

Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria

Meaning of self in the person living with coronary heart disease

Clara Victoria Bastidas Sánchez¹, Madeleine Cecilia Olivella Fernández²,
Claudia Patricia Bonilla Ibáñez³

Resumen

Objetivo: Esta investigación describe qué significa el autocuidado para las personas que viven con enfermedad coronaria en la ciudad de Ibagué (Colombia) durante junio de 2011.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de abordaje cualitativo, muestreo aleatorio por conveniencia, tomando las direcciones de la base de datos de personas que consultan en el Hospital Federico Lleras Acosta. Los criterios de inclusión fueron: tener un diagnóstico médico de enfermedad coronaria hace más de 5 años, contar con aval institucional de la Universidad del Tolima y el Hospital Federico Lleras. Previa cita y consentimiento informado para la participación en la investigación, se entrevistó a 8 personas.

Resultados: Se destaca que el significado del autocuidado en las personas con enfermedad coronaria se enmarca en cinco dimensiones: cambio en el estilo de vida, espiritual y de apoyo familiar, farmacológico, nutricional, actividad en la casa y ejercicio físico.

Conclusiones: Se evidencia que todos los pacientes no aprenden de la misma forma; lo anterior depende de que realmente haya un cambio de actitud y, específicamente, que las personas entiendan que son ellos y cada uno los responsables de mejorar su condición de salud a través de las acciones de autocuidado.

Palabras clave: significado, autocuidado, enfermedad coronaria.

Abstract

Objective: This research describes self-care means for people living with heart disease in the city of Ibagué during the month of June 2011.

Materials and methods: A qualitative approach for convenience random sampling, taking the address of the database of people consulting Federico Lleras Acosta Hospital. Inclusion

Fecha de recepción: 14 de octubre de 2014
Fecha de aceptación: 22 de noviembre de 2014

¹ Docente de planta TC Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. Enfermera especialista. Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular. cvbastid@ut.edu.co

² Docente de planta TC Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. Enfermera especialista. Magíster en Enfermería con énfasis en Paciente Crónico. mcolivel@ut.edu.co

³ Docente de planta TC Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular. cbonilla@edu.co

Correspondencia: Clara Victoria Bastidas Sánchez. Conjunto Residencial Alameda, Etapa B, Interior 2, apartamento 102. Calle 69 n° 5ª-33. Teléfono 82742810. Móvil 3168781082. cvbastid@ut.edu.co

criteria were: Having a medical diagnosis of coronary heart disease more than five years ago, has institutional endorsement of the University of Tolima and Federico Lleras Hospital. By appointment and informed consent for participation in research, were interviewed 8 people.

Results: highlighted that the meaning of self-care in people with coronary heart disease falls into five dimensions: change in lifestyle, spiritual and family support, pharmacological, nutritional, household activity and exercise.

Conclusions: We found that all patients do not learn in the same way, the above depends really have a change of attitude and specifically that people understand that they are each responsible and improve their health status through actions self-care.

Keywords: meaning, self-care, coronary heart disease.

INTRODUCCIÓN

La situación actual de las enfermedades cardiovasculares se encuentra bastante documentada (2-4). La agencia de prensa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2012, en la celebración del Día del Corazón, publicó que las muertes por enfermedad cardiovascular afectan por igual a ambos sexos, y más del 80 % se producen en países de ingresos bajos y medios.

Actividades diarias como la actividad física de 30 minutos, baja ingesta de sodio y grasas, unidas a la toma de la medicación prescrita, el control de la tensión arterial y las visitas médicas periódicas, comprenden la realidad de un enfermo cardiovascular. Sin embargo, introyectar estas actividades como parte de la cotidianidad no es fácil; muchas de ellas son asumidas como carga y no como forma de vida.

La investigación en enfermería actual indaga sobre el significado de los fenómenos; a través del lenguaje se investiga sobre la expresión del significado desde las experiencias para comprender e interpretar a la persona y su medio ambiente, acercándose al otro en la cotidianidad (1).

Observar los fenómenos a profundidad permite comprender la realidad desde la mirada de sus protagonistas, confrontando el pensamiento de los actores con la información científica en salud; para el caso específico se pretende indagar qué significa el autocuidado para las personas con enfermedad cardiovascular; y se confronta si estos significados que emergen en la investigación se enmarcan totalmente en lo que la bibliografía describe como autocuidado para la enfermedad cardiovascular en la actualidad.

La mortalidad por eventos coronarios agudos muestra una disminución; esto se relaciona con la creación de unidades de cuidado coronario, manejo intervencionista, sistemas de traslados y la concientización de las personas sobre la necesidad del autocuidado y el tratamiento precoz. También, al beneficio terapéutico de algunos medicamentos que disminuyen la mortalidad en estos casos (5).

