

La experiencia de sufrir una insuficiencia cardiaca crónica. Un padecimiento que acerca a la muerte

Nora Eugenia Zapata Gómez¹

Resumen

Objetivo. Comprender cómo perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la insuficiencia cardiaca crónica (ICC) las personas que la padecen. **Metodología.** Investigación cualitativa del tipo teoría fundada. La información se obtuvo de entrevistas semiestructuradas a 13 personas, hombres y mujeres con edades entre 40 y 85 años, de diferentes niveles educativos y socioeconómicos. La investigación se realizó en Medellín (Colombia) en 2007. **Resultados.** Los entrevistados perciben la muerte como un hecho cercano, concepción afianzada con las restricciones que la enfermedad les impone. Esta situación los lleva a establecer cambios importantes en su forma de vivir y de relacionarse con las personas y el entorno, permitiéndoles mejorar su estado de salud, controlar la enfermedad y mejorar la supervivencia. **Conclusión.** Los participantes aceptan la ICC mediante un proceso en el que, sentir la proximidad de la muerte, cambia la forma de enfrentar la enfermedad.

Palabras clave: enfermedad crónica; insuficiencia cardíaca; atención de enfermería; muerte; investigación cualitativa.

The experience of having a chronic heart failure. A disease that brings death closer

Abstract

Objective. To understand how people with Chronic heart failure (CHF), perceive, understand, and answer to the manifestations and effects of the disease. **Methodology.** Grounded theory qualitative research. Data was gotten from semi-structured interviews to 13 people, men and women between 40 and 85 years of age, from different educational and socioeconomic levels. The research was carried out in Medellín (Colombia) in 2007. **Results.** Interviewees perceive death as a close fact, this idea is reassured with the restrictions the disease imposes. This situation makes them establish important changes in their life style; their relationships with other people, and their environment, allowing them improve their health, control the disease, and improve survival. **Conclu-**

1 Enfermera Magíster en Enfermería. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. email:norazago@tone.udea.edu.co

Subvenciones y ayudas: artículo producto de la investigación realizada para optar por el título de Magíster en Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 13 de octubre de 2009.
Fecha de aprobado: 16 de mayo de 2011.

Cómo citar este artículo: Zapata NE. La experiencia de sufrir una insuficiencia cardíaca crónica. Un padecimiento que acerca a la muerte. Invest Educ Enferm. 2011;29(3): 419-427.

sion. Participants accept CHF through a process, in which, when feeling close to death, change their way of coping with the disease.

Key words: chronic disease; heart failure; nursing care; death; qualitative research.

***A experiência de sofrer uma insuficiência cardíaca crônica.
Um padecimento que acerca à morte***

■ **Resumo** ■

Objetivo. Compreender como percebem, interpretam e respondem às manifestações e efeitos da insuficiência cardíaca crônica (ICC) as pessoas que sofrem desta doença. **Metodologia.** Investigação qualitativa do tipo teoria fundada. A informação se obteve de entrevistas semi-estruturadas a 13 pessoas, homens e mulheres com idades entre 40 e 85 anos, de diferentes níveis educativos e socioeconômicos. A investigação se realizou em Medellín (Colômbia) em 2007. **Resultados.** Os entrevistados percebem a morte como um fato próximo, concepção que se afiança com as restrições que a doença lhes impõe. Esta situação os leva a estabelecer mudanças importantes em sua forma de viver e de relacionar-se com as pessoas e o meio, permitindo-lhes melhorar seu estado de saúde, controlar a doença e melhorar a sobrevivência. **Conclusão.** Os participantes aceitam a ICC através de um processo no que, ao sentir-se ante a proximidade da morte, muda a forma de enfrentar a doença.

Palabras chave: doença crônica; insuficiência cardíaca; cuidados de enfermagem; morte; pesquisa qualitativa.

