

# Percepción del paciente hospitalizado por falla cardiaca. Institución de salud 2009

## Perception of patients hospitalized for heart failure. Health Institution 2009

María Teresa Uribe Escalante<sup>1</sup>, Carolina Muñoz Torres<sup>2</sup>, Juliana Restrepo Ruiz<sup>3</sup>, Alba Magnolia Zapata Montoya<sup>4</sup>

### RESUMEN

---

**Objetivo:** percibir la experiencia vivida de pacientes hospitalizados con falla cardiaca para elaborar una propuesta educativa que promueva estilos de vida saludable y autocuidado en esta población.

**Metodología:** investigación cualitativa de tipo fenomenológico en el que se abordaron 19 pacientes a través de una entrevista en profundidad, que incluye pacientes hospitalizados en salas generales de una institución de salud de tercer nivel, con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca Congestiva.

**Resultados:** de los 19 pacientes entrevistados, 68% (13) estaba conformado por mujeres, la edad promedio fue de 67.8 años. El factor de riesgo más representativo entre la población fue la Hipertensión Arterial.

Se observó que los pacientes referían claramente estar enfermos del corazón y, en gran parte, atribuían su origen a causas sociales y, algunos, a la herencia. Reconocían estilos de vida saludable; sin embargo, no todos lo implementaban.

**Conclusiones:** la falla cardiaca cambia la dinámica de la vida de las personas que la padecen, en tanto que limita las actividades diarias y repercute en su estado emocional y vida familiar.

**Palabras clave:** falla cardiaca; percepción; investigación cualitativa

### ABSTRACT

---

**Objective:** collect the experience of patients hospitalized for heart failure in order to develop an educational proposal to promote healthy lifestyles and self-care styles in this population.

**Methods:** phenomenological type, qualitative study addressing 19 patients through an in depth interview, which included patients hospitalized in general wards at a third complexity level, with the diagnosis of congestive heart failure.

**Results:** 19 patients interviewed, 68% (13) were women, average age was of 67.8 years. The most representative risk factor in the population was arterial hypertension. It was noted that patients clearly stated to be heart-diseased and largely attributed its origin, to social causes, and some, to inheritance. They also recognized healthy lifestyles; however healthy lifestyles were not practiced.

**Conclusions:** Heart failure changes the dynamics of life in people suffering from it, while limiting daily activities and has repercussions on the emotional state and family life.

**Keywords:** heart failure; perception; qualitative research

---

<sup>1</sup> Enfermera Magíster en Problemas sociales con énfasis en emergencias y desastres. Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Enfermera Hospital Pablo Tobón Uribe. Especialista en Enfermería cardiovascular. Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Especialista en Enfermería cardiovascular y Tecnología vascular. Laboratorio Vascular Periférico CIMA. Medellín, Colombia.

<sup>4</sup> Enfermera Hospital San Vicente de Paúl. Especialista en Enfermería cardiovascular. Medellín, Colombia.

Correspondencia: María Teresa Uribe Escalante. Correo electrónico: mturibee@hotmail.com

Fecha de recibido: 31 de mayo de 2010

Fecha de aprobación: 27 de septiembre de 2010

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en un problema de salud pública por su alta prevalencia y porque constituyen la primera y segunda causas principales de muerte de la población adulta en la mayoría de los países en vía de desarrollo<sup>1</sup>.

En el mundo la falla cardiaca es un fenómeno creciente y se estima que lo seguirá siendo a menos que se logre prevenir su desarrollo mediante el óptimo manejo de factores de riesgo como la hipertensión arterial y la prevención de la cardiopatía isquémica, sus dos principales causas<sup>2</sup>.

En Colombia, esta entidad constituye aproximadamente el 6% de las hospitalizaciones de los adultos, un 7% de las consultas por el servicio de urgencias y aproximadamente un 2% de las causas de mortalidad<sup>3</sup>.

Las tasas de mortalidad por factores cardiovasculares han aumentado considerablemente<sup>4</sup>, lo que significa que hay que disponer de centros asistenciales especializados en atención para los usuarios con problemas cardiovasculares. Entre los que se pueden mencionar la disfunción cardiaca o insuficiencias congestivas. Es por ello que se requiere de mayor preparación del personal de salud y, preferiblemente, de profesionales de Enfermería, con mayor énfasis en los que se han especializado en el área, para brindar un cuidado oportuno y eficaz y proporcionar educación en estilos de vida saludable y autocuidado.

