

Atención integrada a la persona con insuficiencia cardíaca en una perspectiva terapéutico-ocupacional y psicológica: un relato de experiência**Atenção integrada a pessoa com insuficiência cardíaca na perspectiva terapêutico-ocupacional e psicológica: um relato de experiência****Integrated care to the person with heart failure from a therapeutic-occupational and psychological perspective: a case study****Recibido: 10/04/2017****Aprobado: 15/09/2017****Publicado: 30/03/2018****Mônica Estuque Garcia Queiroz¹**
Mary Lee Faria Norris Nelsen Foz²

Este artículo tiene por objetivo relatar la experiencia sobre la atención integrada ofrecida por la Terapia Ocupacional y Psicología a las personas con diagnóstico de IC junto a un hospital privado especializado en cardiología de la Ciudad de São Paulo. El enfoque integrado es necesario en razón de la complejidad de esa patología que afecta de forma significativa varias dimensiones de la vida de la persona, acarreando daños a nivel motor, psíquico, social y espiritual, lo que repercute en la funcionalidad y en el desempeño ocupacional. Considerando las especificidades técnicas científicas de cada una de las profesiones, bajo una perspectiva integradora e integral, las referidas áreas técnicas hacen uso de su arsenal terapéutico para auxiliar pacientes y familiares en el proceso de enfermedad y enfrentamiento de las dificultades presentes.

Descritores: Insuficiência cardíaca; Assistência ao paciente; Terapia Ocupacional; Atuação (Psicologia).

Este artigo tem como objetivo relatar a experiência sobre a atenção integrada oferecida pela Terapia Ocupacional e Psicologia às pessoas com diagnóstico de insuficiência cardíaca junto a um hospital privado especializado de cardiologia da Cidade de São Paulo. A abordagem integrada se faz necessária em razão da complexidade dessa patologia que afeta de forma significativa várias dimensões da vida da pessoa, acarretando prejuízos a nível motor, psíquico, social e espiritual repercutindo na funcionalidade e no desempenho ocupacional. Considerando-se as especificidades técnicas científicas de cada uma das profissões, sob uma perspectiva integradora e integral, as referidas áreas técnicas fazem uso de seu arsenal terapêutico para auxiliar pacientes e familiares no processo de adoecimento e enfrentamento das dificuldades presentes.

Descritores: Insuficiência cardíaca; Assistência ao paciente; Terapia ocupacional; Atuação (Psicologia).

This article aims to report the experience on integrated management offered by Occupational Therapy and Psychology to people diagnosed with heart failure in a private hospital specialized in cardiology in the city of São Paulo. The integrated approach is necessary because of the complexity of this pathology that significantly impacts multiple dimensions of a person's life, causing motor, psychic, social and spiritual damages that reverberate in the functionality and occupational performance. Considering the technical and scientific specifics of each area, from an integrative and integral perspective, these technical areas make use of their therapeutic arsenal to assist patients and their families in the process of illness and confronting the present difficulties.

Descriptors: Heart failure; Patient care; Occupational therapy; Psychology.

1. Terapeuta Ocupacional. Especialista em Didática de la Educación Superior. Terapeuta Ocupacional del Hospital TotalCor. Coordinadora del Núcleo Integrado de Cuidados Paliativos do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Profesora del Instituto Paliar. ORCID: 0000-0002-2006-2079 E-mail: monica.estuque@amil.com.br

2. Psicóloga. Especialista en Psicología Hospitalaria y Salud Mental y Cuidados Paliativos. Responsável del Servicio de Psicología del Hospital Totalcor. ORCID: 0000-0002-0214-4097 E-mail: mary.foz@totalcor.com.br

INTRODUCCIÓN

LA II Directriz Brasileña de Insuficiencia Cardíaca (IC) Crónica de la Sociedad Brasileña de Cardiología^{1,2} señala que la IC es consecuencia de gran parte de las enfermedades cardíacas, lo que se configura como un grave problema de salud pública, por ser un problema epidémico en progresión con altos números de hospitalización y re-internaciones frecuentes, asociados a la morbimortalidad. De ese modo, abordar tal complejidad se presenta como un desafío, sumado al hecho de que la IC es la causa más común de internación por dolencia cardiovascular.