Introducción

*“No es la muerte la que está
llegando sino la vida que se entrega”*

Manuel Mejía Vallejo

En las últimas décadas las enfermedades cardíacas se han incrementado dramáticamente en los contextos mundial y nacional.¹ Como consecuencias de estas enfermedades, entre las que se incluyen la insuficiencia cardíaca crónica (ICC), se generan costos elevados en la atención, incapacidades prolongadas y alto riesgo de complicaciones, incluso la muerte.²

Por su pronóstico, la ICC puede ser considerada una enfermedad que amenaza la vida,³ y su presencia influye directamente en los estilos de vida de las personas quienes la padecen, razón por la que, en los últimos años, algunos investigadores han dedicado grandes esfuerzos a mejorar el conocimiento sobre su comportamiento desde

diferentes enfoques, que van desde el estado fisiológico de la enfermedad en relación con la respuesta metabólica y los cambios estructurales,⁴ la aplicación de escalas de medición que facilitan la evaluación de la calidad de vida⁵⁻⁷ y, por último, las experiencias de vida de los pacientes.⁸⁻¹⁰ Desde este último enfoque, el conocer las experiencias y necesidades de quienes viven con esta enfermedad, desde la subjetividad del otro, permitirá brindar un cuidado de enfermería que abarque todas las dimensiones del ser humano.

Como la ICC, obliga a quienes la sufren a modificar comportamientos y hábitos para afrontar el estado de salud y prolongar la existencia, mediante diversas estrategias que requieren nuevos aprendizajes y renunciaciones, no siempre fáciles de asumir, se diseñó un estudio con el objetivo de comprender cómo perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la ICC las personas que la padecen. A partir de los resul-

tados, se espera que este conocimiento nutra la construcción de un modelo de cuidado desde la perspectiva de una atención integradora.

Metodología

Para cumplir este objetivo, que requería, por una parte, de un acercamiento a la experiencia de los individuos, y, por otra, tratar de penetrar en su interioridad, se utilizó la investigación cualitativa y el interaccionismo simbólico como perspectiva teórica, los cuales enfatizan en los procesos de relación de las personas frente a los acontecimientos, lo que facilita la comprensión desde el punto de vista del otro y da cuenta de los cambios que experimenta en el transcurso del tiempo. La pretensión se orientó a “enfaticar la inmersión y comprensión del significado humano atribuido a una circunstancia o fenómeno”.¹¹

La herramienta metodológica fue la teoría fundamentada¹² del paradigma comprensivo interpretativo, visión que permite recuperar el espacio del sujeto, centrando la atención en él y todo lo que guarde relación con su experiencia vivida. Para lograr este propósito, se utilizó el diálogo con el fin de indagar aspectos que no pueden ser observables al examen físico, como los sentimientos, valores, creencias y todo lo que guarda relación con la interacción humana. Las entrevistas se iniciaron con unos interrogantes amplios que progresivamente se fueron focalizando a medida que los conceptos y sus relaciones iban emergiendo. Por ello, no se comenzó con una teoría, sino que se seleccionó un área de estudio, cuya característica primordial fue la comparación constante de los datos.

Población y técnica de recolección de la información. Se realizaron entrevistas en profundidad, semiestructuradas, flexibles y dinámicas, con preguntas abiertas, referidas a la experiencia personal de vivir con insuficiencia cardíaca. Los entrevistados hablaron sin condiciones preelaboradas por la investigadora,¹³ y sin un orden estricto en la formulación de las preguntas, es decir, no se siguió una secuencia obligatoria y las preguntas se hicieron en términos familiares para ellos. En to-

dos los encuentros se abrió un espacio para aclarar dudas y para brindar la información requerida por los participantes acerca del estudio o por los resultados de éste.

Entre los meses de abril de 2006 y junio 2007 se entrevistaron trece personas, ocho hombres y cinco mujeres, con edades entre 40 y 85 años, residentes en el departamento de Antioquia (Colombia), de diferentes niveles educativos y socioeconómicos, quienes aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria. Al momento de la entrevista los participantes tenían más de seis meses de haber sido diagnosticados con ICC, y estaban en una fase estable o controlada de la enfermedad; esta fase se entiende como el periodo de tiempo en el que el individuo no sufre los síntomas o estos están atenuados.