El profesional de Enfermería es quien permanece más tiempo al lado del enfermo, por lo tanto debe conocer que las alteraciones fisiológicas ocasionadas por la disfunción cardiaca producen cambios significativos de las emociones, independientemente de que los sentimientos sean expresados o no. Cada individuo, con su familia, responde de manera diferente ante la enfermedad, y puede o no manifestar sus temores y miedos ya que sus respuestas varían de acuerdo con la

influencia fisiológica, biológica, de género y edad y, además, influye el estado psicológico y otros factores socio-culturales, políticos y económicos<sup>5-7</sup>.

Cuando un paciente ingresa a una institución de salud y es hospitalizado, al margen de las causas de la consulta, tiene muchos interrogantes acerca de lo que irá a pasar. La misma enfermedad genera ansiedad, rabia, temor y depresión. Entre los temores más frecuentes se encuentran “culpabilidad, daño en el cuerpo, castigo por la enfermedad, intervención o abandono<sup>8,9</sup>”.

Por lo tanto, se busca obtener conocimiento inter-subjetivo, descriptivo y comprensivo de la percepción manifestada del paciente que está hospitalizado por falla cardiaca y, para ello, se debe conocer la percepción mediada por supuestos, que atribuye significado y sentido al paciente con falla cardiaca, relacionados con la vivencia de su experiencia por estar enfermo y hospitalizado<sup>10,11</sup>.

Por tal razón, es menester indagar la percepción de su enfermedad porque esa percepción debe estar relacionada con la evolución, sus implicaciones y el autocuidado, lo que se evidencia en lo que expresa el entrevistado en su cotidianidad.

Lo anterior proporciona herramientas al profesional de Enfermería que le facilitan convertir el objeto del saber (percepción) en un constructo de naturaleza conceptual y metodológica, para brindar un cuidado que mejore el proceso de salud-enfermedad y promueva estilos de vida saludable para la reincorporación a la sociedad, con calidad de vida y bienestar.

Con los resultados de esta investigación se espera establecer estilos de vida saludables y mejorar el autocuidado en los pacientes con falla cardiaca. Además, el personal de Enfermería se beneficiaría porque interpretaría y entendería cada una de las reacciones de los pacientes que se manifiestan en sus emociones cuando se enfrenta a una hospitalización.

## METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de corte cualitativo y de tipo fenomenológico<sup>12</sup>, como “filosofía” que se interesa por el mundo vivido o experiencia subjetiva.

Se eligieron 38 pacientes que se encontraban hospitalizados en salas generales de una institución de salud de Medellín, en el periodo de marzo a junio de 2009. Como criterios de inclusión se definieron pacientes entre los 35 y 87 años de edad, cuyo motivo de hospitalización actual fuera falla cardiaca, independiente del género y quienes, de manera voluntaria, desearan participar.

Para la selección de los pacientes se contó con la colaboración de los profesionales de Enfermería de los servicios de hospitalización. De los 38 seleccionados, sólo 19 cumplían con los criterios de inclusión, en el momento de consultar la historia clínica electrónica, en la que se tuvo en cuenta el Acuerdo de Confidencialidad<sup>13</sup>. Se excluyeron, cuatro pacientes por deterioro neurológico, tres por estado crítico, tres por diagnóstico errado en la historia clínica electrónica, dos por aislamiento aéreo, dos por ausencia del paciente en el momento de la entrevista, dos por diagnóstico de ingreso diferente a Insuficiencia Cardiaca Congestiva (ICC), uno por hipoacusia y uno por alta en trámite.

La recolección de la información se realizó con un formato estructurado para las variables sociodemográficas, que aportaron los datos cuantitativos y con una entrevista en profundidad (encuentro cara a cara con ítems semiestructurados) para obtener los datos cualitativos, de acuerdo con lo propuesto y mediante la vinculación de la experiencia vivida para dar el privilegio al análisis e interpretación de la percepción manifestada.

Las entrevistas se llevaron a cabo con cada paciente, en su habitación, por medio de un encuadre que se caracterizó por ser la parte más importante de la entrevista, puesto que se convirtió en un momento de vital importancia para generar buena empatía. “Empatizar

significa percibir la situación del otro, su vivencia; hacer nuestra su experiencia y la vivencia del otro se percibe como vivencia propia con el fin de comprender y encontrar al otro en su situación del todo personal”<sup>14</sup>.

Se explicó a cada paciente la importancia de su participación, los objetivos de la investigación y las consideraciones éticas<sup>15</sup>, el carácter anónimo de los datos que garantiza su privacidad y se identificó con un código de uso exclusivo de los investigadores.

