la creación de grupos de discusión.

Los grupos han sido dirigidos por la Investigadora Principal y transcritos por el investigador contratado.

Se realizaron 4 grupos de discusión, según los perfiles previamente determinados. Se realizaron también 7 entrevistas individuales: 4 a personas pertenecientes al Perfil 1, 1 a una persona de perfil 2 y 2 a personas del Perfil 3. Para llevar a cabo los grupos y entrevistas se configuró un *guión semiestructurado* en relación a nuestro objeto de estudio, que fue revisado y contrastado con los resultados del primer grupo, tomado como pilotaje, y que siguió afinándose y completándose según avanzaba la investigación.

Las áreas temáticas contempladas en el guión y el desarrollo de los grupos recogieron los aspectos psicológicos, físicos, de relaciones e institucionales, de nuestros participantes.

Características de los informantes:

Los informantes, tal y como se había previsto en el diseño de la investigación, han provenido, por un lado, de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, y por el otro, de las consultas de Cardiología del Hospital. Sin embargo, el peso de ambos colectivos en la muestra no ha sido similar, sino que han sido los provenientes de la Rehabilitación los que han constituido el grueso de la muestra. En concreto, de los 27 participantes del estudio, sólo 4 provenían de consultas.

Además del origen de los participantes, también podemos caracterizarlos por las principales variables recogidas (**Ver Tabla 1**):

Tabla 1. Análisis de los Datos e Interpretación

Sexo:	21 Hombres	6 Mujeres			
Participación rehab. Cardíaca	23 Sí	4 No (Todos Hombres)			
Edad:	20 (18-65 años)	7 (> 65 años)			
Estado Civil	20 casados	1 divorciado	3 solteros	1 viuda	2 conviven en pareja
Actividad Laboral	12 Trabajadores asalariados	5 Trabajadores por cuenta propia	7 Jubilados 1 Prejubilado	2 Amas de Casa	
Consumo Tabaco pre IAM	15 Fumadores	7 No Fumadores	5 Ex fumadores		
Consumo Tabaco post IAM	De los 15 fumadores (14 han abandonado el consumo excepto 1)				
Consumo de Alcohol pre IAM (gr/día)	7 No consumidores (0 gr/día)	9 Consumieron < de 20 gr/día.	4 Consumían entre 20 y 50 gr/día.	7 Consumían > de 50 gr/día.	
Consumo de Alcohol post IAM (gr/día)	No se incluyen los No consumidores previos	9 No consumidores (0 gr/día).	9 Consumieron < de 20 gr/día.	.2 Consumían entre 20 y 50 gr/día.	

El proceso de análisis se realizó interdisciplinariamente, entre el investigador principal, el investigador contratado y otros dos miembros del equipo investigador. Todos los que participaron en el análisis fueron Diplomados en enfermería excepto el investigador contratado que era Licenciado en Sociología. Inicialmente se llevó a cabo el análisis de manera individual, para posteriormente llevarse a cabo un análisis en conjunto por el equipo investigador realizando triangulación de datos entre investigadores.

El análisis de datos se llevó a cabo, a medida que se iba generando el corpus de información con la realización de los grupos de discusión y las entrevistas. De esta forma, los resultados del trabajo de análisis repercutían en el diseño muestral del estudio, ampliándolo y completándolo, y al mismo tiempo permitía que las nuevas dimensiones surgidas del análisis pudieran ser incorporadas a las dinámicas de los grupos y entrevistas, enriqueciendo la información obtenida y hasta la saturación de datos.

Posteriormente se recurrió a la confrontación con otros marcos teóricos, el intercambio con otros investigadores y la comparación de los resultados con los de otros estudios similares y triangulación con bloques temáticos.

RESULTADOS

A lo largo de los grupos de discusión y entrevistas llevados a cabo, los participantes hablaron sobre su experiencia global con el infarto y su participación en el Programa de Rehabilitación.

El Infarto Agudo de Miocardio es una experiencia traumática y con numerosas consecuencias para los que lo sufren y para su entorno. Múltiples dimensiones de la vida de las personas son modificadas por el evento, un terremoto biográfico que marca un antes y un después en la vida de los individuos.