Se solicitó autorización a los participantes para grabar las entrevistas con el propósito de mantener la fidelidad de la información, además, se acompañó cada entrevista con diarios de campo en los que quedaron registradas las actitudes, gestos y emociones observadas por la entrevistadora. Poco tiempo después, se hicieron las transcripciones, respetando la forma en que fueron expresadas. A cada entrevista se le asignó un código alfanumérico para mantener el anonimato de los participantes. Únicamente la entrevistadora manejó, de forma confidencial, los datos y se dio inicio al proceso de análisis en forma manual.

Las tres entrevistas iniciales hicieron parte del estudio exploratorio para probar la guía de entrevista, codificando los datos simultáneamente, con el propósito de identificar aspectos que pudieran requerir ajustes, a partir de los cuales se direccionaron, de forma intencional, los aspectos considerados relevantes para la pregunta de investigación formulada.

Análisis de la información. A la par con la recolección de la información se realizó el análisis de los datos, con la técnica de comparación constante. En el desarrollo de este proceso, se identificaron las categorías emergentes, es decir, conceptos que se encontraban de forma repetitiva y que fueron construyendo las categorías sobre las que se ahondaron en las entrevistas posteriores hasta no

encontrar nuevos datos. De esta manera, se logró la saturación teórica.

El análisis comparativo permitió considerar aspectos como el incidente, las categorías y los patrones de comportamiento con el propósito de establecer similitudes y diferencias. También, se utilizó la codificación abierta, axial y selectiva, se hicieron memos y diagramas para garantizar el rigor de la investigación. A su vez, durante este proceso, se tuvo la precaución de que éste reflejara la realidad y que las interpretaciones mantuvieran una estrecha concordancia con lo expresado por los entrevistados.¹⁴ Para lograrlo, además de transcribir las entrevistas y mantener cierta fidelidad de los datos, los resultados se compartieron y confirmaron con los participantes. De igual forma se revisaron algunos datos particulares antes de hacer nuevas entrevistas y continuar la recolección de la información.

En el análisis se recurrió a diferentes tipos de codificaciones que permitieran una mayor jerarquización y organización de los hallazgos. Así mismo, se revisó la literatura con el propósito de enriquecer las categorías que emergieron en este proceso hasta lograr una descripción densa de los hallazgos.

Aspectos éticos. El desarrollo de este estudio está basado en los principios fundamentales de la ética:¹⁵ autonomía, respeto por las personas, justicia y beneficencia, pues sus fuentes primarias fueron personas que padecían la enfermedad y accedieron a compartir sus experiencias con pleno conocimiento de que la información suministrada serviría para este trabajo.

Resultados

En el análisis de las entrevistas se observó que los participantes aceptan su situación mediante un proceso que marca de manera importante la forma de enfrentar la enfermedad al sentirse ante la proximidad de la muerte. En este proceso surgen tres categorías y sus respectivas subcategorías, las cuales se describen a continuación.

Inminencia de muerte. Para todos, la enfermedad afecta el corazón, el cual consideran el “motor” del cuerpo y es el que marca la duración de la vida: *pues al tratarse del corazón uno no sabe cuánto va a durar* (N-004-2), entonces, la pérdida de capacidad del corazón se convierte en algo proporcional al tiempo que se puede continuar viviendo: *yo tengo el 40% de mi corazón perdido, pero creo que con eso puedo seguir viviendo unos días más* (G-003-1). Esta percepción se convierte en un sentimiento fuerte que se arraiga cada día más influyendo en sus acciones y decisiones por el resto de su existencia; categoría principal que se describe a continuación.

Sentir la inminencia de muerte es vivir con un sentimiento manifiesto de la proximidad del fin, con la certeza de que se puede morir en cualquier momento: *estoy cardíaco y puedo morir en cualquier momento* (JAC-001-1). Es vivir en la incertidumbre de que cualquier día puede ser el último: *yo creía que me iba a morir y yo pensaba que era lo último de mi vida* (ARG-002-1). Es sentir, en cada noche, que es posible no llegar al nuevo día: *yo me acuesto, mi querida, y pienso que voy a amanecer muerta* (ARG-002-1).

La conciencia de la proximidad de la muerte despierta en los entrevistados el miedo de morir, sentimiento que se vuelve permanente: *sí, exactamente, esta enfermedad asusta; entonces uno no lleva una vida normal* (G-003-2). Este sentimiento se aviva con la convicción de que la enfermedad constituirá la causa de su fin: *nadie sabe de qué se va a morir (...), ya sabemos de qué me voy a morir* (O-008-2).