Existe una importante brecha entre la eficacia de estos tratamientos en contextos de investigación controlada y la efectividad alcanzada en la práctica cotidiana. Las causas más importantes del distanciamiento son: adherencia insuficiente, inercia clínica, barreras en el acceso a la atención, sistema

de atención fragmentado, enfoque centrado en la enfermedad y falta de coordinación del cuidado de salud (6).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de abordaje cualitativo; se realizó muestreo no probabilístico discrecional de la base de datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. Se hizo entrevista a profundidad; cada entrevista fue grabada en su totalidad y convertida a texto de Word, formato RTF, teniendo en cuenta elementos no verbales. Se explicó, concertó y diligenció el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico médico de enfermedad coronaria hace 5 años, estar en tratamiento, sin alteración en la esfera mental y disposición a participar.

Se entrevistó a 8 personas; a partir de allí no se produjeron nuevos atributos en los datos (saturación teórica). Las entrevistas fueron realizadas por un investigador. Las preguntas se crearon a partir de la literatura relacionada con significados de autocuidado, premisas del Modelo de Orem para el concepto de autocuidado y opinión de los investigadores del grupo.

Se utilizó el análisis de contenido, la identificación de constructos, a partir de citas o frases expresadas por los participantes; estas condujeron a conformar una red semántica acorde con su finalidad. Posteriormente se codificaron, y se conformó la gran familia de significados. Se realizó análisis manual y con el software Atlas Ti, Versión 6.0, el cual permite consolidar las respuestas, realizar análisis sistemáticos, establecer relaciones entre los datos agrupados de los fenómenos

estudiados y brinda una nueva perspectiva interpretativa sobre el material que se va a estudiar.

RESULTADOS

Para las personas encuestadas, autocuidarse tiene un significado semejante entre ellas, lo cual está descrito dentro unos códigos que conforman unas categorías (dimensiones). A continuación se enuncian:

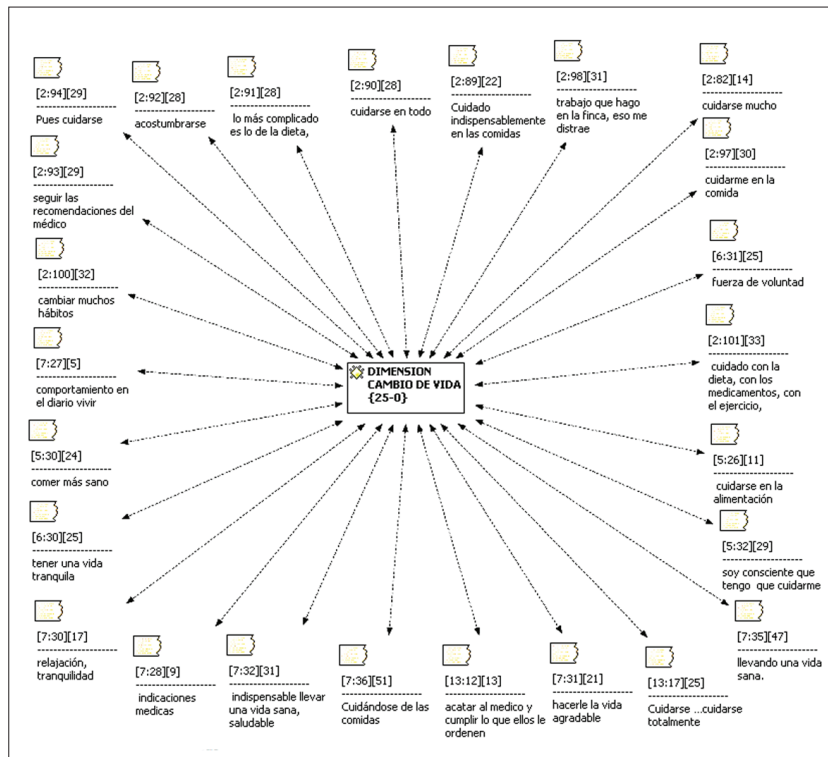
1. Dimensión cambio del estilo de vida.
2. Dimensión espiritual y apoyo familiar.
3. Dimensión farmacológica.
4. Dimensión nutricional.
5. Dimensión actividad en la casa y ejercicio físico.

Dimensión cambio del estilo de vida

“Cuidarme es cambiar mi vida”. Para la mayoría de los participantes: es importante hacer cambios en el estilo de vida, modificando hábitos alimenticios; cuidarse mucho, asumido como tener restricciones en la dieta, ejercicio, la toma de medicamentos y acatar las recomendaciones médicas. Poner de su parte, la iniciativa, debe salir de sí mismo.