La investigación se clasificó como de riesgo mínimo, aunque a los pacientes no se les realizó ninguna intervención o modificación intencionada en aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos o sociales<sup>16</sup>.

Como los pacientes accedieron voluntariamente, se efectuó la lectura del consentimiento informado<sup>17</sup>, se hizo énfasis en el uso de material fónico (grabadora), para transcribir cada una de sus opiniones, con el fin de evitar la pérdida de la información y falsas interpretaciones. Este procedimiento garantiza la validez y veracidad de la información. En cada encuentro se contó con dos de las entrevistadoras para legitimar confiabilidad y credibilidad. Igualmente, se evitaron los sesgos porque se estandarizaron en equipo los procesos de obtención de los datos y la interpretación de los resultados. Se obró con tacto y prudencia y se brindó la misma información para todos los participantes.

Una vez firmado el consentimiento, se inició la recolección del perfil sociodemográfico y la entrevista en profundidad. Sólo se logró una entrevista por paciente, debido a las características de la población que limitaron el acercamiento al paciente en una segunda entrevista. En consecuencia, fue necesario recolectar una muestra mayor de entrevistados (19), con el fin de saturar la información y penetrar en su esencia para obtener un único encuentro pero con calidad.

En este encuentro se verificó la información a través de la indagación por medio de diferentes planteamientos que conducían a los mismos

resultados. Se partió del hecho de informar que no se contaría con un próximo encuentro. Igualmente, fue difícil realizar la realimentación de la información obtenida.

Cabe destacar que para cada una de las entrevistas cara a cara con el paciente, una de las investigadoras realizó las observaciones correspondientes a los gestos, posiciones y movimientos del participante y, la otra, dirigió y grabó la entrevista, lo que genera confiabilidad y credibilidad.

Además, se tuvo en cuenta la óptica steiniana, con sus elementos del método fenomenológico: punto de partida (una intención), reducción fenomenológica (desconexión de posturas), residuo (indagación profunda), reducción trascendental (penetrar en su esencia), elementos irreducibles (lo que no tiene duda; que se expresa en las categorías) y constitución (llegar a un conocimiento intuitivo a través de la empatía establecida con el informante)<sup>18</sup>.

Así mismo, se aludió al rigor científico para evitar los sesgos en la articulación previa de los planteamientos que se indagarían y la reducción fenomenológica, o renuncia a los juicios personales, generados en la entrevista en profundidad, como lo describe Edmund Husserl<sup>19</sup> “dejar que la información y los datos hablen íntegramente antes de imponer la comprensión o interpretación propia”.

Después de realizar cada entrevista en profundidad, con una duración en promedio de 45 minutos, se analizó, de acuerdo con el pensamiento de Stein: “es propio de la filosofía indagar la verdad, aceptando que ningún sistema la posee en su perfección; de aquí la necesidad de auscultar nuevos horizontes y de servirse de cuanto se ofrece a la reflexión”<sup>20</sup>.

La transcripción y el análisis secuencial se realizó tal cual sucedieron las manifestaciones expresadas de acuerdo con la reducción fenomenológica de Edmund Husserl y se efectuaron en las siguientes 48 horas para depurar la esencia de la información y la descripción exhaustiva del fenómeno estudiado.

Las investigadoras elaboraron un cuadro para plasmar la información en el que se tuvieron en cuenta aspectos generales del paciente como el servicio de hospitalización, código asignado para conservar el anonimato, fecha de la entrevista y descripción del encuadre. En dicho cuadro se consideró la *Unidad* definida como el ítem para precisar lo que se quiso indagar y otros aspectos como: conocimiento del problema, signos y síntomas, vivencias en el hospital, creencias y suposiciones de la enfermedad, sentimientos y emociones, cotidianidad, deseos actuales y apoyo familiar. La *Unidad de significado* o frases manifestadas por el paciente que fueron claves en su sentir y pensar, como: “el corazón está mamaíto”; “me duele el pecho”, por ejemplo.

La *Categoría*, es la palabra o frase corta asignada por los investigadores y representa las ideas concretas que emergieron en el estudio; las *Interacciones* describieron textualmente la información obtenida del paciente, tal cual ocurrieron los hechos y va entre “comillas”. Finalmente, las *Observaciones*, que destacaron las actitudes, el lenguaje no verbal, la mirada que escucha y la lectura fenomenológica, relacionados con la indagación.

El proceso de los resultados fue manual con cada una de las entrevistas realizadas. El análisis de las variables sociodemográficas se realizó al final de la recolección de la información en el Programa de Microsoft Excel®.