El 1^{er} Registro Brasileiro de Insuficiencia Cardíaca - Breathe, Brazilian Registry of Acute Heart Failure² destaca que 50 mil personas por año mueren en Brasil debido a complicaciones cardíacas, con una estimativa de 100 mil nuevos casos/año. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 23 millones de personas sufren con enfermedades cardíacas en el mundo³.

Según la New York Heart Association⁴ - NYHA, la IC puede ser clasificada de acuerdo con la intensidad de la sintomatología presentada por el paciente y la limitación observada en las actividades cotidianas del individuo; con foco en el comprometimiento progresivo de la funcionalidad y en las posibles repercusiones en la calidad de vida.

La clasificación propuesta es dividida en: Clase I, cuando hay una ausencia de síntomas durante actividades cotidianas. La limitación para esfuerzos es semejante a la esperada en individuos normales; Clase II, al observarse la presencia de síntomas desencadenados en actividades cotidianas; Clase III, al identificarse sintomatologías desencadenadas en actividades menos intensas que las cotidianas en pequeños esfuerzos; y Clase IV, caracterizada por la presencia de sintomatologías en reposo⁴.

Es posible identificar cambios significativos en la realización de las actividades de rutina en personas con diagnóstico de IC. A medida que hay una progresión de la enfermedad, la incapacidad para ejecutar determinadas tareas cotidianas aumenta como consecuencia de las señales y

síntomas de la IC (dolor o incomodidad precordial, disnea, ortopedia, palpitación, síncope, fatiga y edema).

Las consecuencias de estas manifestaciones clínicas son observadas en las dificultades que las personas con diagnóstico de IC presentan para convivir con las limitaciones y cambios provenientes del proceso de enfermedad y con consecuencias en el estilo de vida habitual, en lo que tiene que ver con el desempeño ocupacional (actividades de vida diaria, trabajo y ocio), vida social y afectiva, alimentación, sexualidad y otras esferas de la vida⁵.

Al mismo tiempo, es posible observar la presencia de sentimientos de miedo, angustia, tristeza, inseguridades, desamparo, desmotivación, entre otros, que pueden surgir en la persona enferma y, consecuentemente, en sus familiares. Con todos estos aspectos, la IC genera la necesidad de modificaciones en la realidad de los involucrados en lo que tiene que ver con la necesidad de cambios de estilo de vida y estrategias de enfrentamiento.

Debido a la complejidad de esa realidad, es indicada la intervención multiprofesional desde la internación para enfrentar la insuficiencia cardíaca. Entre las profesiones indicadas para componer un equipo multiprofesional de atención a la persona con insuficiencia cardíaca están la Psicología y la Terapia Ocupacional, al considerarse las repercusiones de la enfermedad en las actividades del cotidiano y en la calidad de vida.

Profesionales del área de Terapia Ocupacional y de la Psicología deben integrar equipos multiprofesionales de atención a personas con IC, debido a la real posibilidad de contribuir de forma significativa y efectiva para la elaboración de un plan de cuidados integral e integrado, donde la integralidad es entendida en la perspectiva del enfoque de las esferas: física, psicosocial y espiritual, para que sea posible responder a las diferentes necesidades y demandas de la referida población.

El presente estudio tiene como objetivo relatar la experiencia sobre la atención integrada ofrecida por la Terapia Ocupacional y Psicología a las personas con

diagnóstico de IC junto a un hospital privado especializado en cardiología situado en la ciudad de São Paulo.

MÉTODO

Se trata de un relato de experiencia abordando la atención integrada ofrecida a las personas con diagnóstico de IC junto a un hospital privado especializado en cardiología situado en la Ciudad de São Paulo, en el Estado de São Paulo, por medio de intervenciones terapéuticas ofrecida por la Terapia Ocupacional y Psicología.

RESULTADOS

Las acciones descritas en el presente estudio retratan la actuación con el paciente internado en la unidad de terapia intensiva o de internación donde la persona cuenta con el acompañamiento de un equipo asistencial, incluida la actuación del terapeuta ocupacional y del psicólogo.

