

El no retorno de las personas mayores con enfermedad cardiovascular

“Experiencias y vivencias”

Angie Yiseth Ávila Ladino

Ingrid Marcela Nocua Gutiérrez

Introducción

América Latina en la actualidad vive un fenómeno nuevo denominado transición demográfica el cual se caracteriza por el aumento de población adulta, que corresponde a “un incremento relativo en la esperanza de vida al nacer, lo que permitirá que un número mayor de ellas envejezca” (Gómez, 2011, pág. 470) . Proceso natural, continuo y propio de cada ser, que se da desde el nacimiento del individuo y se experimenta de manera diferente en cada una de las personas, está determinado por distintas condiciones de vida en las que se desarrolla el sujeto, tales como educación, trabajo, alimentación, entorno social entre otros que influyen directamente en ese proceso de envejecer.

Según tendencias del instituto nacional de salud a nivel mundial sobre el envejecimiento “se estima que de 10 % de la población mundial actual con 60 y más años de edad, ascenderá a 16,6 % en el año 2030 y a 21,4 % en el año 2050” (Gómez, 2011, pág. 470) . Este trance social representa un desafío para el sistema de salud y la salud pública al reorientar el abordaje de las necesidades básicas de las personas mayores reestructurando, el modelo de atención, la estructura política, económica y social del país. En la actualidad las personas mayores reiteran su papel relevante dentro de las sociedades, dado por su participación política, en el mercado laboral, en la toma de decisiones y en el desarrollo del país.

En Colombia “El índice de envejecimiento definido como el peso de la población mayor de edad con respecto a la población infantil y adolescente se triplicó en las últimas décadas” (Ministerio de Salud y Protección Social , 2013, pág. 17)· haciendo que este grupo social se haga más visible y requiera mayor atención a nivel político y gubernamental en la que se garantice acceso a los servicios de salud basados en las necesidades propias de esta edad tales como, el control de las enfermedades crónicas modificación en la estructura física de los centros

Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.

Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

de atención pensados en las secuelas que pueden ocasionar ciertas enfermedades en dicha población, que le limitan el libre desarrollo y práctica de sus actividades básicas diarias.

“La población envejece y la sociedad también, lo anterior genera cambios sobre la vejez y el envejecimiento humano, cambios que confluirán en nuevos patrones socioculturales, estructurales e institucionales en el interior de las sociedades modernas, sobre las cuales se configura y sustenta la vejez” (Gaviria et al. 2015, pág. 12), por ende las personas mayores se enfrentan a grandes cambios tanto a nivel social como estructural por lo que día a día se avanza en la búsqueda de nuevas tecnologías y formas de vida bajo el propósito de lograr que las personas mayores y la sociedad en general se adapten en la construcción de los procesos y desafíos a los que se ven enfrentados en su condición de vida actual.

El término vejez, aunque relacionado con el envejecimiento, “se refiere al final del proceso de envejecimiento, entendido como el haber vivido más tiempo que otros individuos de la misma especie” (Ruiz et al. 2013, pág. 25). Lo que significa que en dicho proceso se dan una serie de cambios tanto físicos como emocionales e intelectuales y aparecen nuevas posibilidades en la vida del individuo tales como la jubilación, compartir experiencias diferentes con sus familias y amigos con los que actualmente viven. “Desde el punto de vista cronológico tradicional se consideran personas adultas mayores a mujeres y hombres con edades de 60 años o más” (Gaviria et al. 2015, pág. 13).

Como proceso natural del envejecimiento trae consigo múltiples enfermedades crónicas o degenerativas, como consecuencia propia de la edad ya que algunos sistemas se empiezan a deteriorar bien sea en su funcionamiento o su estructura, que en ocasiones llegan y generan limitaciones físicas, afectando en la vida de las personas mayores inclusive puede llevarlos a depender de una tercera persona para poder sobrevivir por lo que es importante enfatizar en programas de salud implementados para las personas mayores con enfermedades crónicas teniendo en cuenta que estas pueden ser letales e interrumpir el ciclo de vida de cada uno de los afectados.

Dentro de estas enfermedades crónicas se pueden destacar las enfermedades cardiovasculares (ECV) las cuales son un grupo de afecciones del corazón en las que
 Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.
 Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

encontramos diferentes clases de patologías que son mortales y con el transcurrir del tiempo han afectado a los individuos a nivel mundial, ya que cifras estadísticas muestran una alta tasa de mortalidad por causa de estas. “Las enfermedades cardiovasculares se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellos las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos), las enfermedades cerebrovasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca” (Mattson Porth, 2007, pág. 631).

Estas enfermedades son también conocidas por la OMS como enfermedades no transmisibles o crónicas, quienes las padecen, las adquieren usualmente como consecuencia de sus estilos de vida, se caracterizan por que son silenciosas y evolucionan lentamente. “Las ECV, son una causa principal de morbilidad y mortalidad a escala mundial que afectan, de manera creciente, a poblaciones en edad laboral y contribuyen desproporcionadamente a la pérdida de años potenciales de vida saludable y de productividad económica, situación que es reconocida como un problema de salud pública” (Vega Abascal et al. 2011, pág. 92)

“Se estima que para el año 2020, las muertes por enfermedades cardiovasculares aumentarán en 15 a 20% y, en el año 2030, morirán cerca de 23.6 millones de personas y se pronostica que seguirá siendo la principal causa de muerte a nivel global” (Sánchez et al. 2016, pág. 99).

Afectando principalmente a personas mayores de 60 años por causa de condiciones propias de la fisiología humana y aspectos sociales que influyen de manera directa en el desarrollo de estas. “Los países de bajos y medianos ingresos aportan el 62% de las muertes por enfermedades cardiovasculares, en los países en desarrollo” (Gómez, 2011, pág. 496). Cifras que dejan en evidencia la necesidad de reestructurar los programas de promoción y prevención creados para el control de dichas patologías teniendo en cuenta que las ECV, en su gran mayoría son prevenibles.