## RESULTADOS

### Caracterización de la población

Se analizó la información de 19 pacientes entrevistados. El 68% (13 pacientes) de sexo femenino, con edad promedio de 67.8 años (DE: 13.2), el más joven de 36 años y el de más edad de 87.

El 84% (16 pacientes) de la población vivía en zona urbana, el 53% (10 pacientes) pertenecía al estrato socioeconómico 2.

El 58% (11 pacientes) amas de casa, el 63% (12 pacientes) con primaria completa, el 84% (16

pacientes) profesaba la religión católica, el 95% (18 pacientes) tenía adherencia al tratamiento farmacológico y el 63% (12 pacientes) al no farmacológico.

Entre los factores de riesgo personales encontrados en esta población, se destacó, en primer lugar, la Hipertensión arterial, en 15 pacientes. Ocupó el segundo lugar la Dislipidemia, con 10 pacientes.

El factor de riesgo familiar más representativo fue la Hipertensión arterial en 11 de los entrevistados. Dentro de los hábitos personales más adoptados por los pacientes sobresalió el consumo de frutas y verduras, en 14 de ellos; por otro lado, el sedentarismo se documentó en 11 pacientes, acompañado de alto consumo de carbohidratos y grasas, en 9 de los participantes.

De los 19 pacientes entrevistados, sólo 8 tenían, entre sus hábitos personales, el consumo de cigarrillo.

Los factores de riesgo, tanto personales como familiares incluidos en el estudio como Infarto agudo de miocardio y la enfermedad cerebro vascular, no fueron representativos por ser variables no excluyentes. Se observó que 10 pacientes tenían más de un factor de riesgo; mientras que dos de ellos, los tenían todos.

### **Categorías cualitativas (Esquema de análisis)**

Los cinco temas (unidades) más representativos que emergieron del análisis de las entrevistas en profundidad, permitieron que el entrevistado realizara un relato más fluido y completo, ellos fueron: conocimiento del problema, vivencias en el hospital, sentimientos y/o emociones por la hospitalización, creencias y suposiciones de la enfermedad y el apoyo familiar. Sin embargo, no se desconocieron los demás planteamientos como sus manifestaciones, signos y síntomas de la enfermedad, estilo de vida, autocuidado, deseos del momento y comentarios finales. Además, se presentan las categorías destacadas

como ideas concretas que emergen del estudio. (Tablas 1 a 5).

La mayoría de los pacientes entrevistados tenía algún grado de conocimiento con respecto a su enfermedad; a pesar de no definir claramente el significado de la falla cardiaca, manifestaban abiertamente el deterioro de la función cardiaca, el reconocimiento de los síntomas, las constantes dudas relacionadas con la enfermedad y su evolución; además, reconocen su enfermedad crónica por sus recaídas y sus múltiples hospitalizaciones (Tabla 1).

La mayoría de los pacientes entrevistados manifestó satisfacción y confianza por estar hospitalizados en una institución que reconocen como excelente y los atiende como ellos se merecen. Sin embargo, dos de los pacientes, en su relato, referían inconformidad en el hospital porque sintieron escasa mejoría del cuadro clínico con el que ingresaron (Tabla 2).

Se observó que en los pacientes entrevistados existen diferentes sentimientos que son generados por el hecho de ser hospitalizados. Inicialmente, los pacientes detectaban la necesidad de ser atendidos y de recibir un cuidado especial que no podría ser brindado en sus hogares, para lo que se requería de un periodo de hospitalización. Sin embargo, la mayoría manifestó sentimientos de angustia, bien sea por no saber lo que va a pasar, si todo va a cambiar, si se va a complicar e, incluso, hay quienes pensaron hasta en la muerte como una consecuencia de su enfermedad, lo que está relacionado, al parecer, con el tiempo de evolución de su enfermedad (Tabla 3).

La mayoría de la población atribuye el origen de su enfermedad a causas diferentes a las biológicas, en tanto que mencionan causas sociales manifestadas por sus alteraciones en la convivencia con otros (esposo, vecina), lo que es asumido como el motivo del deterioro de su función cardiaca. Así mismo, otros pacientes expresaban que la carencia en el autocuidado y estilos de vida poco saludables, eran la causa de su enfermedad, interpretado como causas

**Tabla 1.** Recopilación de la información sobre el conocimiento que el paciente tenía de su enfermedad (Falla cardiaca)