Después de identificar la problemática relacionada a la IC, se establece una propuesta terapéutica que abarca al paciente y su familia dentro de una comprensión integral e integrada, con este último concepto dentro de una visión multiprofesional.

Las personas que reciben acompañamiento intensivo y especializado de las áreas de Terapia Ocupacional y Psicología son aquellas que se encuentran en un estadio avanzado de la enfermedad y que, por ese motivo, presentan repercusiones significativas a respecto de la funcionalidad y desempeño ocupacional, así como a otras áreas del ser humano, entre las cuales se destaca el impacto psicológico.

La experiencia relatada sigue la siguiente metodología de trabajo: Identificación de la IC en estadio de progresión o avanzado de enfermedad, con señales de refractariedad y/o internaciones frecuentes; Derivación al abordaje de la Psicología y Terapia Ocupacional en el contexto hospitalario; Discusión con el equipo médico para elucidar el cuadro clínico y el grado de complejidad a fin de facilitar la definición del plan de cuidados y toma de decisiones. Destacamos que esta última etapa incluye y se extiende a los familiares

para que puedan ser acogidos en sus dudas, angustias y miedos en lo que tiene que ver con el proceso de la enfermedad y su evolución.

DISCUSIÓN

Un estudio sobre la re-internación hospitalaria a causa de IC en un Hospital de Enseñanza en el interior, demostró que la baja adhesión al tratamiento es una de las principales causas de descompensación de la IC, lo que sugiere la necesidad de definir estrategias de educación continuas que sean resolutivas⁶.

El principal objetivo del acompañamiento integrado es garantizar la complementariedad y continuidad de la asistencia intra y extrahospitalaria y, principalmente, disminuir los impactos y sufrimientos decurrentes del proceso de enfermedad.

Al momento del alta hospitalaria, la persona es encaminada para el servicio de especialidades referenciado con la finalidad de continuar los cuidados médicos y psicológicos.

En situaciones de descompensación clínica, definida por Mangini, Pires, Braga y Bacal⁷ como un síndrome clínico debido a una alteración funcional o estructural del corazón que lleva a la incapacidad de eyectar o acomodar sangre, causa limitación funcional y necesita intervención terapéutica inmediata que demande necesidad de retaguardia hospitalaria y /o internación, se entra en contacto (vía teléfono o mensaje) con el terapeuta ocupacional o psicólogo para que el paciente y la familia sean acompañados desde que llegan a la emergencia.

En el proceso evaluativo es necesario que sea identificado el estadio de la enfermedad, sus manifestaciones, repercusiones y sintomatología en la vida del paciente. Esto se debe a que hay diferencia en la propuesta terapéutica en función de cada estadio, o sea, se observan o no la presencia de síntomas estresantes y desgastantes con limitaciones de repercusión negativa, cual es la duración de la enfermedad, los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos fueron propuestos y realizados y los resultados obtenidos, o

inclusive si está identificada la refractariedad a la terapéutica optimizada.

La evaluación pronóstica debe estar presente en el contexto de atención a los pacientes con IC, para que la propuesta terapéutica sea condicente con la situación clínica y expectativas del equipo asistencial, del paciente y de la familia.

El tratamiento de la IC engloba la integralidad del individuo, por eso es fundamental que el acompañamiento sea realizado por un equipo multiprofesional, para así poder atender los diferentes aspectos em la propuesta de un plan de cuidados que objetiva minimizar las incomodidades y agravios, al mismo tiempo en que se busca una mejor adhesión del paciente al tratamiento propósito con una disminución de la sintomatología debilitante, a fin de maximizar la condición y calidad de vida del paciente.

Durante la asistencia psicológica, se destacan diferentes e importantes momentos. Primero, el impacto del diagnóstico y la falta de comprensión sobre lo que se les dice, acompañado de mucha angustia y desamparo. Con el tiempo, el paciente empieza a familiarizarse y a comprender el proceso, que muchas veces es doloroso porque se confronta con su propia fragilidad y vulnerabilidad frente la vida.