Estas ECV, representan un alto costo para la economía de los países “las estimaciones de los costos directos e indirectos por las enfermedades cardiovasculares en el mundo pasarían de US\$ 863.000 millones en el 2010 a ser de US\$ 1,04 billones en el 2030” (Gómez, 2011, pág.

Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.

Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

471) · En Colombia, estas enfermedades se encuentran dentro de las tres patologías que más gasto generan al país haciendo que sean consideradas un problema de salud pública que requiere de intervenciones inmediatas por parte del sistema de salud dado que “El costo de los servicios médicos ocasionados por un paciente cardiovascular es aproximadamente, de 12.8 millones de pesos colombianos y excede en cerca de 50% de los costos generados por un paciente con enfermedad neoplásica” (Gallardo Solarte et al. 2016, pág. 108).

La causa de la enfermedad no es específica dado que “La etiología y patogénesis de las enfermedades crónicas no transmisibles es multifactorial, compleja e individual y van apareciendo a lo largo del tiempo. Su desarrollo y progreso hasta la muerte ocurren bajo la influencia de los determinantes individuales y sociales de salud (DISS)” (Fernández et al. 2012, pág. 486). Por tanto, el desarrollo de la enfermedad se da de manera específica y con características particulares en cada una de las personas, existen ciertas similitudes que se ven condicionadas por las formas de vida y los entornos en los que se desenvuelven las personas enfermas, un problema de salud que crece paulatinamente y requiere un abordaje integral de manera prioritaria en términos de intervención e investigación, que arroje resultados de salud más alentadores.

“Se estima que el 53% de todas las personas de 65 años o mayores con discapacidad tenían enfermedad cardiovascular o deterioro cognitivo”. (OMS, 2017) Por tanto, se puede inferir que las ECV, no solo generan gasto durante su tratamiento o rehabilitación, sino que también puede afectar de manera indeterminada la productividad de la persona interrumpiendo el curso de vida, bien sea causando la muerte o desmejorando su calidad de vida.

“Enfrentar la epidemia de las enfermedades cardiovasculares debe ser una prioridad nacional e internacional, debido a que estas enfermedades tienen una alta carga para las personas, las familias y las comunidades, también obstaculizan el crecimiento socioeconómico, especialmente de las personas y de los países de menores ingresos” (Gómez, 2011, pág. 471).

Dichas enfermedades han sido estudiadas por muchos autores desde el modelo biomédico, sin embargo existen perspectivas diferentes que resultan importantes de abordar y que podrían considerarse dentro de la rehabilitación, como son las experiencias y vivencias, pues

Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.

Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

estas se convierten en una herramienta útil, para el estudio de las ECV, ya que a través de ellas se identifican realidades, costumbres y formas de vida en la que un grupo social se desenvuelve, además permite conocer los principales limitantes que se encuentra las personas mayores una vez son diagnosticadas y que intervienen directamente con la adherencia a su tratamiento para lograr controlar la enfermedad.

El personal de salud juega un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de las ECV, pero su método tradicional de medicina occidental limita el acercamiento al conocimiento social, que la persona con ECV adquiere desde su experiencia para ser tomado en cuenta dentro de su proceso de adherencia, pues estas definen y construyen particularidades en los grupos sociales.

“Es necesario que el médico se capacite y fortalezca sus habilidades comunicacionales; de este modo, estaría entrenado para tomar en cuenta, por ejemplo, las creencias, hábitos y comportamientos de los pacientes, a fin de actuar de la mejor manera posible en el tratamiento y la atención.” (Deborah Ofman et al. 2016, pág. 123)

Sumado a lo anterior la falta de personal capacitado en la atención específica de dichas enfermedades tales como especialistas, enfermeros entre otros, que influyen en la atención de esta población, por tanto, quienes padecen de ECV no logran un control estricto, para vivir con la patología en las mejores condiciones de vida de ahí es donde esto se vuelve un problema de salud pública que afecta a la sociedad en general.

“se destaca la importancia de comprender la asociación existente entre los factores sociodemográficos, clínicos y los hábitos de vida del anciano relacionados con el riesgo de ECV, para dirigir las acciones de salud a la realidad de esos pacientes y la promoción de la salud cardiovascular.” (Dantas de Sá Tinôco et al. 2017, pág 128)

Colombia es un País enmarcado en un modelo Biomédico, por ende, le brinda mayor recurso a la prevención terciaria, es decir a tratar la enfermedad, sin embargo en términos económicos sería más rentable para el sistema de salud apropiar al individuo de su cuidado, una investigación en la ciudad de Portugal demostró que la prevención primaria logra empoderar al individuo de su realidad haciendo sensibilizar frente a su autocuidado y por lo tanto no

desarrollan afecciones más graves que puedan causar secuelas en la fisiología del cuerpo humano, así como la importancia de la participación en dicho proceso, quienes a su vez también crean sus propios significados del cuidado.

Las experiencias y vivencias de los adultos mayores con ECV, resultan ser de gran utilidad en el ámbito de la salud pública, arrojan elementos valiosos que pueden fundamentar la formulación de programas y políticas que favorecen el abordaje científico de la enfermedad desde el sentido común de la propia población basadas en las necesidades específicas de este grupo poblacional que posee unas características únicas dadas por el envejecimiento. Por tanto, este ensayo busca sustentar la siguiente hipótesis: La ECV, una experiencia distinta en cada individuo, de la que no se logra retornar, a la cotidianidad una vez se es diagnosticado.

Este ensayo tiene como propósito describir las experiencias y vivencias en profundidad de personas adultos mayores que viven con ECV, y la transformación que sufre el individuo posterior a ser diagnosticado, que no le permite retornar a su vida antes de su enfermedad, recuperar su cotidianidad este surge como una reflexión basada y sustentada en una búsqueda amplia de literatura científica a través de un método de investigación cualitativo conocido como metaestudio, con el cual se pretende defender la hipótesis anteriormente mencionada a través de investigaciones realizadas en Latinoamérica que abordan temáticas similares en dicho grupo poblacional.