Conciencia de pérdida

Vivir con una ICC significa enfrentar la muerte sin entregar la vida que queda, las personas se hacen conscientes de las restricciones que la enfermedad les exige, e implementan algunas estrategias para enfrentarlas como se describe a continuación. Para los entrevistados, la ICC “transforma” sus cuerpos y ocasiona cambios en su manera de vivir: *cojo un botoncito para pegar y se me cae, yo ya no lavo, no plancho, no trapeo* (ERG-002-3). Sienten que tienen un cuerpo diferente y descono-

cido, que de alguna manera les ha fallado; esto se hace evidente al regresar a casa luego de la hospitalización en que se realizó el diagnóstico, y al tratar de retomar las actividades que le eran cotidianas dicen: *ya no les puedo ayudar mucho a ellas, me pongo a hacer alguna cosa y me da un dolor aquí en la espalda horrible, todo cambió* (O-007-2).

Pérdida de la independencia. Estas personas, al perder la capacidad laboral, pierden además la independencia personal y económica: *eso porque no me voy a ganar lo que me estaba ganando antes* (LFPA-11-3), *yo me iba a trabajar pintura, me llamaban: lo necesitamos, un trabajito de pintura. Y ahora no, siempre me siento como agobiado* (A-006-3), situación que afecta la economía familiar y causa sentimientos de inutilidad.

De otro lado, al perder la independencia física, los pacientes requieren la ayuda o acompañamiento de otros: *yo ya no puedo salir a pasear, salía mucho a pasear con las compañeras del club de vida y ya no salgo; no me dejan salir sola* (O-007-2). En este sentido, las actividades cotidianas resultan difíciles de retomar *porque yo no puedo caminar ligero, digamos yo no puedo* (A-006-4), entonces, afloran sentimientos de pérdida de la independencia: *sí, uno queda más dependiente, ya no puede hacer por su voluntad cosas que hacía antes, sino que tiene que pedir el favor de que se las hagan a uno* (G-003-3).

Pérdida de los placeres cotidianos. Para evitar el progreso de la enfermedad, las indicaciones médicas van dirigidas a modificar algunos hábitos en la comida, la bebida y el cigarrillo, recomendaciones que parecen sencillas pero que los pacientes perciben difíciles de cumplir: *un buñuelo, ique rico!, ique dicha una arepita con carnita bien rica! ¿No es así? ¡Toda la vida! Así nos hemos criado y el cuerpo necesita alimentos; es muy duro porque yo me he pasado toda la noche con el deseo de una cosa, ¡Dios mío! se me quita el sueño, se me quita todo, me levanto y me siento en una silla* (G-005-3).

Pérdida del valor de sí mismo. La forma de definir su situación y de percibirse a sí mismos depende en

gran medida del grado de limitación que la enfermedad les produce. Cuando no pueden actuar de igual forma como lo hacían antes de ser “diagnosticados” como pacientes “cardíacos”, empiezan a sentir que ya no son los mismos: *pues a veces yo me digo: vos ya no sos el mismo* (O-008-3). Esta nueva condición está unida a sentimientos de inutilidad y de minusvalía: *me molesta verme tan incapaz. Uno llega a un punto de decir: es que no puedo hacer nada útil* (G-005-1).

Aprendiendo de nuevo

Estas personas, después de un tiempo a partir del diagnóstico, empiezan a entender su situación de salud e inician un proceso en el cual implementan acciones que les permitan vivir con la enfermedad, tratando de verse y entender sus sentimientos, superar o paliar las limitaciones que ésta les impuso: *Esto mío pudo haber sido, como le dijera, desorganización mía, el trago, el cigarrillo o qué más... ¡ah! el estrés* (N-004-4).