Se transforman las expectativas, las prioridades, los planes de futuro y los recursos disponibles.

En relación al papel que juega la Rehabilitación Cardíaca se destacaron las categorías de *apoyo al proceso patológico* y la *adaptación al cambio*.

APOYO AL PROCESO PATOLÓGICO

El apoyo aparece como una necesidad esencial del ser humano en épocas de crisis, y especialmente en este caso cuando nos hallamos ante un individuo enfermo. Se trata de uno de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad en general, y a la enfermedad crónica en particular.

Los enfermos obtienen este apoyo del conjunto de los recursos sociales a su alcance, que incluyen tanto la red social del individuo, con su apoyo informal, como los sistemas formales de apoyo de las distintas administraciones. De todos ellos pueden obtenerse información, asistencia tangible y apoyo emocional. Por lo tanto, bajo el concepto de apoyo social se incluyen todos los recursos disponibles en el entorno del enfermo que favorecen el mantenimiento de las redes sociales, la adaptación a los cambios y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario⁽¹⁸⁾.

El alta hospitalaria es descrita como un momento crítico, a partir del cual el paciente debe gestionar su vida y su cuidado. Es un momento crítico y de máxima inseguridad porque el individuo pasa de la protección y seguridad por parte de los profesionales sanitarios al afrontamiento individual y el autocuidado. Se sienten indefensos y con muchos miedos y dudas sobre el nuevo estilo de vida que deben llevar, lo que les genera grandes inseguridades y mucha ansiedad.

- "... además el primer mes, cuando sales del hospital, es que andas totalmente despistado, porque no te dicen nada. Yo cuando salí no sabía... Me había dado un infarto, pero no sabía ni cómo estaba, ni lo que podía hacer..." (G2H1).

Es en ese momento, tras el alta, en el que el apoyo de la familia es especialmente necesario para los pacientes. El apoyo familiar es el mejor identificado por parte de los pacientes, que suelen referirse a ellos en primer lugar de forma natural, irreflexiva. Es muy indicativo en ese sentido la coincidencia de muchos de los participantes en utilizar la palabra "siempre", que indica un hecho por encima de opiniones y casos.

- "Hombre, yo creo que el mayor apoyo siempre lo tienes en la familia, ¿no?" (G1H2)

- "Siempre la familia." (G2H3).

Sin embargo, la familia tiene un peso menos decisivo del que podríamos haber pensado, principalmente porque, por un lado, las personas tienen dificultades para expresar sus sentimientos, especialmente de miedo y ansiedad. A su vez, tanto familiares como participantes creen que hablar de estos temas puede ser nocivo para los otros, por lo que todos prefieren, hasta cierto punto, ocultar sus miedos. Todo ello hace que la ayuda familiar sea más de tipo instrumental, de control de la dieta o de facilitación de la nueva vida, que de apoyo emocional en sí mismo, porque existe dificultad mutua de expresión de sentimientos.

- "En mi caso ha sido muy normalito; en principio el susto, como digo yo, pero luego la vida... de preocuparse más por mí, del cambio de comidas, a lo mejor, pero tanto hijos como mujer, que los tengo en casa y normal, normalito. Vamos, cómo si no me hubiera dado casi." (G2H2)

Esto es especialmente determinante en una enfermedad como el IAM, que no sólo conlleva cambios de estilo de vida sino que también provoca repercusiones a nivel psicológico.

La necesidad de protección familiar va disminuyendo con el tiempo, pero el descenso es mucho más rápido y acusado entre aquellos que acuden a Rehabilitación Cardíaca. Éstos van adquiriendo poco a poco un mayor conocimiento de su patología, de sus factores de riesgo y de las actividades preventivas que deben llevar a cabo. En definitiva, van aprendiendo el manejo de la enfermedad. Los miedos e inseguridades van desapareciendo o limitándose, y ya no necesitan esa sobreprotección que ejerce la familia. Sin embargo, en muchas ocasiones ésta continúa con el mismo miedo que en el momento del infarto, lo que ocasiona en algunos casos cierta hipocondría y aprensión hacia determinadas actividades.