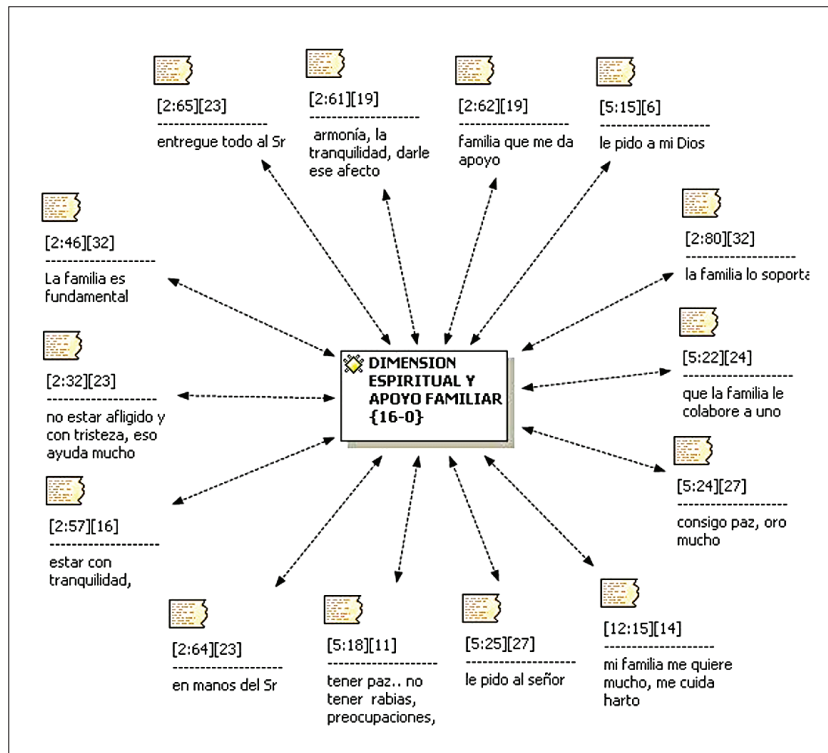
Dimensión espiritual y apoyo familiar

“Cuidarme es apoyarme en Dios y en mi familia”. Reconocen la presencia de Dios en sus vidas y cómo se refugian en él cuando se sienten enfermos; esto hace la enfermedad “más llevadera y les da paz”.



Fuente: Los investigadores.

Gráfico 1. Categoría Dimensión cambio del estilo de vida



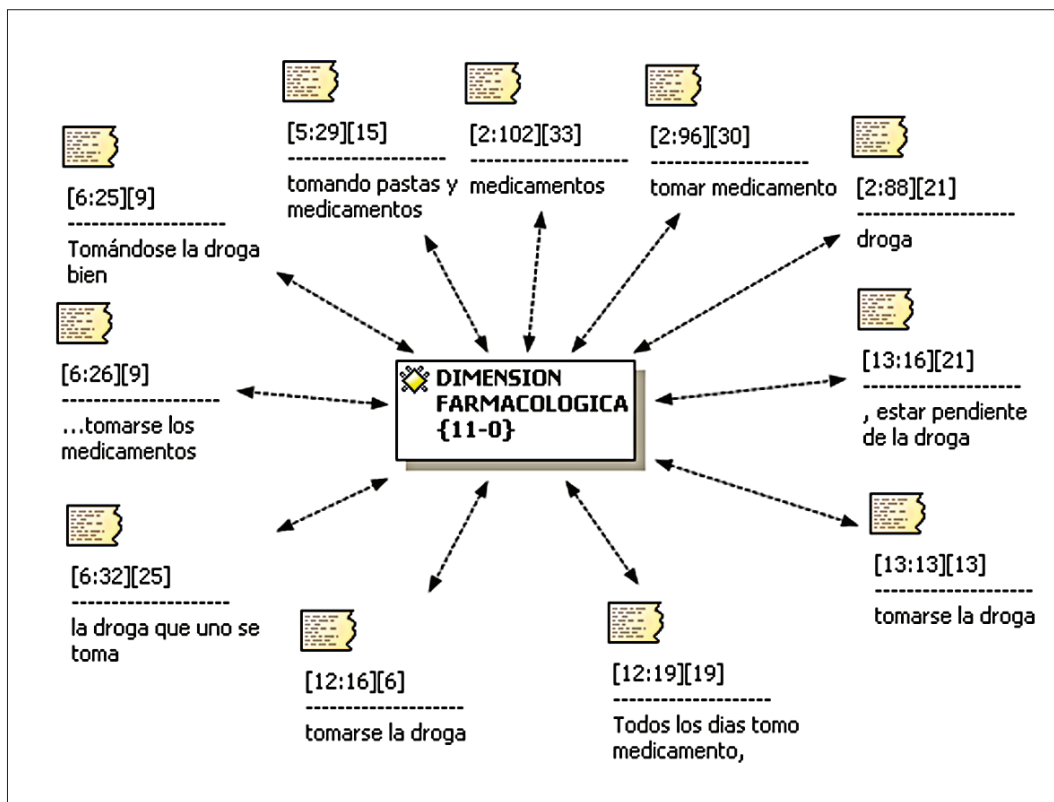
Fuente: Los investigadores.