Aprendiendo a mirarse y a sentirse. Con el propósito de participar en su propio cuidado, los pacientes inician un trabajo que consiste en alertar sus sentidos, es decir, tratan de vigilar los cambios en su cuerpo por pequeños que ellos sean, dilucidando su condición de salud: *yo en el momento no siento nada, estoy bien* (AC-001-2); *o: yo me estoy viendo los pies como gruesecitos ésta semana* (ERG-002-4). La presencia de dolor les recuerda que la enfermedad continúa presente y requiere atención: *en la actualidad me siento regular, no muy bien porque unas veces siento dolorcito y, entonces, tengo que recurrir al médico* (N-004-1). La ausencia del dolor, de igual manera, lo interpretan como “estar bien”.

Aprendiendo a adecuar comportamientos. De manera constante, el estado de salud ocupa el pensamiento de las personas con ICC: *sí, uno se queda pensando en lo que le sucedió* (O-008-2). Entonces, para evitar esta situación se proponen “ocupar la mente”, y la manera de hacerlo es retomar las actividades que se hacían anteriormente y que no requieren mucho esfuerzo, como preparar los alimentos o cuidar el jardín.

Utilizar redes de apoyo. La familia es una de las fuentes más importantes de apoyo social, el cual hace parte del cuidado informal brindado por amigos, parientes y vecinos: *mi hijo me suministra las pastillas, me atiende cuando necesito, está pendiente de mí* (G-005-2), *tratan de que yo haga ejercicio* (O-008-4); *mi mejor apoyo es la presencia de mi esposa y mis hijos* (O-008-1).

Lo espiritual. Para estos pacientes la espiritualidad se constituye en una forma de apoyo que habitualmente encuentra su mayor manifestación en las prácticas religiosas: *arriba de Dios no hay casitas, tal vez no te alivie, pero te para de la enfermedad* (O-007-5), *Yo rezo todos los días, me dediqué a la oración, te digo que no me provocaba sino orar, ir a misa, o a seminarios cuando puedo* (ARG-002-1).

Discusión

Para las personas entrevistadas vivir con una enfermedad del corazón como es la insuficiencia cardiaca crónica, despierta la conciencia de la propia muerte, desafiando a los pacientes a aceptarla como parte de la vida. Esta enfermedad marca un cambio en la forma de ver y relacionarse con el mundo; hace más evidente la fragilidad de la vida, pone a prueba los valores y principios que guían la existencia y modifica sustancialmente la forma de estar en el mundo.

Ahora, la muerte se percibe como un hecho cercano, que se afianza con las restricciones que la enfermedad les impone. Por otra parte, sus cuerpos han perdido la capacidad de realizar las actividades que les eran cotidianas, por lo tanto, estas limitaciones, acompañadas de los síntomas respectivos de esta enfermedad, les impide retomar sus funciones laborales y personales, incluso, en algunos casos, se dificulta su propio cuidado, afectando la percepción que tienen de sí mismos.

Para evitar el progreso de la enfermedad, las indicaciones médicas van dirigidas a modificar algunos hábitos en la comida, la bebida y el cigarrillo, recomendaciones que parecen sencillas, mas los pacientes consideran “pequeños placeres” que

hacen grata la vida y que por la enfermedad requieren modificarse, algunas veces, con sacrificio y renuncia. De esta manera, la situación se torna en una verdadera tortura.

Como consecuencia de esta nueva condición de salud, se requieren encontrar nuevas formas de desempeñarse en sus actividades físicas, laborales y familiares. Según Strauss,¹⁶ cuando se diagnóstica una enfermedad crónica, la persona, definida como “paciente”, requiere de nuevos aprendizajes para lidiar con los efectos de la enfermedad y el tratamiento.

Las personas entrevistadas, una vez pasan la etapa del diagnóstico, empiezan a entender su situación, inician un proceso de aceptación de su nueva condición de enfermo, que incluye la participación activa en el control de su enfermedad, aspecto que a su vez les ayuda a disminuir la incertidumbre frente a la muerte. Como parte de los nuevos aprendizajes, realizan ajustes en su forma de vivir incluyendo en ella las indicaciones médicas como realizar ejercicio en forma mesurada y regular, evitar las comidas “dañinas”, el licor y el cigarrillo, así mismo, ser puntuales en el consumo de los medicamentos prescritos; aprenden a sentir sus cuerpos y a reconocer los cambios para atenderlos oportunamente, e implementan actividades que no requieran un gran esfuerzo físico, pero que les permita sentirse útiles y mantener la mente ocupada.