El diagnóstico

Una vez se tiene un diagnóstico con cualquier ECV, la persona enfrenta una situación desafiante de la cual desconoce el proceso de afrontamiento y es ajeno al cambio de vida que esta trae consigo. Si se persigue el objetivo de mantenerse con vida se da inicio a una serie de situaciones y actividades específicas que le permiten tratar la enfermedad y continuar con su vida cotidiana, sin embargo, a pesar de los esfuerzos, este tipo de enfermedades se mantienen latentes de manera silenciosa a lo largo de la vida de las personas. Afectando directamente al individuo, y a su núcleo familiar ya que modifica los estilos de vida de las familias y de cada ser, irrumpiendo de manera sorpresiva con su curso de vida.

Las personas mayores experimentan, un encuentro de sentimientos como son, tristeza, miedo, ansiedad y desesperanza por una enfermedad nueva para ellos, de la cual, en su gran mayoría desconocen su origen y el significado de esta, por lo que es difícil el proceso de reconocimiento de la misma. En la literatura, se identifican expresiones usadas por las personas mayores durante este proceso tales como: “fue como lanzarme de un paracaídas sin conocer las instrucciones” (Birkelund et al. 2016) “disparo de advertencia y como una segunda oportunidad” (Nicolai et al. 2017;Cao et al. 2019). Estas permiten ver esa transformación inesperada que genera la ECV en este grupo poblacional.

A estos sentimientos que experimentan de manera reiterativa las personas mayores, se suma la incertidumbre frente al empeoramiento de la enfermedad, falta de progreso o no retorno de su “bienestar” pese a seguir las recomendaciones médicas, lo que genera desinterés en la persona enferma y sensación de debilidad e inferioridad (Bremer et al. 2019; Grauman et al. 2019; Janssen-Niemeijer et al. 2017; Jbilou et al. 2019; Mehrpoya et al. 2018; Seah et al. 2016; Sevilla-Cazes et al. 2018). Se enfrentan a un suceso que jamás pensaron experimentar y del que ahora necesitan sobresalir por lo tanto la supervivencia se convierte en uno de sus propósitos de vida. (Haydon, van der Riet, & Inder , 2017; Mbuzei, Fulbrook, & Jessup, 2017) Adaptando un nuevo itinerario del que ahora hace parte la ingesta de múltiples medicamentos, mayor actividad física y asistencia a los diferentes especialistas con mayor frecuencia.

“Desde el mismo momento de la aparición de un síntoma y posteriormente la comunicación de un diagnóstico comienzan a emerger en el paciente y la familia estados movilizadores o paralizadores del comportamiento hacia la recuperación. En este sentido el papel del equipo multidisciplinario recobra importancia, en saber comunicar un diagnóstico que va cambiar la vida de varias personas.” (Larrinaga Sandrino & Hernández Meléndrez, 2016, pág. 3)

Por tanto, es indispensable que se logre, una relación entre el profesional de salud y la persona enferma que permita comprender a la persona mayor su estado de salud en términos claros y así identifique su rol, en el tratamiento de la enfermedad.

Es probable que algunas personas no deseen recuperar su buen estado de salud ante el desesperanzador diagnóstico, por tanto no acataran ninguna recomendación médica, situación

Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.

Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

que pone en peligro la vida de la persona mayor, sin embargo una vez se ha comprobado que la persona goza de todas sus facultades mentales para tomar dicha decisión y se hayan escalado el caso a los especialistas pertinentes llegando a la misma conclusión, esta decisión también debe ser considerada como parte del afrontamiento de la enfermedad respetando la autonomía del ser, por tanto se deben garantizar condiciones que le permitan aliviar los síntomas y le proporcione a la persona mayor una buena calidad de vida, sin duda alguna el más importante es el control del dolor.

El personal de salud

Esta nueva condición de vida, ajena a sus elecciones cobra significado una vez se es consciente que no hay retorno, por lo que deben adaptarse a una nueva y desafiante condición de vida, generándoles constantemente temor a la muerte, una vez se logra comprender la fatalidad de la enfermedad. (Bremer et al. 2019; Seah et al. 2016). Por tanto, emerge como mecanismo de afrontamiento; el acercamiento al personal de salud en busca de dar respuesta a sus múltiples interrogantes y como esperanza de supervivencia para controlar su enfermedad y esclarecer las nuevas actividades o conductas que debe adaptar para tratar su enfermedad y así resolver ese fenómeno que ahora hace parte de sí con el propósito de lo que ellos denominan su bienestar.

Sin embargo, este panorama no es alentador en todas las situaciones, pues la falta de empatía del personal de salud, hace que actúen como pacientes pasivos, limitados a las recomendaciones médicas, experimentando vacíos de conocimiento, lo que genera inseguridad a la hora de participar en la toma de decisiones para el control de la ECV. (Currie et al. 2015; Haydon et al. 2017; Hjelmfors et al. 2018; Kraai et al. 2018; May et al. 2016; Widell et al. 2020). El desafiante volumen de pacientes adultos mayores que a diario consultan en los distintos centros médicos, son un limitante a la hora brindar educación de la enfermedad a cada uno de ellos de manera individual de acuerdo a sus necesidades específicas y a su desarrollo intelectual.

“La elevada prevalencia de factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares refuerza la responsabilidad de los enfermeros y el papel de las políticas públicas de salud en la prevención de agravios cardiovasculares.” (Amaral de Paula et al. 2013 pág. 7). Por lo que el sistema de salud juega un papel fundamental, en torno a la formulación y ejecución de programas de promoción y prevención de ECV dirigidos y creados específicamente para atender

Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.

Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

a este tipo de población, el cual debe garantizar la sostenibilidad, así como el acceso a los mismo, teniendo en cuenta las particularidades físicas e intelectuales de las personas mayores en pro de mejorar las condiciones de vida.