Gráfico 2. Categoría Dimensión espiritual y apoyo familiar

Dimensión farmacológica

“Cuidarme es tomarme la droga”. Reconocen que es importante acatar a las recomendaciones hechas por el médico en cuanto a tomar

los medicamentos todos los días; reconocen algunos alimentos que disminuyen o aumentan el efecto de los mismos.



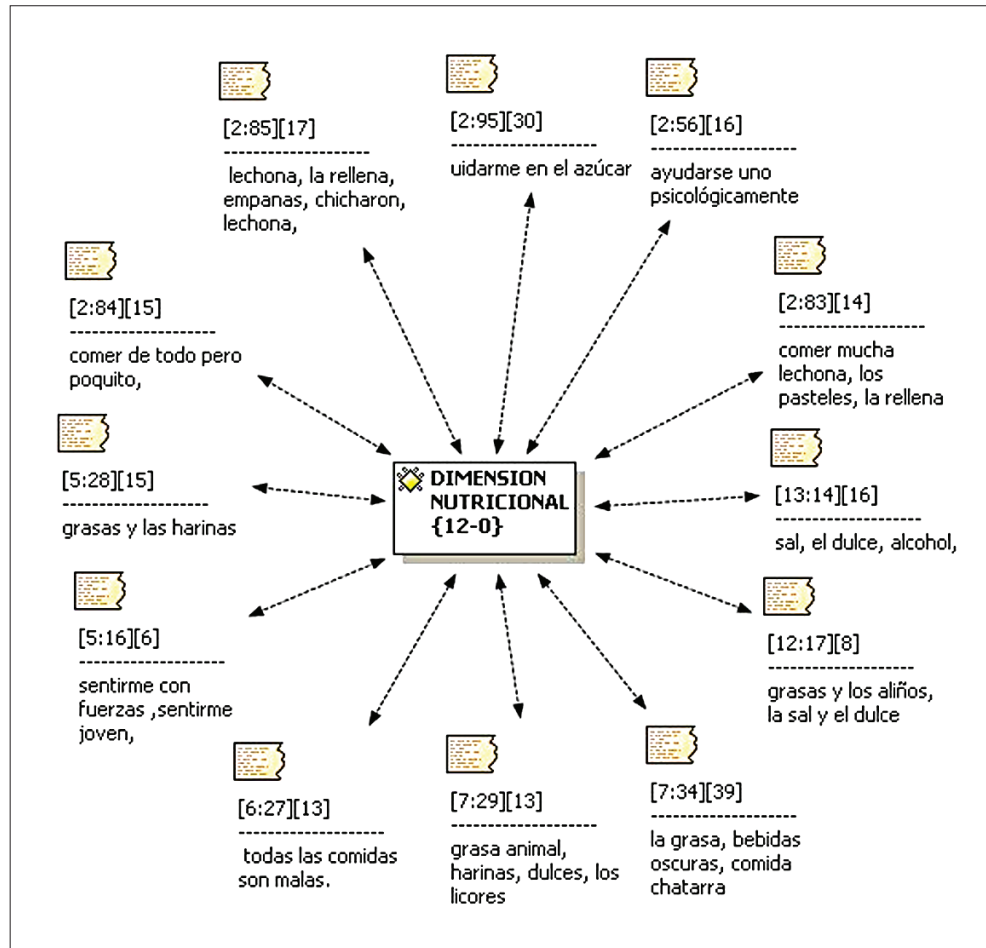
Fuente: Los investigadores.

Gráfico 3. Categoría Dimensión farmacológica

Dimensión nutricional

“Cuidarme es comer bien”. (consideran que los cambios en la dieta ocasionan incomodidad, que lo hacen porque “toca” si se quieren mejorar; o dicen que en oportunidades comen de todo y perciben que les hace daño, que

es más difícil para las mujeres abstenerse de comer si son ellas las que preparan los alimentos. Es relevante para todos los participantes que el comer dulces, harinas, grasas, comidas fritas es perjudicial para la salud.



Fuente: Los investigadores.