- *“La familia más preocupada que yo.”*(G4H1)
 - *“Nosotros aprendemos más y más y más, pero mi novia no aprende nada (...) Ella no está en clase, entonces ella se queda con el miedo que yo tenía antes.”* (G4H4)

Por último, decir que respecto al apoyo familiar no se observan grandes diferencias entre los participantes de rehabilitación cardíaca y los que no acudieron al programa. El apoyo familiar está presente en la mayoría de los participantes, básicamente es un cuidado práctico pero escaso emocionalmente. Asimismo se aprecia que los no participantes en rehabilitación están menos comprometidos con su cambio, por lo que la percepción de necesidad de apoyo es menor.

Sin embargo los solteros, y especialmente quienes no acudieron al Programa de Rehabilitación, resaltaban el papel de los amigos en el proceso de readaptación.

- *“Pues mira yo tengo unas amigas que una es enfermera, era enfermera, porque está jubilada, y la otra es farmacéutica, eh... entonces, también están muy cercanas porque son un poco eh... aportan un poco su experiencia, ¿no?”* (EH2)

Dentro del grupo de las mujeres, sin embargo, sólo existen vagas referencias a los amigos. Una vez más nos estamos refiriendo a las amas de casa, cuyo rol principal percibido por ellas mismas es el de cuidadoras de su hogar y su familia.

Sin embargo, la gran mayoría de los participantes en Rehabilitación Cardíaca identificó las relaciones personales y de amistad que se establecen entre el grupo del programa como una importante fuente de apoyo emocional para la adaptación al nuevo estilo de vida, y en algunos casos fue el único apoyo percibido por ellos mismos.

La importancia de estas relaciones ha sido puesta de manifiesto en los discursos masculinos, mientras que las mujeres no han hablado abiertamente de ello, pero podemos suponer que también se han beneficiado, aunque sea en menor medida.

Efectivamente, los hombres generalmente identifican la convivencia de grupo en rehabilitación como un importante apoyo en el plano emocional. Para todos, la rehabilitación es un lugar en el que se encuentran con otras personas que también han sufrido un IAM y con las que pueden sentirse identificados, compartir experiencias y dudas y hablar libremente de su enfermedad. Especialmente importante para ellos es poder expresar libremente sus miedos e incertidumbres, algo que no pueden o no quieren hacer con sus seres queridos, a los que sienten que preocuparían aún más innecesariamente.

- *“Yo para mí el mayor apoyo esto de la rehabilitación, si te digo la verdad”.* (G1H3)

- *“...lo que pasa es que tu ten en cuenta que las terapias aquí son casi de grupo, y eso siempre tiene un aspecto positivo...”.* (G1H1).

Sin embargo, de esta convivencia de grupo se perciben aspectos positivos pero también negativos. Por un lado les ayuda a relativizar sus problemas al compararse con otros participantes, y al mismo tiempo a sentirse parte de un colectivo.

Por el otro, el aspecto negativo es el que abre la puerta a nuevos miedos, conocen casos de gente que tras un infarto y un cambio de vida, han vuelto a tener un infarto, lo cual puede desmotivar para llevar a cabo los cambios y hace que el reinfarto se identifique en algunos casos como causa del destino o el azar.

- *“A veces no, ¿eh? Que digo “¡me vais a hundir!”, cuando oigo los casos en el psicólogo...”* (G1H3)

El apoyo emocional percibido en Rehabilitación es resaltado aún más por los participantes solteros o que no disponían de un círculo familiar cercano de apoyo. Éstos identifican la rehabilitación como el gran apoyo para la adaptación al nuevo estilo de vida, puesto que, en líneas generales, deben gestionar en soledad su cuidado, con los miedos e incertidumbres que conllevan.

- *“El mayor apoyo el Ramón y Cajal.”* (G4H5)

También es especialmente importante para las personas con escasos apoyos sociales y para quienes no destacan el apoyo emocional de familia ni amigos, porque no tienen una relación de intimidad emocional o no quieren compartir sus miedos y preocupaciones con ellos.

En estos casos encuentran en rehabilitación una comunidad de pares en donde se sienten integradas y comparten sus miedos y ansiedades, por lo que muchos de ellos crean relaciones de amistad que se mantienen tras la finalización del programa.