La enfermedad

El desconocimiento de la enfermedad se hace evidente, no es claro identificar qué factores predisponen específicamente a una persona mayor a desarrollar una ECV por el contrario son un conjunto inespecífico de estos, por lo que perciben la enfermedad en sus vidas como un juego de azar del cual fueron víctimas a consecuencia del envejecimiento. (Moyano & del Suelo, 2017; Herawati et al. 2017). La culpabilidad y la autopercepción negativa no son ajenas, como agentes principales del proceso de aceptación y afrontamiento de la enfermedad para luego intentar reconstruir su cotidianidad dentro de lo que para ellos significa, sentirse bien incluso si tienen que ir en contra de sus preferencias.

Las personas mayores se sienten limitadas, dado que pueden presentarse restricciones físicas a consecuencia, de las principales manifestaciones de la enfermedad como la fatiga, la falta de aliento, dolor de pecho, debilidad en las piernas (Dhukaram, & Baber, 2015; Herawati et al. 2017; Jokar et al. 2017; Seah et al. 2016) sin dejar de mencionar las secuelas físicas que pueden dejar algunas ECV como la hemiparesia entre otras, motivo por el cual se aíslan de su entorno social, experimentando abandono por parte de sus seres queridos y sobre todo de los amigos. (Sevilla-Cazes et al. 2018). La toma de decisiones se convierte en un verdadero desafío, siendo el resultado de la vaga o insuficiente información respecto al cuidado de su enfermedad, que pone en peligro sus vidas (Birkelund et al. 2016; Currie et al. 2015; Mehrpoya et al. 2018; Widell et al. 2020).

Estilos de vida

Modificar los estilos de vida, como la dieta y el ejercicio no es tarea fácil, porque a pesar de que perciben la actividad física como una acción saludable, sienten temor de causar sobrecarga a su corazón y con respecto a la dieta les genera insatisfacción argumentando que “solo se vive una vez en la vida” por lo que hay que disfrutar de la comida sin ninguna restricción y más a su avanzada edad. (Kangasniemi et al. 2017; May et al. 2016; Moore et al.

2015; Nicolai et al. 2017; Nina Konstantin et al. 2017; Ruiz et al. 2013). Dado a esto la irritabilidad y la negación son comunes durante el proceso de aceptación de la enfermedad (Haydon et al. 2017) y con ello el fracaso del tratamiento en un primer momento es usual experimentarlo y como consecuencia de esto afectar su salud.

Establecen cambios que no siempre están relacionados con las indicaciones o prescripciones médicas, sino con las percepciones, prácticas y conocimiento de las personas mayores que usualmente se comparten y se adquieren durante la sesión de la rehabilitación cardíaca dado que se da esa interacción con pares, en quienes encuentran cierta coincidencia bien sea en el diagnóstico o en la aparición de los síntomas. Está rehabilitación a pesar de ser la regla general y tener tanta importancia dentro del control de la enfermedad no es la de mayor elección por las personas mayores, pues la consideran poco beneficiosa ya que no los va a sanar además el tema de trasladarse al centro hospitalario para realizar dicha terapia les resulta molesto teniendo en cuenta que esta no es curativa. (May et al. 2016; Mehrpoya et al. 2018; Nicolai et al. 2017). (Huygens et al. 2016)

Compartir experiencias con sus pares y personas que pasan por la misma situación resulta importante para la adhesión de nuevas conductas o prácticas consideradas saludables de acuerdo a las referencias dadas por ellos y que les resultan beneficiosas para el control de la enfermedad, tales como club de cocina, caminatas y ciclo paseos. (Herawati et al. 2017; Huygens et al. 2016; Kangasniemi et al. 2017). Motivarse a tener el control de la enfermedad está relacionada con los deseos de querer vivir, compartir con la familia, algunos alcanzar a conocer sus nietos y otros continuar con sus proyectos de vida, lo cual se relaciona con la asistencia a la rehabilitación cardíaca (Jokar et al. 2017; Seah et al. 2016) lo que puede justificar la participación de la misma.

Transformar sus prácticas, su forma y estilo de vida, no es el resultado de un propósito individual, por el contrario, surge tras la responsabilidad de asumir su autocuidado como coadyuvante a su tratamiento y motivados por su núcleo familiar para mantenerse con vida. (Admi et al. 2020; Dhukaram, & Baber, 2015; Herawati et al. 2017; Moore et al. 2015). Esto permite ahondar en los pensamientos y experiencias construidas socialmente, de los individuos, resultado de la interacción con el otro, por tanto, responde a la necesidad de conocer la

cotidianidad en la que se desenvuelven las personas con ECV al permitir mediante su experiencia hacer parte de sus vivencias y de lo que significa para ellos la enfermedad.

Cabe resaltar que las personas mayores sin duda alguna tienen como prioridad sentirse aliviados y disminuir de cualquier manera el dolor, la ansiedad y miedo, para continuar su trayectoria hasta cuando “Dios así lo quiera”, debido a que son personas que creen en ese ser supremo que los ayudará a pasar la página indeseada del libro de su vida. La religión se convierte en una herramienta de afrontamiento y refugio para las personas mayores con ECV en donde buscan consuelo y depositan su fe en el ser superior que los ayuda a aliviar su condición (Janssen-Niemeijer et al. 2017) (Jbilou et al. 2019; Mbuzi et al. 2017; Seah et al. 2016). Son conscientes de que no volverán a estar sanos, pero anhelan sentirse bien y acompañados. (18) (25) (Bremer et al. 2019; Widell et al. 2020). “La espiritualidad permite a los pacientes hacer frente a la vida y mejora la calidad de vida” (Wei Seah, Kiat Tan, & Huang Gan, 2015, pág. 397)

El sentido de la vida y el bienestar se transforma en la búsqueda del buen vivir, esforzándose por mantener el desempeño usual en sus actividades diarias, sin embargo algunas de ellas se ven afectadas sobre todo aquellas que requieren de esfuerzo físico, además dentro de su itinerario ahora se incluyen actividades que antes no hacían parte de su rutina como los son la toma de medicamentos, citas de control, dietas que a veces en la mayoría de ocasiones no son agradables para ellos y su entorno familiar, por lo que experimentan inseguridad y vulnerabilidad existencial. (Bremer et al. 2019) Generando pensamientos de desesperanza que influyen negativamente sobre su tratamiento.