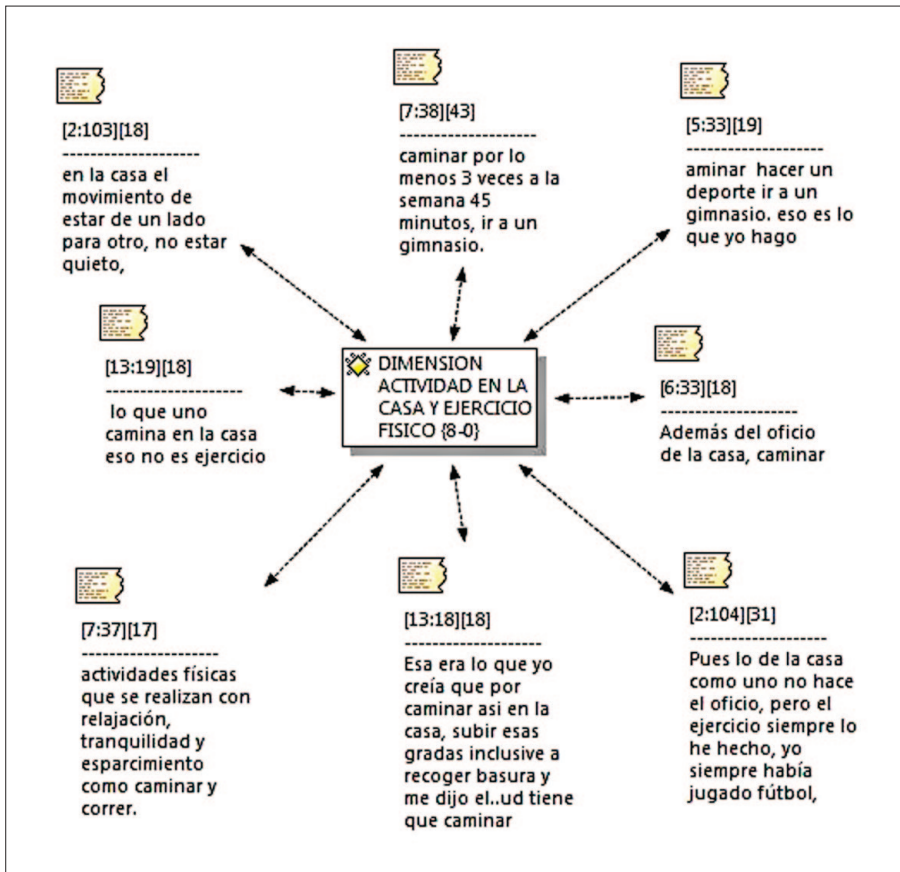
Gráfico 4. Categoría Dimensión nutricional

Dimensión actividad en la casa y ejercicio físico

“Cuidarme es tener actividad, caminar, hacer ejercicio y oficios en la casa”. Los oficios diarios de la casa para ellos significa hacer ejercicio. Su actividad física más importante es caminar; otros reconocen la importancia del ejercicio, pero por su capacidad funcional no la pueden realizar.

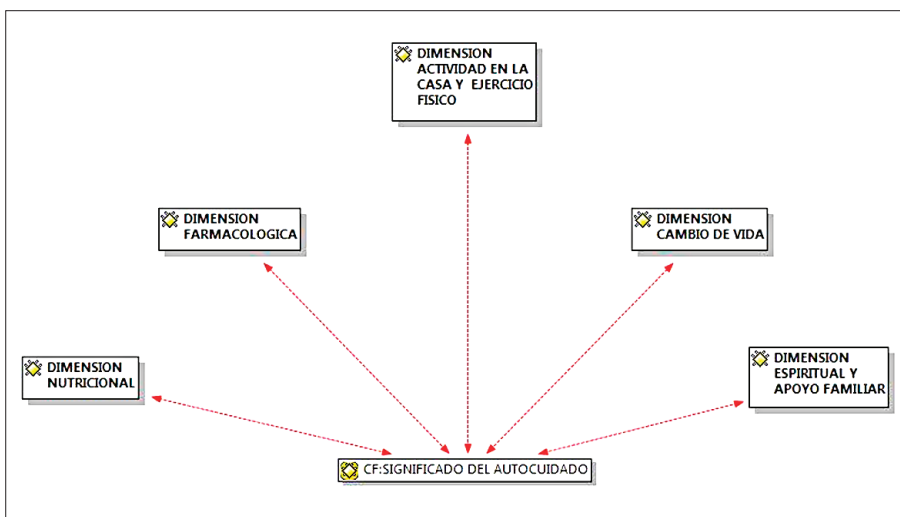
Autocuidado

El significado que tiene el autocuidado para este grupo de personas está relacionada con: dimensión nutricional, espiritual y apoyo familiar, actividad en la casa y ejercicio físico, farmacológica y cambios en el estilo de vida.



Fuente: Los investigadores.

Gráfico 5. Categoría Dimensión actividad en la casa y ejercicio físico



Fuente: Los investigadores.

Gráfico 6. Significado de autocuidado

El objetivo general de la prevención cardiovascular en los pacientes con enfermedad cardiovascular es reducir los riesgos de sufrir nuevos episodios ateroscleróticos, prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida. La evidencia científica de que las intervenciones sobre el estilo de vida, el control de otros factores de riesgo y el uso apropiado de medicación cardioprotectora pueden reducir el riesgo de recurrencia de un episodio cardiovascular es concluyente.

Salvar la vida de las personas que sufren un ataque de corazón no es suficiente, y es necesaria una inversión urgente en prevención para abordar las causas de la enfermedad cardíaca que derivan del estilo de vida. "Salvar el miocardio con isquemia aguda sin abordar las causas subyacentes de la enfermedad es inútil; tenemos que invertir en prevención" (7).