Otros aspectos con repercusión psicológica provienen de los efectos del tratamiento farmacológico con diuréticos, que provocan aumento del número de micciones y labilidades emocionales, con sensibilidad aumentada favoreciendo situaciones de vergüenza, lo que trae más aislamiento personal y social. La vida sexual de la persona con IC acaba siendo afectada por la disfunción eréctil a causa del uso de diuréticos y beta bloqueadores.

Un aspecto fundamental es evaluar la realización de las actividades cotidianas en función del cambio de clase funcional y de la aparición de síntomas físicos, psicosociales y espirituales que aparecen durante la rutina diaria.

La evaluación busca identificar las actividades que causan incomodidad y limitan la capacidad funcional, como cuidar de la higiene y bañarse, vestirse y desvestirse,

preparar la comida y alimentarse, participar y cuidar del ambiente doméstico y de las compras, subir y bajar escaleras, caminar, entre otras.

En el proceso evaluativo es importante sistematizar los datos de forma objetiva por medio del uso de escalas como, por ejemplo, la Escala de Ansiedad y Depresión - HADS⁸. La HADS permite observar una incidencia importante de cuadros de depresión y ansiedad que afectan negativamente la adhesión a la terapéutica instituida y mejoría dos pacientes.

También es importante la evaluación de la calidad de vida de los pacientes teniendo en cuenta que ésta frecuentemente es perjudicada de forma significativa, por eso es necesario identificar las áreas más impactadas para que sean propuestas intervenciones viables y resolutivas.

Un instrumento de evaluación que se utiliza para sistematizar de la atención a las personas con IC es el cuestionario Minnesota Living with Heart Failure⁹ que cuestiona sobre las consecuencias de la enfermedad y del tratamiento en la vida diaria de la persona enferma, abordando la presencia de síntomas, la percepción del estado psicológico y la realización de las actividades cotidianas.

Junto con esta evaluación se debe valorizar la percepción subjetiva del paciente y sus cuidadores/familiares para facilitar la identificación de las reales necesidades y demandas en un contexto ampliado y realista.

El análisis de los datos obtenidos por medio de las evaluaciones permite la sistematización de la atención integrada e integral de la Terapia Ocupacional y Psicología en busca de mejorar la calidad de vida de la persona con IC y las repercusiones de la enfermedad y de la internación en las relaciones familiares y afectivas por medio de un incremento en la funcionalidad del individuo.

Todo eso busca reorganizar los papeles sociales, cambiar el estilo de vida e integrar los aspectos físicos, psicosociales y espirituales.

A los pacientes que se encuentran en fila de trasplante se les ofrece atención especial, debido a la situación de tensión física

y emocional relacionada a la “espera del órgano” al mismo tiempo en que las condiciones clínicas están en declive y, la necesidad de procedimientos y medidas de apoyo de vida son gradualmente implementadas.

El estrés situacional es impactante y desgastante tanto para el paciente como para sus familiares y, se hace necesario mayor proximidad, escucha activa y una acogida dirigida al mantenimiento del estatus cognitivo y psíquico durante ese período.

Para los pacientes con indicación de abordaje paliativa en virtud de la refractariedad a la terapéutica establecida, evolución progresiva y em proceso terminal, se observa la proposición de medidas como la suspensión de procedimientos fútiles y la ausencia de medidas invasivas. En este contexto, el arsenal terapéutico ocupacional y psicológico se direcciona para auxiliar en el control de síntomas y aliviar los sufrimientos en las esferas físicas, psicosociales y espirituales.

En un estudio reciente¹⁰ se señaló la importancia del enfoque de Cuidados Paliativos junto a la población de pacientes con IC avanzada con repercusión en el incremento de la calidad de vida, control de síntomas y alivio de sufrimientos.