Adicional a esto las personas mayores perciben que el aspecto económico también se ve afectado sobre todo en los casos en los que las funciones motrices o motoras se vieron alteradas como secuelas de la ECV, influenciando en el control de la enfermedad dado que dificulta el acceso a los servicios de salud, a los medicamentos y a la consecución de las citas para tener continuidad en su tratamiento (Cao et al. 2019; Currie et al. 2015; Mehrpoya et al. 2018; Sevilla-Cazes et al. 2018). Sin dejar de lado que el no tener acceso a la salud por infraestructura vulnera su derecho fundamental de la salud, afectándolos de esta forma por condiciones propias de la edad que interfieren en la prestación del servicio tales como el desplazamiento y “dificultades

propias de la localización de su comunidad, carencia de vías de comunicación adecuadas o distribución física de los servicios de salud.” (Álvarez et al. 2016, pág. 114)

La constante incertidumbre por saber si despertarían el día siguiente trastorna su tranquilidad, convirtiendo inclusive la oscuridad en un enemigo latente como si se tratara de una guerra contra el tiempo, pues la apropiación de la enfermedad en las personas mayores acaba con la esperanza de recuperar la vida que llevaban antes de su diagnóstico. La familia se convierte en la principal fuente de apoyo y éxito en la adherencia a su tratamiento (Admi et al. 2020; Herawati et al. 2017; Jbilou et al. 2019) sin embargo en muchos casos se sienten estereotipados e infantilizados, al ser sometidos a constantes sugerencias de lo que deben hacer. (Admi et al. 2020) por lo que se ve alterada su identidad y su independencia, incluso sienten temor de perder el control de su vida.

A pesar de que la familia tiene un papel fundamental dentro del proceso de aceptación y tratamiento de la enfermedad, es necesario que los roles y las responsabilidades no se confundan, si bien es cierto que las personas mayores con ECV, pueden verse limitadas por consecuencia de esta, el familiar o cuidador no puede realizar todas las actividades básicas por la persona enferma, pues esto puede incidir de manera negativa, afectando la salud mental y haciéndole sentir como una persona poco útil, es decir que siempre se debe alentar a la persona mayor a que continúe realizando el mayor número de funciones propias así le tomen más tiempo que antes, además también puede influir en los cuidadores al sentirse sobrecargados. Por tanto, es necesario garantizar al máximo la autonomía de la persona mayor de acuerdo a sus posibilidades.

Quiénes son conscientes de su enfermedad y continúan su curso de vida logran cambios que le generan bienestar incluso niegan la enfermedad ante la ausencia de síntomas específicos, sin embargo, esta confianza puede llevarlos a retrocesos que afectan su estado de salud y una vez más le reitera al ser, que la enfermedad ya se encuentra en su cuerpo y seguirá haciendo parte de sí hasta la muerte. Demostrando una vez más que la ECV, se mantiene latente por el resto de la vida y que el reto ahora es aliviar la sintomatología y hallar confort como herramienta de paliación o sobrevida minimizando al máximo el sufrimiento de las personas y mejorando su calidad de vida.

Las personas mayores se sienten amenazadas cuando su estructura cultural se ve fragmentada por factores externos como son los cambios de hábitos, tales como la actividad física y el consumo de ciertos alimentos que resultan nocivos, aún más cuando perciben que no obtendrán resultados inmediatos, que les permitan restaurar su vida a como era antes del diagnóstico, por lo que es complejo cumplir con los objetivos terapéuticos más aún cuando a su avanzada edad las fuentes de motivación se reducen y se mantiene una actitud fatalista “El médico me dijo que no me puedo curar en toda mi vida. Entonces me di cuenta de que sea lo que sea, tengo que asumir las consecuencias” (Jbilou et al. 2019)

Tras la aparición de la enfermedad no solo se irrumpe la tranquilidad de la persona que la padece, sino que trasciende a todo su núcleo quienes desean garantizar el alivio de los síntomas es por ello que a partir de ese momento deben tomarse decisiones por lo que es necesario que dentro del abordaje que se da para las ECV, se tenga en cuenta la familia con el objetivo de apoyar esa iniciativa de cambio para lograr disminuir riesgos para su salud y prolongar la vida. El mayor temor de los familiares o cuidadores es tomar decisiones inapropiadas que afecten la integridad de sus seres queridos, interrumpiendo ese empoderamiento que debe darse como proceso de afrontamiento para lograr el control de la enfermedad.

Esta situación genera discomfort entre las personas mayores al sentir que pueden convertirse en una carga más para su familia, desmotivando a la persona enferma e influyendo de manera negativa sobre el control de la enfermedad. Sin embargo, también funciona como motivador personal pues los incita a buscar información del equipo médico incluso en el internet haciendo uso de las distintas tecnologías que en su mayoría había sido ajena a ellos o por lo menos no había despertado su interés para resolver sus dudas y de cierta forma recuperar su autonomía. La tecnología para las personas mayores resulta ser de gran utilidad, ya que ofrece herramientas electrónicas, que les permiten aprender a vivir con la enfermedad de una manera más sencilla, es por esto que los profesionales de la salud involucran más a los pacientes y sus cuidadores con las innovaciones que la ciencia ofrece. (Grace et al. 2017; Herawati, Keliat, & Waluyo, 2017)

La ECV, afecta no solo a la persona enferma sino también a su grupo familiar, a su pareja o a sus amigos interrumpiendo el alcance de su bienestar “Las interacciones con estos actores

Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.

Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

impregnan una singularidad a la vivencia de los sujetos con la enfermedad, quizás en ningún otro tipo de interacción el sujeto ve más confrontada su imagen personal y social, relacionado con la etiqueta diagnóstica, con los cambios vividos en el cuerpo y con la modificación de roles debido a la enfermedad”. (Ofam et al. 2015). Esta reflexión permite ver la vulnerabilidad que genera una enfermedad al ser humano, quitándole el control de su vida, haciéndolo sentir tan frágil, que logra trascender a sus emociones y afectar su estado animo a tal punto que lo aparta de las personas que quiere.