REHABILITACIÓN CARDÍACA Y ADAPTACIÓN AL CAMBIO

El programa de Rehabilitación es percibido como un elemento más del tratamiento y valorado muy positivamente de cara a la adaptación al nuevo estilo de vida. Una de las grandes lagunas de la atención sanitaria, tanto secundaria como primaria, es la información al paciente, muchos enfermos siguen presentando dudas que generan miedo y ansiedad.

En el caso del hospital, podemos identificar dos vías de comunicación: por un lado, la información oral ofrecida por los médicos, y por el otro, la información escrita del informe de alta. Por lo que se refiere a la información oral, suele adolecer casi siempre de falta de concreción, pues se limita a pautas generalistas, y poco específicas.

La información escrita reproduce las mismas deficiencias, suele ser información con palabras técnicas difíciles de comprender y escasa para llevar a cabo el tratamiento prescrito.

- *“Me dijeron: Ande usted todos los días media hora en plano y no sé qué, pues yo ando y hago algo más, y ni me canso, bueno ni me canso, no noto nada especial...”* (EH7).

Evidentemente, esto provoca ansiedad e inseguridad sobre cómo llevar a cabo la prevención secundaria, especialmente en pacientes que, por su propia patología, tienen miedo al ejercicio físico, pues consideran que su corazón no es capaz de realizar grandes esfuerzos sin ponerse en riesgo.

Por todo ello, en ausencia de rehabilitación cardíaca, los efectos de la información médica no son en abso-

luto sistemáticos sino que, al contrario, varían de individuo en individuo. Además, en algunos esta falta de información generará dudas, mientras que otros simplemente aplicarán su sentido común que no tiene por qué ser correcto y llevarán a cabo el ejercicio que consideran adecuado, aunque éste no lo sea en absoluto.

Podemos decir que una de las mayores virtudes del programa de rehabilitación cardiaca es resolver la gran mayoría de estas dudas.

En rehabilitación aprenden todo lo referente a su enfermedad: qué es un infarto, los factores de riesgo y cómo manejarlos, qué pueden hacer y no pueden, actividades preventivas, y conocimientos sobre la medicación y sus efectos. Y esta información no sólo es genérica, sino que también es específica para cada persona:

- *“las condiciones en las que estaba mi corazón, nunca las he podido hablar hasta que no he estado aquí en rehabilitación.”* (G1H1)

El resultado es que los pacientes recuperan la confianza porque sienten que manejan su enfermedad, que son ellos los que lideran el proceso:

- *“Y yo creo que te ayuda mucho los primeros dos meses saber qué puedes hacer, qué no puedes hacer y darte confianza y que te puedes, continuar con la vida.”* (G4H4).

Además de la información, si hay un aspecto que los participantes destacan es el ejercicio físico. El nuevo estilo de vida implica la práctica de ejercicio físico de forma regular, lo que para algunos supone la continuidad de unos hábitos establecidos, pero para la mayoría supone incorporar un nuevo hábito a su rutina diaria. Al alta hospitalaria se les recomienda que hagan ejercicio, pero ellos se sienten inseguros, no saben cómo iniciarlo de forma progresiva, cómo y qué deportes practicar, y sobre todo no conocen sus límites ni están dispuestos a buscarlos por el miedo al reinfarto.

- *“porque cuando sales llevas un despiste de lo que tienes que hacer, no tienes que hacer (...) que si no te centran, porque si no estás...”* (G2H1).

Esta percepción confusa sobre el ejercicio cambia radicalmente en aquellos pacientes que acuden a rehabilitación. Desde un primer momento se les familiariza con el ejercicio físico, se les diseña un plan específico y, sobre todo, aumentan su conocimiento sobre su propio cuerpo y sus límites. Se convierten en expertos del ejercicio y de su cuerpo, perdiendo casi totalmente el miedo.