El proceso evaluativo realizado por el terapeuta ocupacional posibilita identificar problemáticas relacionadas a las necesidades del paciente y familiar, que guiarán la propuesta terapéutico-ocupacional, entre ellas se destacan:

- Adaptación de las actividades diarias de autocuidado, ocio y trabajo a las limitaciones causadas por el proceso de la enfermedad y de la terapéutica instituida;
- Orientación para realizar las actividades cotidianas con conservación de energía y protección articular a través de la propuesta y simplificación de tareas y definición de prioridades;
- Realización de acciones y actividades preventivas, educativas y rehabilitadoras buscando mejorar el estado de salud e incrementar la calidad de vida y la capacidad funcional;
- Promoción de actividades significativas y

que posibiliten el rescate del significado y el sentido de la vida a través de la resignificación de la historia de vida y actividades cotidianas;

- Reorganización de hábitos, papeles ocupacionales y cotidianos retomando la vida activa y significativa con desempeño funcional y ocupacional adecuados al estadio de la enfermedad, pronóstico, consumo energético y limitaciones presentes;

- Mantenimiento y/o adaptación de los proyectos de vida de acuerdo con las reales condiciones físicas, psicosociales y espirituales;

- Participación social y familiar;

Acogida, apoyo y entrenamiento de los familiares/cuidadores en consecuencia de las demandas provenientes del proceso de enfermedad del paciente.

Verificamos que hay una necesidad de programas de rehabilitación cardíaca que incrementen la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes¹¹; así como una atención a los factores socioculturales en el plan de cuidados y evolución de los pacientes con IC¹².

La evaluación psicológica permite identificar problemáticas que deben ser acompañadas, en la propuesta de un abordaje junto a pacientes y familiares, destacándose:

- Acompañamiento psicológico de la persona con IC y sus familiares para favorecer el alivio del sufrimiento y una mejor adaptación al contexto de la enfermedad, tratamiento e internación;

- Recepción de las demandas y necesidades de pacientes y familiares;

- Psico educación (orientación) a los pacientes y familiares sobre la importancia de la adhesión al tratamiento y cambios en el estilo de vida;

- Auxiliar a resolver conflictos entre paciente, familia y equipo;

- Garantizar la continuidad de los cuidados en el contexto extrahospitalario y familiar;

- Acompañar demandas específicas y complejas (como abuso de drogas, dependencias y alteraciones emocionales y/o psiquiátricas);

- Auxiliar em el proceso de luto anticipado en el caso de pacientes graves y la inminencia de óbito;

- Investigar y fortalecer los recursos internos

del paciente y familia para enfrentar la enfermedad y el tratamiento;

- Conocer y rescatar la retaguardia socio familiar.

Tales intervenciones buscan responder las necesidades de apoyo y retaguardia junto a los familiares, que están íntimamente relacionados al proceso y tienen sus rutinas alteradas a causa de la enfermedad y el tratamiento del paciente¹³.

CONCLUSIÓN

Como se puede observar, la IC es una enfermedad crónica grave con repercusiones sistémicas en todo el organismo, con daño significativo en los proyectos de vida, en las relaciones interpersonales y en la autoestima.

Cuando el corazón, con tantos simbolismos es acometido, el paciente se ve delante de la sensación y percepción de amenaza a la integridad de su cuerpo, repercusiones negativas en su calidad de vida y contacto con la posibilidad de muerte, a causa del acometimiento/ enfermedad de este órgano, símbolo de la vida.

Los aspectos físicos y emocionales se constituyen en las dimensiones de mayor impacto en la vida de la persona con diagnóstico de IC, y están presentes en la disminución de la funcionalidad del paciente y en la alteración de la dinámica cotidiana.

Frente a ese escenario, es de fundamental importancia el enfoque de la Terapia Ocupacional y la Psicología en una perspectiva integral e integradora, a fin de potencializar las calidades y habilidades del paciente sobreponiéndose a sus limitaciones y, con el objetivo de aliviar y controlar síntomas y minimizar los daños y dificultades presentes.

REFERENCIAS

1. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2009; 93 (supl.1):1-71.
2. Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Pereira SB, Berwanger O, et al. I Registro brasileiro de insuficiência cardíaca – aspectos

clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. Arq Bras Cardiol. [online]. 2015 June [citado en 23 ene 2016]; 104(6):433-42. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000600002&lng=en)

782X2015000600002&lng=en Epub Apr 03, 2015.