La incertidumbre ante un futuro incierto se convierte en su itinerario “enfatan que la salud mental se ve afectada por el miedo a la muerte, que a menudo se asocia con afecciones cardíacas” (Nicolai et al. 2017), sin embargo, esa área se descuida a pesar de la influencia que tiene en el proceso de afrontamiento. La rehabilitación psicológica a pesar de no ser una estrategia específica que se tenga en cuenta dentro del tratamiento de la ECV, es un tema usualmente abordado por el personal de enfermería dentro de los programas de rehabilitación cardíaca, que permite conocer en profundidad las experiencias que asume cada paciente que lidia con la enfermedad inclusive manifiestan la necesidad de que este abordaje se haga inmediatamente después del diagnóstico. (Turner et al. 2017)

Otro de los cambios que experimentan las personas mayores con ECV, es el aislamiento, condicionado por la alteración en la clase funcional, alejándolos del mundo real, por tanto, requieren de una mayor atención del personal de salud, necesitan ser escuchados sin embargo poseemos “Un problema de nuestro sistema de salud es que no admite el tipo de relación a largo plazo entre el paciente y el médico. Siempre hay un médico diferente” (Nicolai et al. 2017) (Kangasniemi et al. 2016) interrumpiendo el proceso de adaptación de la enfermedad y haciendo del proceso más difícil ya que esta práctica genera inseguridad a la hora de coincidir o no en las recomendaciones médicas por lo que se debe reflexionar en el acercamiento de cada individuo con el profesional, “pues estos aspectos psicológicos de la rehabilitación cardíaca podrían dominar los físicos (Widell et al. 2020) y evitar que haya un retroceso en su tratamiento.

Es de gran importancia conocer acerca del entorno y el medio en el que se desenvuelve la persona mayor con ECV, ya que a partir de sus realidades se puede establecer una terapia más cercana al diario vivir de las personas, pues las desigualdades sociales pueden desviar de manera

negativa los objetivos terapéuticos, para quienes se esfuerzan por tener una oportunidad de sobrevivir y es por eso que las decisiones deben ir encaminadas a garantizar una mejor calidad de vida partiendo de las particularidades que cada una goza, del significado que cada persona asume sobre su enfermedad y de qué cambios tuvo que asumir desde el momento de su diagnóstico como proceso de afrontamiento.

La motivación al cambio se convierte en su pilar de vida, cuando hay presencia de factores intrínsecos que fortalecen lazos familiares que influyen en el cambio en las personas mayores y por quienes desean prolongar su vida con el mayor bienestar posible, demostrando su fortaleza y capacidad de adaptación a esos agentes externos que no pueden romper su estructura familiar, la cual todos los seres humanos poseemos como método de supervivencia para solventar nuestras necesidades. Cabe destacar el papel del conyugue en este proceso, siendo este el principal motivador a la transformación de los comportamientos y la adquisición de nuevas conductas que contribuyen al bienestar de las personas mayores con ECV.

Cuando el personal de salud logra tener empatía con la persona enferma, son colaboradores, los escuchan y resuelven sus dudas, se da mayor adherencia al tratamiento y control de la enfermedad, convirtiéndose en una fuente de motivación. Destacando el papel de la enfermera el cual se percibe como agradable, pues es quien mayor interacción realiza con la persona mayor con ECV (Cao et al. 2019; Jbilou et al. 2019; Jokar et al. 2017; Kangasniemi et al. 2017; Kraai et al. 2018; Seah et al. 2016). El futuro es importante para las personas que padecen de estas enfermedades, ya que el impacto que genera es una gran incertidumbre para aquellos que sobreviven (Bremer et al. 2019; Haydon et al. 2017; Herawati et al. 2017), obligándolos a tomar control sobre sus vidas al adquirir nuevas conductas, o modos de comportamiento que les permitan sobrellevar su nueva condición de vida.

Por otro lado, las personas que padecen de ECV buscan que sus síntomas no empeoren, sobrevivir y hacer cambios en sus conductas. Teniendo en cuenta que el conocimiento humano es complejo y por lo tanto, el acople a nuevas conductas de salud resultan ser tediosas, de difícil adaptación, tanto para la persona que padece de la enfermedad como de su núcleo familiar, deben establecerse cambios en la conducta que se relacionen de manera positiva con el control de la enfermedad y de esta manera permitir que quienes se encuentren en esta situación no se

frustren por las condiciones en las que deben aprender a vivir por su enfermedad, en compañía de los suyos .

Es necesario que desde el momento en que se ofrece el diagnóstico a la persona mayor se esclarezca el objetivo terapéutico para que de esta manera el individuo tome la mejor decisión frente a su cuidado ya que por lo general estos buscan más que prolongar la vida mantenerse funcionales, y la deambulaci3n adquiere una connotaci3n trascendental que no puede afectarse ya que le permitir3 solventar sus necesidades por ende es necesario que se busque garantizar esas condiciones b3sicas de la persona abordando de manera oportuna la ECV, para evitar posibles secuelas irreversibles que afecten el sentido de la vida de las personas mayores y prevenir patolog3as como depresi3n por causa de la ECV.

Pese a la fatalidad del diagn3stico hay quien en respuesta a ese sentido de supervivencia que tenemos todos los seres humanos intentan dar continuidad a su vida, como si solo se tratara de pasar la p3gina y reinventarse para que ese cambio no afecte su vida emocional y mucho menos su vida productiva, pues a pesar de que la gran mayor3a de este grupo etario se encuentran fuera del mercado laboral, hay quienes todav3a deben trabajar com3nmente de manera informal para solventar sus gastos, sin dejar de lado a quienes se dedican a realizar actividad f3sica diaria por lo que requieren sentirse en 3ptimas condiciones y con la posibilidad de desplazarse y ser autosuficientes.