El apoyo familiar es una de las fuentes más importantes de apoyo social, hace parte del cuidado informal brindado por amigos, parientes y vecinos: sentir el calor, el afecto, la presencia y contar con la colaboración de estas personas fortalece su fuerza interior, para continuar el camino y enfrentar con valor los cambios que les impone la presencia de la enfermedad. Para estas personas, la espiritualidad es apreciada en los mismos términos planteados por Resnick:¹⁷ “como una auténtica e innegable sensación de saber, en el corazón y las entrañas, que formamos parte de algo bueno que es más grande que nosotros”. Es así cómo la espiritualidad se constituye en una forma de apoyo que habitualmente encuentra su mayor manifestación en las prácticas religiosas, las cuales dotan de sentido la enfermedad, al imprimirle

una especie de trascendencia que les ayuda a vivir con la posibilidad cercana de su propia muerte.

La creencia en un ser superior que tiene poder sobre todos los acontecimientos, en especial sobre aquellos en los cuales las acciones humanas encuentran su límite, es una forma de contar con una ayuda especial, en la que pueden confiar para entregarse en sus manos. Esto les mantiene la esperanza; además, los libera un poco de la culpa, al estar convencidos de que la enfermedad se produce por voluntad divina.

Los servicios de salud, en el intento de prolongar la vida de estos pacientes, encaminan todas sus acciones a mejorar las condiciones físicas, sin enfatizar en los aspectos humanos que dotan de sentido la existencia; esto hace que se dificulte para los pacientes la aceptación de la enfermedad y la muerte como parte del proceso de vivir.

La disciplina de enfermería debe ocuparse por cuidar, no sólo desde la perspectiva de la vida, sino también, desde la perspectiva de la muerte, entendiendo que es una cuestión difícil de abordar, pues requiere de nuevos conocimientos.

El acompañamiento de estas personas, quienes viven bajo inminencia de muerte, requiere, como parte del cuidado de enfermería, establecer una empatía que facilite el acercamiento durante esos procesos internos que tocan con su humanidad, como son el miedo y la angustia. Es aquí cuando el silencio y la comunicación se convierten en asuntos relevantes, para ser cuidados como seres integrales, con necesidades de afecto y apoyo para enfrentar la enfermedad, comprender su sufrimiento y dotar de sentido la existencia y la muerte.

Esta investigación es un acercamiento a quienes abrieron su corazón y facilitaron el camino para entender el proceso de padecer una enfermedad desde sus sentimientos, comportamientos y pensamientos, aspectos que enseñan el valor de lo humano y cuya profundidad no es posible plasmar en su totalidad con estas palabras.

El conocimiento aportado por esta investigación acerca de cómo viven las personas con una insuficiencia cardíaca, cuya percepción de la inminencia

de la muerte es constante, debe llevar a los profesionales de enfermería a modificar su actitud frente a los procesos de cuidado que se brindan durante las consultas. Esta nueva actitud requiere fortalecer la interacción enfermera-paciente en la cual se fomente un diálogo empático y abierto en el cual el paciente se sienta con plena libertad de expresar sus sentimientos sin temor a ser juzgado, como tampoco que sienta que a lastima a las personas que ama al manifestarles sus miedos y tristezas.

Un diálogo que motive en el paciente la verbalización de emociones reprimidas frente a la enfermedad, sus causas y consecuencias, en el que el profesional de enfermería es interlocutor que posee una escucha activa y que de forma intencionada se propone pasar de una conversación racional, que sólo busca las causas físicas y la adherencia a tratamientos para su enfermedad, a una visión integral del otro, que tenga como base los sentimientos, valores y representaciones del paciente.¹⁸

Un diálogo que como plantea Heidegger¹⁹ permita “cuidar al otro sin sustituirle sino más bien ayudarlo, no consiste en imponerle unas pautas de conductas ajenas a él, sino más bien contribuir a la realización de su proyecto personal” En este acercamiento entre el profesional de enfermería y el paciente se dan dos procesos subjetivos que favorecen el cuidado, uno, desde los conocimientos técnicos y el otro desde el conocimiento de sí mismo. Desde este último, las personas con una insuficiencia cardíaca, requieren despertar o aclarar la conciencia de sus propias emociones y comprender la posibilidad de modificarlas como principio del cambio interior que necesitan para afrontar la inminencia de muerte; así mismo, percibir que, independiente de la condición física, el acercamiento a sus sentimientos les permite recobrar su fortaleza para ocuparse de sí, como una forma de buscar su bienestar y retomar sus vidas.