<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150031>.

3. Freitas MTS, Puschel, VAA. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. Rev Esc Enferm. 2013; 47(4):919-26.

4. Scrutinio D, Lagioia R, Ricci A, Clemente M, Boni L, Rizzon P. Prediction of mortality in mild to moderately symptomatic patients with left ventricular dysfunction. The role of the New York Heart Association classification, cardiopulmonary exercise testing, two-dimensional echocardiography and Holter monitoring. Eur Heart J. 1994; 15:1089-95.

5. Zaponi RS, Frez AR, Mora CTR, Ruaro JÁ, Daniel. Avaliação da qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca congestiva e sua correlação com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Acta Fisiátrica. 2015; 22(3):105-10.

6. Reis MB, Dias MG, Bibanco MS, Lopes CT, Gea GN. Readmissão hospitalar por insuficiência cardíaca num hospital de ensino do interior de São Paulo. Medicina (Ribeirão Preto). 2015; 48(2):138-42.

7. Mangini S, Pires PV, Praga FGM, Bacal F. Insuficiência cardíaca descompensada. Einstein (São Paulo). 2013; 11(3):383-91.

8. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Medida da ansiedade e depressão em paciente no pré operatório de cirurgias eletivas. Rev Eletrônica Enferm. (Internet). 2012 [citado en 20 out 2015]; 14(4):922-7. Disponible en: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf

9. Munyombwe T, Höfer S, Fitzsimons D, Thompson DR, Lane D, Smith K, et al. An evaluation of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire using Rasch analysis. Qual Life Res. [Internet]. 2014 [citado en 23 ene 2016]; 23:1753. Disponible en: [https://link.springer.com/article/10.1007%](https://link.springer.com/article/10.1007%2F)

2Fs11136-013-0617-0. Doi:10.1007/s11136-013-0617-0

10. Rogers JGM, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M, et al. Palliative care in heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2017; 18(3):331-41.

11. Cuerda RC, Diego IMA, Martín JJA, Sánchez AM, Page JCM. Cardiac rehabilitation programs and health-related quality of life: state of the art. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65(1):72-9.

12. Castro P, Verdejo H, Garcés E, Concepción R, Sepúlveda L, Lanás F, et al. Influencia de factores socio-culturales en la evolución alejada de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Chil Cardiol*. 2009; 28(1):51-62.

13. Vieira GCA, Cavalcanti ACD, Silva SA,

Flores PVP. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca: Revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2015 [citado en 23 ene 2016]; 9(2):750-8. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10395/11156>. DOI: 10.5205/reuol.7028-60723-1-SM.0902201533

CONTRIBUCIONES

Mônica Estuque Garcia de Queiroz colaboró con la concepción, levantamiento de datos, análisis y discusión de resultados y redacción. **Mary Lee Faria Norris Nelsen Foz** participó en la concepción, levantamiento de datos, análisis, discusión y redacción

Como citar este artículo (Vancouver)

Queiroz MEG, Foz MLFNN. Atención integrada a la persona con insuficiencia cardíaca en una perspectiva terapéutico-ocupacional y psicológica: un relato de experiencia. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado en *colocar día, mes y año de acceso*]; 6(1):123-129. Disponible en: *colocar link de acceso*. DOI: *colocar link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

QUEIROZ, M. E. G.; FOZ, M. L. F. N. N. Atención integrada a la persona con insuficiencia cardíaca en una perspectiva terapéutico-ocupacional y psicológica: un relato de experiencia. *REFACS*, Uberaba, v. 6, n. 1, p. 123-129, 2018. Disponible en: *<colocar link de acceso>*. Acceso en: *colocar día, mes y año de acceso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Queiroz, M. E. G. & Foz, M. L. F. N. N. (2018). Atención integrada a la persona con insuficiencia cardíaca en una perspectiva terapéutico-ocupacional y psicológica: un relato de experiencia. *REFACS*, 6(1), 123-129. Recuperado en: *colocar día, mes y año de acceso*. DOI: *colocar link de DOI*.