El tratamiento no farmacológico se tornó como parte indispensable de la terapéutica de la insuficiencia cardíaca, en la cual la no adopción de las medidas recomendadas pone en riesgo la eficacia y la efectividad del tratamiento, lo cual compromete la estabilidad clínica de los pacientes (2). Dentro del contexto del abordaje no farmacológico, algunos estudios recomiendan orientaciones para pacientes con insuficiencia cardíaca sobre la definición de la enfermedad y sus causas, reconocimiento de señales y síntomas de descompensación, control de sal y de líquidos, actividad física, control de peso, vacunación anual y uso correcto de medicaciones (8).

3. DISCUSIÓN

Dimensión cambio del estilo de vida

Los elementos descritos por el grupo entrevistado se asemejan al concepto de autocuidado según Orem, el cual se fundamenta en

la premisa de que los individuos tienen la potencialidad para desarrollar sus habilidades intelectuales y prácticas y la motivación esencial para el autocuidado (9).

La enfermería propende por potencializar las capacidades, y así lograr la meta de enfermería de empoderar a las personas para que satisfagan sus necesidades de autocuidado ayudándoles a desarrollar y ejercer sus capacidades de autocuidado (agencia) (9).

Enfrentar la enfermedad requiere cambios en la propia vida; de allí que el autocuidado se constituye en un elemento esperanzador para aquellos que viven en situación de cronicidad.

La investigación actual ha reportado como un vacío importante el conocimiento disponible para enfrentar enfermedades crónicas, el papel que juega la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, y ha mostrado que existen gran cantidad de elementos complejos que van más allá de la propia persona y la situación de vida del enfermo y que impiden el afrontar la cronicidad con toda la complejidad que este fenómeno constituye.

Dimensión espiritual y apoyo familiar

Los seres humanos son espirituales, y muchos de ellos religiosos. Sus creencias les ayudan a afrontar las diferentes experiencias de la vida. La espiritualidad es parte de la totalidad del ser; tan es así que la integridad espiritual ha sido descrita como una necesidad básica humana (10).

El apoyo familiar en cuanto a lo económico, compañía, colaboración, afecto, y cómo estos se tienen que acoplar a las diferentes modificaciones en el estilo de vida, lo consideran muy importante.

En algunos estudios sobre enfermedades crónicas se dice que existen patrones de adaptación, como la aceptación reflexiva, los conflictos provocados por la incapacidad, la exageración de la dependencia, la demanda de más ayuda y una sensación de incapacidad para afrontar los acontecimientos, con la consiguiente tristeza y sentimientos de desesperanza que la persona enferma puede no reconocer inicialmente, y se encontró que la responsabilidad es necesaria para el autocuidado (11).

El apoyo social amortigua los efectos adversos de la enfermedad; hay numerosos datos que apoyan la idea de que las personas que cuentan con buenas redes sociales se adaptan fácilmente a su enfermedad y mejoran la adherencia. El apoyo social protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento (12).

Dimensión farmacológica

Las medidas generales, no farmacológicas, tienen tanta importancia como las farmacológicas y de su cumplimiento dependerán en gran parte el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. De acuerdo con la OMS, la adherencia "es el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria"(13).

Este comportamiento humano implica compromiso y responsabilidad de las personas con el cuidado y mantenimiento de su salud. La adherencia es un factor importante, sus-

ceptible de ser modificable y compromete los resultados en los tratamientos instaurados: la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida conduce a un comportamiento contrario al autocuidado (14).

El tratamiento de pacientes con enfermedad coronaria incluye terapia farmacológica y no farmacológica, con comprobado impacto en la reducción de la mortalidad y en la mejoría de la calidad de vida (2).

Algunos estudios han reforzado que el entendimiento de los pacientes acerca de la enfermedad, de los beneficios del uso regular de las medicaciones y de las alteraciones del estilo de vida disminuyen las crisis de descompensación y, por consiguiente, reducen las readmisiones hospitalarias (8).

Dimensión nutricional

Diversos estudios epidemiológicos desarrollados a partir de la década de los sesenta, entre los que figura como más representativo el estudio de 7 países, dejaron constancia de la estrecha relación entre el consumo de grasa y de ciertos tipos de ácidos grasos con la enfermedad cardiovascular (ECV) (2). Se implicó por vez primera a las grasas saturadas y al colesterol como los elementos nutricionales directamente más relacionados en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (ECV), mientras que las grasas insaturadas ejercían un efecto opuesto. El tipo de dieta de cada población es el principal determinante de las manifestaciones clínicas de la enfermedad cardiovascular (15).