Unidad	Unidad de significado	Categoría
Conocimiento del problema	“Hipertensa muy crítica. He tenido infartos”.	Conocimiento
	“Tengo el corazón débil. Tengo un soplo. Me han hecho cateterismos. Ya no es igual mi corazón. Ya uno viejo para qué vive. El corazón está “mamaíto”.	Deterioro de la salud
	“Me hincho toda. Tengo dificultad para respirar. Me duele el pecho. Tengo dolor”.	Reconocimiento de síntomas
	“Los médicos no han podido con mi enfermedad”.	Incertidumbre
	“Hace 10 años estoy enfermo. Desde que tenía 15 años estoy enfermo”.	Cronicidad

**Tabla 2.** Recopilación de la información sobre las vivencias en el hospital expresadas por los pacientes que padecían falla cardiaca

Unidad	Unidad de significado	Categoría
Vivencias en el hospital	“Me han tratado muy bien”. “Me han atendido muy bien”.	Satisfacción
	“Muy queridos”. “Me he sentido muy confiada”.	Confianza
	“Estoy en buenas manos”. “No pensé nada, yo sabía que me iban a hospitalizar”. “El cuidado del corazón lo dejo en manos de los médicos”.	Sumisión
	“Es un hospital muy bueno”. “Es una institución excelente”.	Reconocimiento institucional
	“No he sentido mejoría”. “No me han hecho nada”.	Inconformidad

**Tabla 3.** Recopilación de la información sobre sentimientos y/o emociones por la hospitalización por causa de su enfermedad: falla cardiaca

Unidad	Unidad de significado	Categoría
Sentimientos y/o emociones por la hospitalización	“Yo me sentí pues bien, porque uno está al pie de la ciencia”	Confianza
	“A uno no le da alegría que le digan que lo van a hospitalizar, no, a uno lo que le da es una jartera...”	Desánimo
	“Me asusté mucho...”	Temor
	“Yo todo lo tomo por amor al Señor y con esa esperanza y esa fe es que yo me voy a recuperar”.	Creencia religiosa
	“Uno piensa tantas cosas, que ese día uno nace sinceramente”. “Mire la hora de yo venir a parar... a un hospital, a una clínica,...eso es duro...”	Angustia
	“Uno tan enfermo no siente nada, lo que necesita es que lo curen...”	Necesidad de atención
	“No, yo sentí como nervios de que me voy a morir, no pues, si uno se va a morir es porque se tiene que morir”	Muerte

de su cotidianidad, estilos adquiridos, aspectos culturales (Tabla 4).

Cuando se escuchó el relato de los participantes, se advierte el predominio del apoyo incondicional, compromiso y protección por su familia durante la actual hospitalización, incluso denotaban y eran claros al expresar que este apoyo perduraba en el tiempo, así no estuviesen hospitalizados.

Además, describían cómo proporcionaban cuidados en su vida cotidiana. Por otro lado, sólo un participante fue reiterativo cuando describió que se encontraba solo y que su familia no le

brindaba compañía ni respaldo ni soporte en ningún momento de su vida (Tabla 5).

## DISCUSIÓN

Los conocimientos de los pacientes entrevistados indican que su corazón es un órgano vital y se encuentra deteriorado por varias causas o creencias subjetivas y, al parecer, dependen de las experiencias vividas y su entorno sociocultural, definido éste como conjunto de factores que incluyen: condiciones de vida y de trabajo, nivel de ingresos, escolaridad y comunidad a la que pertenece. Todos estos elementos tienen una importante influencia en

**Tabla 4.** Recopilación de la información sobre las creencias y suposiciones del paciente, relacionadas con el origen de su enfermedad: falla cardíaca

Unidad	Unidad de significado	Categoría
Creencias y suposiciones de la enfermedad	“Me enfermé por cosas de Dios. Esos son designios de Dios. Que se haga la voluntad de Dios”	Origen divino
	“Por mis viajes, mis nervios, la preocupación, dejar a mis hijos, eso me fue enfermado”. “Discusión con una vecina”	Causas sociales
	“Trabajaba supremamente duro. El corazón viejo no funciona como uno nuevo”	Desgaste físico
	“Por el trasnocho, el licor, salir lloviendo y acalorado”.	Malos hábitos
	“Por fumar doblemente duro. Muy bruto, comía mucha grasa”	Sufrimiento
	“Mucho sufrimiento con mi marido, él era muy grosero”	

**Tabla 5.** Recopilación de la información sobre el apoyo familiar recibido durante la hospitalización de su enfermedad: falla cardíaca