Además, entienden lo que se espera de ellos y la importancia que este ejercicio tiene para su salud, por lo que se sienten muchos más concienciados y motivados para continuar el ejercicio en casa. Por el contrario, los no participantes tienden a considerar el ejercicio casi como “opcional” o subordinado a otras obligaciones de la vida diaria:

- *“Sí, camino, procuro caminar todos los días un poco... eh... hay días que... sobre todo en la época esa de tanto frío, de nieve y tal, pues que no puedes salir, no podía salir. Pero luego ya que se estabilizó el tiempo, pues sí, he procurado caminar. Ahora con el*

calor, también es agobiante, entonces quizás camino menos porque tal...” (EH2)

Pero precisamente esta mayor motivación y concienciación conlleva un mayor stress y ansiedad. Mientras que para los participantes en rehabilitación no conseguir ser sistemáticos en su práctica de ejercicio conlleva culpabilidad, puesto que están faltando a un deber para con su propia salud, para los no participantes faltar a sus deberes apenas supone un problema de conciencia.

- *“Pero, a mí el cardiólogo cuando salí me dijo que... que no volviera a fumar... que bueno... que yo se lo agradezco que me lo dijera pero... y que hiciera deporte. Así dicho. “Tienes que hacer deporte todos los días”. Y bueno... yo no... yo no quise preguntarle nada, pero salí de allí sin saber si tenía que darme un paseo o prepararme para las Olimpiadas del año que viene...”* (G1H5).

En rehabilitación se incorporan progresivamente unas pautas de ejercicio y, lo que es más importante, la presencia de medios materiales y sobre todo profesionales les hace sentirse seguros y controlados sobre lo que pueden hacer.

- *“cómo voy a correr” “pero ves que tienes un médico, fisioterapeuta, no sé qué, el desfibrilador este por si pasa algo.”* (G2H2)

El resultado es que en un ambiente controlado aprenden a manejarse en la práctica del ejercicio físico, y a través de técnicas como el control de las pulsaciones recuperan la confianza y pierden el miedo. Son realmente capaces de autogestionar su cuidado, lo que aumenta sobre todo su independencia.

- *“¡Con esta rehabilitación sabes hasta a las pulsaciones que tienes que ir! Si no, no te lo dice el cardiólogo”.* (G1H3)

La confianza ganada no solo se refleja en su percepción de la enfermedad, sino que se traslada a sus relaciones con sus familiares, haciéndoles ganar seguridad a la hora de negociar con ellos. Esa subordinación del enfermo que aparece en los momentos iniciales tras el alta, si no desaparece, al menos se reduce.

La atención que reciben es multidisciplinar, cubriéndose gran parte de las necesidades físicas y psicológicas de los participantes. Los profesionales responsables están todos muy bien valorados. Los participantes expresaron repetidamente su gratitud hacia todos ellos, y destacaron sobre todo su disponibilidad.

- *“Y tú no sabes por ejemplo lo que te cuenta la trabajadora social, que es que es a todos los niveles, a nivel directo de lo que es tu salud etc, e información de otro tipo...”* (G1H5)

Todos los diferentes elementos del programa son también muy bien valorados, incluso aquellos con los que están menos familiarizados o resultan extraños para ciertas personas. También el tratamiento psicológico, para el que las personas de mayor edad o más tradicionales muestran ciertos reparos (alguno se refirió a esta figura con la expresión tradicional “loque-ro”), terminan siendo considerados piezas claves del

programa, aunque suelen expresarlo como referido a los demás, y no a ellos mismos:

- *“Yo lo veo muy bien. Yo al principio... hasta el absurdo, lo de cierra los ojos y... (...) Sí, la relajación. Me parece absurdo pero yo cada vez lo veo mejor. El otro día me dijo “¿qué tal?” “se me han perdido las horas”.”* (G1H2)

Es precisamente la gran satisfacción con el programa, la dependencia que hasta cierto punto desarrollan hacia éste, lo que hace que su finalización sea vivida por muchos con aprensión. Es el momento en el que deben iniciar el autocuidado sin la protección de los profesionales. Tienen miedo a sentirse desprotegidos y se preguntan si serán capaces ellos mismos de mantener los cambios adquiridos durante el período de rehabilitación.

- *“pero luego viene la vida afuera, y afuera ¿cómo vas a reaccionar? Eso no lo sabes sin esa protección.”* (G2H1)

En definitiva la rehabilitación es un gran apoyo para los participantes a todos los niveles, tanto físico como emocional.