El profesional de enfermería debe buscar la comprensión del mundo del paciente y la posibilidad de cambiar las concepciones que tiene frente a la capacidad de las personas para afrontar la enfermedad y la muerte; tal vez se requiere modificar un dicho popular de nuestra cultura que dice “no hay que ver para creer” sino que “hay que creer

para ver”, de manera que, comprendiendo sus estados emocionales, puedan lograr una nueva y grata vida; y que el cuidado de sus cuerpos deje de ser una lucha diaria.

Desde su práctica cotidiana, los profesionales de enfermería deben favorecer en el paciente la comprensión de sus emociones y como estas se reflejan en ellos, pues, como lo dice Benner,²⁰ requiere una actitud activa de empatía, de sentir con el otro; comprender supone la imposibilidad de considerar al otro como un objeto de atención ya que significa hacerse cargo, esto es, compartir la carga que el otro lleva y considerarlo como sujeto.

Este acercamiento entre el profesional de enfermería y el paciente, es el elemento esencial para lograr resultados significativos en la fase de recuperación. La posibilidad de considerar los sentimientos y pensamientos del paciente desde la perspectiva de pensar en el otro, permitirá establecer una relación profesional más abierta que posibilite la aceptación de los cambios sufridos, como también la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Referencias

1. ACC/AHA. Guidelines for the evaluation and management of heart failure in the adult. Washington: American College of Cardiology; 2001. p.1-20.
2. Sochalski J, Jaarsma T, Krumholz HM, Laramee A, McMurray JJV, Naylor MD et al. What works in chronic care management: The case of heart failure. *Health Aff.* 2009;28(1):179-89.
3. Watson RDS, Gibbs CR, Lip GYH. ABC of heart failure: clinical features and complications. *BMJ.* 2000;320(4229):236-9.
4. Sarten B. Coenzyme Q10 and cardiovascular disease: a review. *J Cardiovasc Nurs.* 2002;16(4):9-20.
5. Bennett SJ, Oldridge NB, Eckert GJ. Comparison of quality of life measures in heart failure. *Nurs Res.* 2003;52(4):207-16.
6. Bosworth HB, Steinhauser KE, Orr M, Lindquist JH, Grambow SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging Ment Health.* 2004;8(1):83-91.
7. Gómez M, Sabeth E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Madrid: Universidad de Salamanca; 2000.
8. Powers BJ, Danus S, Grubber JM, Olsen MK, Oddone EZ, Bosworth HB. The effectiveness of personalized coronary heart disease and stroke risk communication. *Am Heart J.* 2011;161(4):673-80.
9. Europe E, Tyni-Lenné R. Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart Lung.* 2004;33(4):227-34.
10. Mercado F. El infierno y la gloria: experiencias de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara; 1996. p.10-60.
11. Galeano Marín ME. Estrategia de la investigación social cualitativa el giro de la Mirada. Medellín: La Carreta; 2004.
12. Strauss A, Corbi J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
13. Minayo MC. O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. Río de Janeiro: Hucitec Abrasco; 1999. p. 90-158.
14. Nieswiadomy R. Foundations of nursing research. 3 ed. Stamford: Appleton y Lange; 1998.
15. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
16. Strauss A. Investigación sobre las enfermedades crónicas y su manejo. En: De La Cuesta C. Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001. p. 279-300.
17. National Cancer Institute. La espiritualidad en el tratamiento del cáncer [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2007 [acceso 2007 jun 18]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/patient/allpages/print>
18. Heidegger M. El Ser y el tiempo. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1997.
19. Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Madrid: Elsevier España; 2003.
20. Benner P, Wrubel J. The primacy of caring. Stress and coping in health and illness. Boston: Addison-Wesley Pub. Co.; 1989.