Unidad	Unidad de significado	Categoría
Apoyo familiar	“Están pendientes todo el tiempo”. “Excelente, si no fuera por ellos y mi esposo, yo ya no estaría aquí...”. “Ahora no, siempre”; “¡Ah! No, total”	Apoyo incondicional
	“En la casa, ellos me cuidan bien”. “La hija mía me ayuda mucho. Me cuida mucho...”	Compromiso
	“Muy bueno, gracias a Dios están muy pendientes de mí”. “La familia toda me acompaña”	Protección
	“Yo soy solo. Mi familia no me colabora, vivo muy solo...” “Pues...es que si en una enfermedad de estas la misma familia no le ayuda a uno...”	Soledad

la salud (Google.com Entorno social [Internet] [Acceso Nov. 11 2009] Disponible en: <http://definición.de/entorno-social>).

La descripción del entorno sociocultural de los participantes del estudio da cuenta, en su mayoría, de personas adultas mayores, con vivienda en zona urbana y estrato socioeconómico bajo, poca escolaridad y de religión católica. En un estudio realizado acerca de las influencias culturales de los hispanos y su relación con la salud, se encontró que los pacientes atribuían su bienestar a tener buena suerte, o a una recompensa de Dios por su buen comportamiento; por otro lado, la enfermedad fue percibida como una desgracia o castigo de Dios por un inadecuado comportamiento<sup>6</sup>. Los pacientes entrevistados en esta investigación expresaron ideas similares, en tanto que atribuían la enfermedad a comportamientos poco saludables y a designios de Dios.

Aunque la descripción de los síntomas es relatada de diferente forma por cada entrevistado, es importante mencionar que logran identificar cuándo tienen descompensación de su enfermedad: *“Me hinché toda”*. *“Mucho cansancio”*. *“Siento una debilidad, no le provoca a uno sino dormir”*. *“Desaliento, taquicardia, falta de aire, dolor en el pecho”*. *“Muy ahogado en las madrugadas y en las noches”*. *“Tengo mucha dificultad para respirar”*, entre otras expresiones. De igual manera, se documentó, en otro estudio, que los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica terminal pueden identificar, fácilmente, los síntomas que afectan significativamente su percepción de la enfermedad y la calidad de vida<sup>21</sup>.

Entre los síntomas más frecuentes de descompensación de falla cardíaca, se encuentran la disnea y la fatiga como las principales causas y que limitan el desarrollo de las actividades diarias. Así mismo, la disnea se relaciona, en gran medida, con la fatiga y la depresión en pacientes con falla, descrito por Ramasamy *et al.*<sup>22</sup>.

Durante las entrevistas en profundidad, entre sus comentarios de los sentimientos, algunos

pacientes mencionaron ideas relacionadas con la muerte: *“Pienso muchas cosas, por ejemplo, lo que yo pienso es en la muerte”*. *“Yo, hay veces que le pido al Señor hasta la muerte”*. *“A mí no me da miedo de la muerte”*. De igual forma lo describen Solano *et al.*<sup>23</sup>, quienes mencionan que, a pesar de que ningún entrevistado expresa abiertamente sentimientos frente a la muerte, durante su discurso, resaltan en algunas frases que su enfermedad los puede conducir rápidamente a ella.

Si se tiene en cuenta que la falla cardíaca es una enfermedad crónica en la que se presentan frecuentes recaídas, en las entrevistas se destacó que, en la mayoría de los pacientes, influye el hecho de tener experiencias previas de hospitalización. Igualmente, se afirma que las percepciones de los pacientes guardan relación con el grado de conocimiento que tienen de la Unidad de Cuidado Intensivo. Esto se demuestra en un estudio realizado en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario<sup>24</sup> en el que se destacó la sensación de seguridad, tranquilidad y confianza transmitida por la tecnificación del entorno y los profesionales. De igual forma, los pacientes manifestaron sentimientos de confianza por ingresar en la institución, debido a la calidad humana y tecnología percibida. (Ver tabla No.3).

Delaney L.<sup>25</sup> le da mucha importancia a la familia. Según esta autora, la enfermería contemporánea debe hacer énfasis en la unidad familiar, ya que ésta sirve de amortiguador entre el individuo y la sociedad, es una protección psicosocial para sus miembros y se relaciona con la cultura y valores de cada uno. Los pacientes entrevistados destacaron el apoyo recibido por sus familias, el acompañamiento continuo, ya que en general fueron cuidados por algún miembro de la familia y, en especial, en aquellos casos en que su clase funcional los limita de las actividades básicas (Tabla 5).