- *“Yo para mí el mayor apoyo esto de la rehabilitación, si te digo la verdad.”* (G1H3)

Por el contrario, aquellos pacientes que no acudieron a rehabilitación acumulan una información más vaga y generalista.

- *“camina como mínimo 30 o 40 minutos diarios, dieta baja en sal, en fin, todas esas cosas que te dicen siempre, ¿no? vamos, que te dicen siempre en este tipo de casos. Pero bueno, ahí acabó todo. Y... pero bueno, estaba un poco cojo del apoyo ese.”* (EH2)

Tampoco aprenden el manejo global de la enfermedad, presentan más dudas en relación con el nuevo estilo de vida, lo que dificulta su adaptación, y tienen una menor percepción de las necesidades de cambio.

Respecto al ejercicio físico, presentan miedos y dudas sobre su práctica, tienen miedo a los esfuerzos, son más prudentes por el miedo al reinfarcto, y su práctica de ejercicio se limita en muchas ocasiones a andar, sin tener en cuenta intensidad ni ritmo cardíaco y sin exigirse continuidad.

- *“Me dicen que ande, pues me dijeron: “ande usted todos los días media hora en plano y no sé qué”, pues yo ando y hago algo más, y ni me canso, bueno ni me canso, no noto nada especial”* (EH7)

En definitiva, los participantes que no acudieron al programa continuaron con muchas de las dudas que presentaron tras el alta hospitalaria, dudas en relación al infarcto, estado cardiológico, manejo de la enfermedad y control de síntomas. Mientras que los que participaron en rehabilitación consiguieron vencer sus miedos e inseguridades, favoreciendo la adaptación al nuevo estilo de vida.

DISCUSIÓN

Hemos podido comprobar que los pacientes conviven con grandes lagunas en lo que a conocimiento y manejo sobre su enfermedad se refiere. Y esas lagunas, esas ausencias, se mantienen y reproducen

a lo largo de todo el proceso asistencial. La Rehabilitación Cardíaca proporciona el conocimiento y apoyo necesario para la adaptación al nuevo estilo de vida, sin embargo en ausencia de ésta debemos promover una mayor implicación de los profesionales sanitarios en el proceso de educación. La investigación cualitativa de los últimos años ha llamado la atención sobre estos vacíos informativos en otros países. El estudio de Vaughan⁽¹⁹⁾ sobre pacientes con insuficiencia cardíaca destaca la idea de que los pacientes no reciben formación en habilidades tácticas y situacionales, es decir, en cómo llevar a cabo y mantener los cambios en el estilo de vida, sino que únicamente se les indica qué cambios hacer. También coincide en resaltar otro de los aspectos tratados en nuestro estudio, el exceso de foco en las cuestiones técnicas de la intervención y la falta de explicación de las consecuencias de la enfermedad para la vida cotidiana.

Por su parte, Gambling⁽²⁰⁾ y Wiles⁽²¹⁾ coinciden en señalar que la información que reciben los pacientes sobre su recuperación, y que es en la que se basan para definir sus expectativas, es genérica y no específica, es decir, se refiere a la enfermedad en general pero no a su caso en particular. Finalmente, Shaw⁽²²⁾ refiere en primer lugar, la necesidad por parte de los pacientes de hablar más y mejor con sus profesionales sanitarios, y cómo una suma de falta de tiempo y de habilidades de comunicación por parte de estos últimos hace muy difícil la creación de un ambiente propicio en el que hacer preguntas. Pero también incide en que la información que reciben es difícilmente comprensible para aquellos que no tienen una formación sanitaria previa.