Dimensión actividad en la casa y ejercicio físico

Se evidenció que la mayoría de los pacientes cardiovasculares valorados no asumían la patología cardiovascular como una problemática con graves afectaciones físicas, por lo que había una descentralización de los síntomas somáticos de la patología y poca vulnerabilidad percibida o percepción de riesgo frente a la enfermedad cardiovascular. Este dato es llamativo, puesto que los modelos de salud indican que la presencia de poca percepción de riesgo es un factor relevante frente a la adopción de prácticas saludables, siendo, por lo tanto, un pobre predictor de adherencia al tratamiento en términos de conductas saludables (16).

Para las personas que participaron en el estudio, hacer ejercicio lleva consigo implícito la incapacidad de la enfermedad para realizar el mismo y considerar el oficio de la casa como ejercicio; identifican que los efectos del ejercicio físico no son solamente específicos, como puede ocurrir con otros componentes de la intervención terapéutica, sino que suelen generalizarse a otros factores de riesgo de la enfermedad, tales como la disminución del colesterol, la reducción de la presión arterial, la mejora en la reactividad emocional y la optimización del ajuste psicológico (17).

El significado del Autocuidado

Los entrevistados abordan el autocuidado como algo que el prestador de salud les ha mandado, pero por diversas situaciones no se realizan. Entre estas mencionan desde la pereza hasta el compromiso funcional; siendo este hallazgo compatible con lo reportado en la bibliografía respecto a reconocer que el autocuidado es un componente central

de la gestión de los pacientes, pero que muy pocas personas con enfermedades cardiovasculares son capaces de participar de manera adecuada en las conductas de autocuidado. De hecho, el autocuidado pobre es el responsable de hasta la mitad de los ingresos hospitalarios (18).

Facilitar el autocuidado puede optimizar los resultados clínicos (19). Los significados que emergen en las personas son congruentes con lo que la bibliografía define como Autocuidado: "Cuidarse en la alimentación, dejar las grasas, dejar las harinas, la sal, caminar, hacer deporte"; sin embargo, se debe realizar más investigación encaminada a definir estrategias para asumir la enfermedad y el autocuidado.

Las cinco dimensiones aquí presentadas se relacionan con el Autocuidado en cuanto que influyen directamente en la relación que el paciente tiene con el manejo o afrontamiento de su enfermedad.

CONCLUSIONES

1. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida salud o bienestar (8). De acuerdo con esta definición aportada por Orem, en los resultados de esta investigación se encontró que en el abordaje del autocuidado se evidencian dimensiones que agrupan esas actividades autorreguladoras. En la *Dimensión farmacológica* se observa lo concerniente a tomarse la medicación como actividad esencial del

autocuidado; en la *Dimensión nutricional*, cuidarse en la alimentación; en la *Dimensión espiritual*, el apoyo familiar y el afecto de la familia, de igual manera la confianza y la fe puesta en Dios; y en la *Dimensión actividad en la casa y ejercicio físico*, lo esencial es la realización de ejercicio y actividad física.

Se evidencia que todos los pacientes no aprenden de la misma forma; su cognición, interpretación e implementación del aprendizaje no se ejecuta igual. De lo anterior, depende que realmente haya un cambio de actitud y, específicamente, que las personas comprendan que son ellos y cada uno los responsables de mejorar su condición de salud a través de las acciones de Autocuidado.

2. Es necesario socializar los avances en la conceptualización de autocuidado desde la disciplina de enfermería, trascendiendo a otras disciplinas de las ciencias de la salud. Existe confusión con relación al término "Autocuidado". En la bibliografía se reporta el desconocimiento a profundidad del significado de este término.
3. Realizar estudios e intervenciones en autocuidado multidisciplinarios, ya que esto fortalecería no solamente la disciplina sino también el conocimiento e introspección del concepto de Autocuidado en otras dimensiones del conocimiento y la práctica de salud.

El fomento del Autocuidado en la enfermedad coronaria requiere del reconocimiento de la agencia de autocuidado como algo en lo que cada persona debe tomar parte: "porque si uno... no la cuida, otra persona no se la cuida a uno, porque es de uno mismo".

4. El significado del autocuidado en estas personas es asumido como una tarea vital: "si uno no se cuida... más ligero... se muere". El reto para estas personas "radica en la capacidad para cuidar de sí mismos, reconocer y manejar sus síntomas, adherirse a un régimen de tratamiento muy complejo, y adaptar los mecanismos existentes o establecer nuevos comportamientos de conducta para mejorar la salud o prevenir las exacerbaciones" (20).
5. El autocuidado es abordado como algo que impide que la enfermedad avance, pero que debió ser asumido desde antes de estar enfermos. Esta situación podría ser negativa para las personas que viven con esta enfermedad, debido a que asumir que ya a pesar de lo que se haga siempre van a morir, no les permite apropiarse del autocuidado: "Uno de algún mal se tiene que morir".
6. Es necesario investigar el fenómeno del autocuidado y la implementación de estrategias que permitan al profesional de enfermería realizar un trabajo disciplinar de acompañamiento en las realizaciones de las actividades diarias de estas personas, que les garantice una mejor calidad de vida. "El hecho de que en sólo uno de cada 10 pacientes con insuficiencia cardíaca se pueda esperar que domine su autocuidado, ilustra la importancia de encontrar maneras para desarrollar investigación al respecto" (21).
7. La investigación en autocuidado podría dirigirse a desarrollar estrategias de acompañamiento enfermero(a), debido a que los entrevistados manifiestan la necesidad de realizar actividades de autocuidado diarias para mantenerse estable: "Se debe tener un comportamiento en el diario vivir".