Los pacientes identificaron y describieron qué es un estilo de vida saludable; sin embargo, no ha sido implementado en su práctica diaria por todos los pacientes. En un estudio realizado con pacientes de falla cardíaca se define que

el autoconcepto influye significativamente en la adherencia que se tenga al régimen terapéutico<sup>26</sup>. Además, los profesionales de la salud que influyen en la búsqueda y mantenimiento de una adecuada adherencia deberán verificar en sus pacientes las actitudes y conductas para la motivación en la toma de conciencia, el conocimiento y la información durante la hospitalización, con el fin de que se llegue al autocuidado y a la adherencia al tratamiento<sup>27,28</sup>.

La aceptación de los cambios generados por la falla cardíaca que más repercute en el paciente ve con la alteración de la imagen corporal (porque se producen edemas), los síntomas que con frecuencia se padece por ser una enfermedad crónica, las creencias morales y éticas, la trascendencia que ocasiona vivir con un padecimiento que frecuentemente tiene exacerbaciones e interfiere con sus aspectos socio-económicos, los aspectos espirituales relacionados con sus creencias y devociones, la pérdida de autonomía. Todo ello puede influir en la adherencia y autocuidado al tratamiento en individuos con falla cardíaca.

El profesional de enfermería necesita identificar métodos que permitan ayudar al paciente en la aceptación de sus cambios de estilo de vida, generados por la falla cardíaca. Los conceptos de autocuidado y adherencia, similares entre sí, son estrategias que deben incrementarse a través de la educación para que el paciente se comprometa y participe en el manejo de su enfermedad<sup>29</sup>.

Limitaciones: en la presente investigación se encontraron algunas limitaciones para abordar a los entrevistados: la población de edad avanzada. La mayoría de los pacientes se encontraba con edad superior a 70 años, lo que generó dificultad en el momento de su entrevista para establecer una comunicación, en tanto que muchos presentaban trastornos cognitivos y del lenguaje, propios de la edad, como bajo tono de la voz, pérdidas auditivas, poca expresión verbal, secuelas neurológicas y dificultad para la comprensión.

La presencia de síntomas como la disnea en alguno de los entrevistados, fue un criterio de exclusión, ya que los pacientes manifestaron no estar aptos para participar.

En algunas ocasiones, la habitación compartida no fue el ambiente más adecuado para realizar la entrevista en profundidad, porque el otro paciente y su acompañante, por no estar incluidos en la investigación, interrumpían la armonía de la entrevista y, en ocasiones hacían ruido.

Se presentó dificultad para abordar a los pacientes ya que, en varias oportunidades, fue necesario detener la entrevista de un paciente por los procedimientos de rutina que le realizaban; igualmente, en otras ocasiones, la entrevista no fue posible ejecutarla porque el paciente ya no se encontraba en la habitación porque lo habían trasladado para un examen o procedimiento.

En un alto porcentaje de los pacientes estaban acompañados por algún familiar, lo que podía condicionar algunas de las opiniones de los participantes.

Inicialmente se planteó realizar dos entrevistas en profundidad por paciente. En este estudio no fue posible el segundo encuentro por las características de la población mencionadas anteriormente y con el agravante de que, cuando se intentó entrevistar al paciente por segunda vez, a éste ya se le había dado de alta.

Teniendo en cuenta el diseño de una propuesta educativa planteada desde el objetivo principal, cabe señalar que ésta se encuentra en proceso de construcción y que tendrá la intención de dar respuesta a las necesidades de conocimiento detectadas en los pacientes entrevistados. Además, se brindará una retroalimentación de la información obtenida durante las entrevistas con los pacientes, quienes fueron los actores principales.

Finalmente, se hace fundamental incorporar investigaciones cualitativas en el ejercicio de la Enfermería, ya que éstas buscan descubrir

aspectos de una situación real porque captan de los informantes lo que ven, experimentan y vivencian desde sus propios puntos de vista, en lo subjetivo y cotidiano, para comprender e interpretar sus vivencias y lograr convertirlo en un objeto de saber de naturaleza conceptual y metodológica.

### **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### **FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación (CIDI) de la Universidad Pontificia Bolivariana. (Número de radicado 237A-06/08-38).