Queda por tanto claro que el futuro de la información al paciente cardíaco debe ser el de una transformación desde el qué hacia el cómo (se les dice qué deben hacer pero no cómo). Y una transformación de la comunicación desde la unidireccionalidad hacia la bidireccionalidad, hacia el diálogo real entre profesionales y pacientes. Para lograrlo, evidentemente, no sólo es necesario capacitar a los profesionales con habilidades de comunicación y cambiar las prioridades de la información para hacerla comprensible y dirigida hacia las consecuencias reales de la enfermedad. También es necesario que los pacientes transformen su relación con el cuidado, haciéndose responsables, no sólo de la adherencia al tratamiento farmacológico, sino del conjunto de su salud, lo que incluye su relación con su médico y profesionales sanitarios. Sólo con pacientes involucrados en su cuidado y exigentes con sus profesionales puede llevarse a cabo una educación para la salud eficaz. Ni los profesionales pueden quedarse satisfechos con explicaciones esquemáticas y técnicas, ni los pacientes pueden limitarse a seguir su tratamiento y a permanecer en silencio por no considerarse aptos para preguntar.

CONCLUSIONES

La Rehabilitación Cardíaca modifica las percepciones y creencias del paciente, afectando a los ámbitos identificados del proceso rehabilitador.

Aumenta y mejora los conocimientos del paciente, la comprensión y dominio sobre su enfermedad y los cambios a adoptar. Adquieren una mayor capacitación para su autocuidado.

El paciente experimenta una mayor seguridad y un mayor apoyo social, lo que mejora la implicación del paciente en la prevención secundaria.

A su vez mejora las expectativas percibidas de futuro, reduciendo el miedo y la ansiedad.

Por el contrario, los no participantes presentan un mayor desconocimiento sobre la enfermedad, una menor implicación en el proceso rehabilitador y mayores dudas respecto al futuro.

Los asistentes a Rehabilitación Cardíaca están mejor preparados y más motivados para llevar a cabo la prevención secundaria que aquellos que no asisten al programa.

LIMITACIONES

La lectura de este estudio debe tener en cuenta las limitaciones encontradas a lo largo del mismo:

En primer lugar, tanto las entrevistas (excepto una) como los grupos de discusión se han llevado a cabo en las instalaciones hospitalarias, debido a las necesidades de los participantes y a la ausencia de medios económicos para alquilar un espacio más neutro, como puede ser la sala de un hotel. Esto hace que, en una medida que no podemos determinar, los discursos de los participantes han estado influenciados inconscientemente por su lugar de producción, el hospital. Aun así, se llevó a cabo un esfuerzo para que los grupos se realizasen fuera de los horarios habituales de la rehabilitación cardíaca y en un lugar desconocido previamente por los participantes y con escasa parafernalia médica. Pero la limitación que consideramos más restrictiva es la que se refiere a la existencia de relaciones previas establecidas entre los participantes a los grupos. Efectivamente, en cada grupo había personas que se conocían entre sí y que habían compartido vivencias en rehabilitación. Como consecuencia, existía una mayor familiaridad entre ellos, lo que por un lado facilitaba la producción del discurso, pero por el otro tenía efectos perversos como una cierta autoexclusión de algunos participantes que no conocían a nadie, y una probable tendencia a reproducir los roles y la imagen de uno mismo que se tenía en rehabilitación en el grupo. Las consecuencias sobre el discurso de este hecho son difícilmente mesurables, puesto que no podemos saber cómo se hubiesen desarrollado los grupos si los participantes no se hubiesen conocido. Aun así, entendemos que la robustez de los resultados es amplia, teniendo en cuenta la repetición de las temáticas y actitudes aparecidas no sólo en los grupos, sino también en las entrevistas, donde no existía este sesgo.

Estas relaciones previas son el resultado de las limitaciones en la captación de los pacientes en rehabilitación: era imposible crear grupos donde nadie se conociese, puesto que no existían tantos grupos diferentes ni había tantos candidatos a participar. Además de las