8. Publicar los resultados de las intervenciones educativas como mecanismo para producir evidencia científica en enfermería. "La publicación de guías de práctica clínica sugiere que los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y los miembros de su familia o cuidadores, deben recibir educación individualizada y el asesoramiento que hace hincapié en el autocuidado; sin embargo, los datos para orientar la educación familiar y atención en la insuficiencia cardíaca son escasos" (22).

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: artículo producto de investigación, financiada con recursos de la Oficina de Investigaciones y Desarrollo científico Universidad del Tolima

REFERENCIAS

- Parrado Lozano YM, Caro Castillo CV. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. *Avances en Enfermería* 2008; XXVI (2): 116-125.
- Almaguer López M, Herrera Valdés R, Pérez Oliva Díaz J. Epidemia global de enfermedades vasculares crónicas. Un nuevo paradigma y desafío. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2007; 6(3):1-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=180417641008>
- Lares M, Velazco Y, Brito S, Hernández P, Mata C. Evaluación del estado nutricional en la detección de factores de riesgo cardiovascular en una población adulta. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* 2011; 6(1):1-7.
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
- Baigent C, Keech A, Kearney PM et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005;366(9493):1267-78. Errata en *Lancet* 2005;366(9494):1358. *Lancet* 2008;371(9630):2084. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16214597>. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67394-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67394-1)
- Navarro Estrada JM, Gastón Perman H y col. Protocolo de efectividad de un programa de prevención secundaria de eventos coronarios. *Revista Hospital Italiano* 2011; 31 (1): 9-13.
- Kornelia Kotseva. El tratamiento de pacientes con enfermedad coronaria no cumple las normas de las guías europeas: resultados de las encuestas euro aspire. *Revista Española de Cardiología* 2009; 62(10):1095-1098. DOI: 10.1016/S0300-8932(09)72377-2
- Rabelo ER, Mantovani VM, Aliti GB, Domingues FB. Adaptación transcultural y validación de un cuestionario de conocimiento de la enfermedad y autocuidado para una muestra de la población brasileña de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Latino-Americana. Enfermagem* 2011;19(2): [09 pantallas]. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_08.pdf
- Orem D. *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica*. 4ª ed. España: Masson; 1993.
- Sánchez Herrera B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan* 2009 ; 9(1): 8-12.
- Rodríguez J, Zurriaga R. *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada (España): Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997.
- Achury Saldaña DM. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Aquichan* 2007 ; 7(2):139-160.
- Barisani JL. Consenso de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca Crónica. *Revista argentina de cardiología* 2010; 78(2):166-181. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482010000200016&lng=es
- Velandia Arias A, Rivera Álvarez LN. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo

- cardiovascular. *Revista Salud Pública* 2009 ;11 (4): 538-548.
15. Miguel A Rubio. Dieta y prevención de enfermedad coronaria. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis* 2010; 22 (Supl 2):58-69.
 16. Silva Fernández CS, Agudelo Vélez DM. *Acta colombiana de psicología Universidad Pontificia Bolivariana* 2011 (1): 47-60.
 17. Pelegrín Muñoz A, García Ucha FE, Garcés de Los Fayos EJ. Prevención de los trastornos cardiovasculares: una propuesta de actuación desde la actividad física y el entrenamiento psicológico. *Psicología y Salud* 2009; 19(2): 261-269.
 18. Vaughan Dickson V, Buck H, Riegel B. A Qualitative Meta-Analysis of Heart Failure Self-Care Practices Among Individuals With Multiple Comorbid Conditions. *Journal of Cardiac Failure* 17 (Issue 5), 413-419. DOI: 10.1016/j.cardfail.2010.11.011.
 19. Evangelista LS, Shinnick MA . What Do We Know About Adherence And Self-Care? *J Cardiovasc Nurs* 2008 ; 23 (3): 250-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880251/> DOI: 10.1097/01.JCN.0000317428.98844.4d
 20. Rich M. Management of heart failure in the elderly. *Heart Fail Rev* 2002; 7:89-97.
 21. Riegel B, Vaughan Dickson V, Goldberg LR, Deatrick JA. Factors Associated With the Development of Expertise in Heart Failure Self-Care. *Research* 2007; 56(4):235-243.
 22. Tsuyukirt RT, Mckelviers RS, Arnold JM et al. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. *Arch Intern Med* 2001; 161:2337-2342.