Las personas mayores en ese trance que enfrentan como consecuencia de las ECV buscan seguir siendo 3tiles a la sociedad a pesar de todas las secuelas fisiol3gicas que estas dejan en ellos, sin embargo en la mayor3a de los casos les limitan la oportunidad de supervivencia al ser tratados como sujetos enfermos, siendo necesario transformar esta visi3n haci3ndolos part3cipes del tratamiento e involucr3ndose en su cuidado de acuerdo al contexto en el que viven y las posibilidades con que cuentan ya que desde el enfoque de curso vida las ECV son producto de las condiciones en las que creci3 la persona afectada y el n3cleo familiar en el que se desenvuelve.

La experiencia de una ECV en las personas mayores configura todas las dimensiones de su vida, lo expone a realizar cambios rutinarios de comportamiento, asumiendo de manera responsable el cuidado de su salud, involucra de manera directa su grupo familiar o social

Maestr3a Salud P3blica angieavilal@usantotomas.edu.co.

Maestr3a Salud P3blica ingridnocua@usantotomas.edu.co.

reestructurando sus creencias, modos de vida y prácticas de salud. Por tanto, los profesionales de salud deben ser garantes de un afrontamiento pleno y satisfactorio de la enfermedad, “el papel del equipo multidisciplinario recobra importancia, en saber comunicar un diagnóstico que va cambiar la vida de varias personas.” (Larrinaga Sandrino & Hernández Meléndrez, 2016, pág. 3) contribuyendo de esta forma a la esencia del cuidado para lograr mejores resultados en términos de salud.

“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” (Zapata Gómez, , 2011, pág. 9) Por ende su autoimagen también se ve alterada cuando hay secuelas físicas notorias que le impiden realizar algún tipo de actividad produciendo en ellos tristeza e inclusive otro tipo de patologías como depresión que desencadenan sentimientos de minusvalía y reiteran la existencia de una enfermedad irreversible en su vida, haciéndolos sentir culpables y perseguidos por la muerte.

A pesar de que esa interacción con pares resulta exitosa, debe ser guiada por profesionales de la salud de ahí la importancia de establecer una buena red de comunicación entre las personas mayores y el personal médico con el fin de que la información que adquieren entre ellos se use de manera correcta de acuerdo a la necesidad de cada quien, pues no ha todos puede funcionarles de manera correcta dichas practicas o costumbres que crean alrededor de la enfermedad, por lo que es necesario que se escuchen y se adapten a cada persona sin dejar de lado estos conocimientos empíricos que de acuerdo al uso pueden ser nocivos o por el contrario de gran utilidad en el tratamiento de las ECV en las personas mayores.

Las personas mayores son conscientes que su vida ya no será como antes, por lo que le apuestan a no sentir dolor “Espero que todo el dolor desaparezca. Eso es lo que espero, no puedo desear más a esta edad” (Widell et al. 2020) pues saben que ese síntoma tan subjetivo los mantiene lejos del peligro, dado que este se convierte en un signo de alarma por el cual deben retornar a un centro médico, afectando su tranquilidad y su esperanza de mantenerse con vida, además de la incomodidad que experimenta junto al dolor ya que este se acompaña de disnea, cansancio, hinchazón, dificultando la practica libre y autónoma de sus actividades básicas

diarias. Adicional a esto el proceso de hospitalización resulta ser complejo, agotador y causa frustración al perder parcialmente la autonomía.

La inseguridad es también uno de los sentimientos que surgen de las personas mayores cuando en estados avanzados de su enfermedad no pueden practicar actividades que antes hacían parte de su cotidianidad como montar en bicicleta, realizar caminatas o cualquier tipo de actividad física debe ser reducida en tiempo, frecuencia e intensidad por causa de la fatiga y la sensación de cansancio, a tal punto que las actividades de mínimo esfuerzo como cepillarse los dientes, ponerse sus calcetines o asistir su comida también exacerban esos síntomas que tanto malestar les generan. Por lo que se puede inferir que la ECV, es una patología que afecta la calidad de vida de las personas de manera progresiva, a pesar de los esfuerzos que se hagan por mantenerse bien.

Sin lugar a duda la ECV, es una patología que afecta a gran parte de la población adulta mayor, que irrumpe de forma inesperada su vida, transformando sus perspectivas de salud y bienestar deteriorando su funcionalidad, convirtiéndolos en personas dependientes en la gran mayoría de ocasiones, disminuyendo su calidad de vida y obligándolos a reestructurar sus proyectos de vida. Motivo por el cual se requieren intervenciones en salud, tanto a nivel político como económico y social que garanticen la prevención de dichas enfermedades y el tratamiento oportuno que evite llegar a estadios avanzados en los que las secuelas de las ECV son irreversibles.

Ha habido gran controversia respecto a las mejores estrategias de prevención de la EC (Enfermedad Coronaria) en los ancianos, dado el bajo número de pacientes de este grupo de edad incluidos en la mayor parte de ensayos clínicos de prevención (Wenger & Jackson , 2011, pág. 700).

Lo anterior deja al descubierto una de las causas, por las cuales las intervenciones hasta hoy propuestas no han arrojado los mejores resultados en salud, en torno a esta población ya que los participantes de las investigaciones usualmente son personas jóvenes o adultos de menos de 50 años, quienes poseen una estructura fisiológica y de pensamiento distinta por lo que tienen otra visión de la vida debido a la transformación que trae consigo el curso de vida.