dificultades en este grupo, también nos ha sido difícil saturar los discursos de los no participantes en rehabilitación debido a su escaso número. Durante todo el año sólo cinco personas fueron identificadas en consultas de cardiología como pacientes de primer IAM que no habían participado en rehabilitación, y cuatro de ellas fueron entrevistadas. Sin embargo, es innegable que la muestra está inclinada del lado de los participantes en rehabilitación, y que para comprender los problemas de los que no asisten se ha recurrido tanto a las entrevistas a no participantes como a los recuerdos de los participantes en rehabilitación previos a su participación, lo cual no deja de tener el riesgo de que puedan estar mediados por sus recuerdos de rehabilitación. Además de todo ello se realizaron entrevistas para abordar la variable de género, dada la dificultad encontrada para encontrar sujetos de género femenino. Esto ha hecho imposible la creación de un grupo exclusivamente femenino, así como la creación de un grupo de discusión con mayoría femenina.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a los/as informantes por su participación voluntaria en este proyecto. Igualmente queremos agradecer la colaboración de los miembros del equipo de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal, así como al equipo de consultas de Cardiología de este hospital y al Departamento de Docencia e Investigación del Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- Madrid: Sociedad Española de Cardiología, Inc.; octubre 2008. [actualizado 19 mayo; citado 12 mayo 2009]. Disponible en: www.secardiologia.es
- Cazorla M, Ortigosa L, Isla P, Vivas E, Gil D, Gómez MJ, Roig C, et al. La percepción del Paciente con Cardiopatía Isquémica a los dos años del Primer Evento Coronario. *Enferm Cardiol* 2004;6(31):30-35.
- Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. Illness perceptions in coronary heart disease Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *J Psychosom Res* 2005;58:393-402.
- Lane D, Carrol D, Ring C, Beevers DG, Lip GYH. The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *Br J Health Psychol* 2002;7:11-22.
- Mendes de León CF, Krumholz HM, Vaccarino V, Williams CS, Glass TA, Berkman LF, et al. A population-based perspective of changes in health-related quality of life after myocardial infarction in older men and women. *J Clin Epidemiol* 1998;51:609-16.
- Plevier CM, Mooy JM, de Meen PJMV, Stouthard MEA, Visser MC, Grobbee DE, et al. Persistent impaired emotional functioning in survivors of a myocardial infarction. *Qual Life Res* 2001;10:123-32.
- Boersma SN, Maes S. Psychological consequences of myocardial infarction: a self-regulation perspective on health-related quality of life and cardiac rehabilitation. *Neth Heart J*. 2006 October;14(10):335-338.
- Valbonne. Sociedad Europea de Cardiología, Inc.; abril 1992. [actualizado 30 marzo 2009; citado 15 mayo 2009]. Disponible en: www.escardio.org.
- Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane review). *The Cochrane library*, vol.2. Chichester, UK: John Wiley and Sons, 2004.
- Dusseldorp E, Van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999;18:506-19.
- Sebregts EHWJ, Falger PRJ, Bär FWHM. Risk factor modification through nonpharmacological interventions in patients with coronary heart disease. *J Psychosom Res* 2000;48:425-41.
- Maes S, Van Elderen T, Sibilia L. Psychosocial issues in the management of coronary heart disease. In: Milgrom J, Burrows GD eds. *Psychology and Psychiatry: Integrating medical Practice*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd 2001:239-59.
- Cooper A, Lloyd G, Weinman J, Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart* 1999 Aug;82(2):234-6.
- Maeland JG, Havik OE. Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *J Psychosom Res*. 1987;31(4):471-81.
- Boersma SN, Maes S. Psychological consequences of myocardial infarction: a self regulation perspective on health-related quality of life and cardiac rehabilitation. *Netherlands Heart Journal* 2006;14(10):335-338.

16. Cooper AF, Jackson G, Weinman J, Horne R. A qualitative study investigating patients' beliefs about cardiac rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2005;19:87-96.
17. Hildingh C, Fridlund B, Lidell E. Women's experiences of recovery after myocardial infarction: A meta-synthesis. *Heart and lung* 2007;36:410-417.
18. Rodríguez J, Pastor MA, López S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* 1993;5:349-372.
19. Vaughan V, Riegel B. Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart and lung*. 2009;38:253-261.
20. Gambling TS. A qualitative study into the informational needs of coronary heart disease patients. *International Journal of Health Promotion & Education*. 2003; 41(3): 68-76.
21. Wiles R. Patients' perceptions of their heart attack and recovery: the influence of epidemiological "evidence" and personal experience. *Soc. Sci. Med.* 1998;46:1477-1486.
22. Shaw A, Ibrahim S, Reid F, Ussher M, Rowlands G. Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Education and Counseling*. 2009;75:114-120.