### **REFERENCIAS**

1. OMS. Enfermedades cardiovasculares: la necesidad de actuar [Internet]. En: OMS. Informe sobre la salud en el mundo: 2003. Ginebra: OMS; 2003 [acceso 12 de junio de 2007]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf).
2. Sociedad Uruguaya de Cardiología. Segundo Consenso Uruguayo de Insuficiencia Cardiaca. Rev Noticias, Sindicato Médico del Uruguay. 2004;9:1-16.
3. Ministerio de Protección Social (Colombia). Sistema estadístico de servicio de salud:2005 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006 [acceso 12 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://www.miniproteccionsocial.gov.co>.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas 2006 [Internet]. Ginebra:OMS;2006 [acceso 16 de junio de 2008]. Disponible en: <http://www.miniproteccionsocial.gov.co>.
5. Ramasamy R, Hildebrandt T, O'Hea E, Patel M, Clemow L, Freudenberger R, et al. Psychological and social factors that correlate with dyspnea in heart failure. *Psychosomatics*. 2006 Sep-Oct;47(5):430-4.
6. Knoerl AM. Cultural considerations and the Hispanic cardiac client. *Home Healthc Nurse*. 2007 Feb;25(2):82-6, quizzes 87-8.
7. Buetow S, Goodyear-Smith F, Coster G. Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. *Fam Pract*. 2001;18:117-122.
8. González González GA. La humanización de la salud. *Gaceta Cardiovascular*. 2000;(4):8.
9. González González GA. Los miedos del enfermo y del personal de salud. *Gaceta Cardiovascular*. 2000;(11):8-9.
10. Solano MC, Siles J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index Enferm*. 2005;51(14):30.
11. Formiga F, Chivite D, Mascaro J, Vidaller A, Pujol R. El paciente con insuficiencia cardiaca terminal: dificultad en la identificación y toma de decisiones. *Rev Mult Gerontol*. 2004;14(2):90-96.
12. Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. 2. ed. México:Fondo de Cultura Económica;1962.
13. Resolución No. 1995 de 1999. Bogotá: Ministerio de Salud, (Julio 8 de 1999).
14. Sancho FJ. La Biblia con ojos de mujer. Burgos: Monte Carmelo;2001. p. 66.
15. Resolución No. 008430 de 1993. Capítulo I. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 5. Bogotá: Ministerio de Salud, (Octubre 4 de 1993)

16. Resolución No. 008430 de 1993. Capítulo I. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 11 Numeral b. Bogotá: Ministerio de Salud, (Octubre 4 de 1993)
17. Resolución No. 008430 de 1993. Capítulo I De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículos 14, 15 y 16 con párrafos. Bogotá: Ministerio de Salud, (Octubre 4 de 1993)
18. Condarco Terrazas SG. Elementos del método fenomenológico. En: Condarco Terrazas SG. La fenomenología de Edith Stein como camino del conocimiento del ser [tesis de grado]. Medellín: UPB; 2003. p. 37 – 38.
19. Schmitt R. Husserls transcendental-phenomenological reduction. *Philosophy and Phenomenological Research*. 1959; 20: 238-245
20. Garcia RE. El siglo XX a la luz de Edith Stein: Simposium Internacional [Internet]. Roma: Teresiano;1998 [acceso Nov. 2008]. Disponible en: [http://www.ocd.pcn.net/edsj\\_ese.htm](http://www.ocd.pcn.net/edsj_ese.htm).
21. Opasich C, Gualco A, De Feo S, Barbieri M, Cioffi G, Giardini A, et al. Physical and emotional symptom burden of patients with end-stage heart failure: what to measure, how and why. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2008 Nov; 9(11):1104-8.
22. Ramasamy R, Hildebrandt T, O'Hea E, Patel M, Clemow L, Freudenberger R, et al. Psychological and social factors that correlate with dyspnea in heart failure. *Psychosomatics*. 2006 Sep-Oct; 47(5):430-4.
23. Solano MC, Siles J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index Enferm*. 2005; 51 (14):30.
24. Solano MC, Siles J. Las vivencias del paciente coronario en la Unidad de Cuidados Críticos. *Index Enferm*. 2005; 51 (14):33.
25. Delaney L. Valoración en enfermería: obtención de datos en la familia. En: Griffith J, Christensen P. *Proceso de atención de enfermería*. México: Manual Moderno;1986. p. 65.
26. Thomas CM. The influence of self-concept on adherence to recommended healthregimens in adults with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2007 Sep-Oct; 22(5):405-16.
27. Fuentes A. Autocuidado del paciente cardiovascular. *Archivos de Cardiología de México*. 2001; 71 (supl.1):S198-S200.
28. Bayés R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: Yubero S, Larrañaga E, editores. *SIDA: una visión multidisciplinar*. La Mancha: Universidad de Castilla; 2000. p. 95-103.
29. Achury Saldaña DM. Adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá; 2007. p. 11.