Según la AHA se, “calcula que la prevalencia de enfermedad cardiovascular aumentará 10% en los próximos veinte años debido a que no hay cambios en las tendencias de prevención y tratamiento” (Gomez, 2012, pág. 298) lo que constituye un problema latente de salud pública y de intervención prioritaria. Pero debe transformarse la visión del personal de salud, capacitarlo y ofrecer herramientas que le permitan enfrentar dicha problemática, así como brindar pautas para una atención del cuidado de la salud con prácticas y abordajes innovadores ajustados a su contexto, su territorio y formas de vida, por ende “la política de autogestión debe ser significativa y sensible tanto para los pacientes como los profesionales y para promover estrategias relevantes que permitan formar ciudadanos autónomos responsables”. (Moore et al. 2015)

Desde el enfoque de curso de vida las ECV en las personas mayores son el resultado de las condiciones de vida que experimento cada ser desde su concepción hasta la muerte, y si se tiene en cuenta que este tipo de patologías se desarrollan a lo largo de la vida de acuerdo a que “el aumento en la esperanza de vida ha sido un proceso exitoso, sin embargo, el incremento de la esperanza de vida saludable no lo ha sido tanto. En general, 8 de cada 10 personas que nacen en la Región vivirán más de 60 años, y más de 4 de cada 10 vivirán más de 80. De ellos, una cuarta parte vivirá con mala salud” (PAHO, 2017). Esto nos permite reflexionar acerca de la necesidad de implementar estrategias en salud específicas para este grupo poblacional de manera oportuna y accesible a toda la población, buscando garantizar el acceso a los servicios de salud de tal manera que se mitiguen los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas prevenibles.

Dentro de las secuelas más graves de la ECV se encuentran aquellas que generan discapacidades causando limitaciones físicas o cognitivas que afectan a las familias, la economía y estructura social de las personas cuando no se logra el control de la enfermedad, quizás producto del desconocimiento o de la insuficiente información brindada por parte de los programas de salud. “Según estimaciones, las personas de la Región viven en promedio 9 años con limitaciones funcionales o discapacidad. Una mayor esperanza de vida, pero con períodos más prolongados de enfermedad y dependencia de la atención brindada por otros, es una gran carga para los Estados, las sociedades y las familias, y un desafío importante para la salud pública”

Conclusión

Este ensayo permite tener un acercamiento a las distintas realidades de las personas mayores que padecen de ECV, desde una mirada propia del individuo, que no debe ser ajena al sistema y a los servicios de salud, nos acerca al conocimiento que tienen o crean alrededor de una patología que se convierte en parte de su nueva cotidianidad y nos muestra como a través de las experiencias y vivencias, se apropian de este suceso nuevo y doloroso que logra modificar su percepción de bienestar. Suceso del cual ya no hay retorno, interrumpiendo de manera inesperada su vida. Afectando varias de sus dimensiones y grupos sociales pues a pesar de que la vivencia de cada una de las personas es única y por ende su experiencia distinta, comparten particularidades que merecen ser abordadas desde una perspectiva diferente a la actual.

Este abordaje debe ser de manera integral a través de un grupo multidisciplinario que participe en el tratamiento y control de la enfermedad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas y garantizar intervenciones desde las posibilidades con que cada persona cuenta, así como su entorno social en el que se desarrolla, económico y laboral, haciendo participe a su grupo familiar el cual resulta ser fundamental dentro del control de la enfermedad, ya que se evidencio que las personas que cuentan con una red de apoyo fortalecida logran hacer mayor adherencia a las terapias de rehabilitación, mejorando la sobrevida y afrontando su enfermedad a partir de las herramientas que adquiere como medio de supervivencia.

Los profesionales de salud encargados del cuidado de esta población necesitan un entrenamiento especializado en la atención a las personas mayores con ECV de tal manera que logren la empatía necesaria para transmitir las mejores pautas de tratamiento y lograr la adherencia al mismo. Por lo que se hace necesario fortalecer las políticas publicas en salud, que garanticen condiciones laborales mas propicias para el talento humano en salud con el fin de crear un sentido de humanidad en el personal que atiende dicha población para lograr mejores resultados en salud y así brindar un atención segura y eficiente a las personas enfermas.

Las ECV son patologías que generan un alto gasto al sistema de salud a pesar de que estas usualmente son prevenibles, por lo tanto, es necesario que se aborden desde la concepción garantizando los recursos básicos que necesita cualquier ser humano para crecer en un ambiente seguro que le garantice un estado de salud óptimo para su desarrollo intelectual, político y

Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.

Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

económico como ser garante de derechos. Con el propósito de evitar estas enfermedades crónicas que pueden desencadenar limitaciones físicas y cognitivas que conllevan a otra serie de complicaciones que transforman las condiciones de vida de las personas inclusive obliga a las a personas a reestructuras sus proyectos de vida, generando tristeza y desesperanza.

Referencias

- Sanchez Arias, A. G., Bobadilla Serrano, M. E., Dimas Altamirano, B., Gómez Ortega, M., & González González, G. (2016). Enfermedad cardiovascular. *Revista Mexicana de Cardiología*.
- Admi, H., Eilon-Moshe, Y., Levy, H., Eisen, I., Nikolsky, E., Gepstein, L., . . . Ore , L. (2020). It's up to me with a little support'' - Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*.
- Álvarez, G., García, M., & Londoño, M. (2016). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *CES Derecho*.
- Amaral de Paula, E., Baumgratz de Paula, R., Nagen da Costa, D., Basile Colugnati, F., & Pereira de Paiva, E. (2013). Evaluación del riesgo cardiovascular en hipertensos. *Latino-Am. Enfermage*.
- Birkelund, R., Dreyer, P., Pedersen, B., & Simony, C. (2016). It is not just a Minor Thing – A Phenomenological- Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation. *Caring Sciences*.
- Bremer, A., Dahné, T., Stureson, L., Årestedt, K., & Thylén, I. (2019). Lived experiences of surviving in-hospital cardiac arrest. *Escandinava de ciencias del cuidado*.
- Cao, X., Chair Sek, Y., Chew Han, S. J., & Sim Kheng, L. D. (2019). Motivation, Challenges and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: a Theory-Driven Qualitative Study. *International Journal of Behavioral Medicine*.
- Currie, K., Strachan, P., Spaling, M., Harkness, K., Barber, D., & Clark, A. (2015). The importance of interactions between patients and healthcare professionals for heart failure
- Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.
Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

- self-care: A systematic review of qualitative research into patient perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*.
- Dantas de Sá Tinôco, J., Costa Andriola, I., Santos Cossi, M., Galvão Pinto, E., & Brandão Batista, P. F. (2017). Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos. *Gerokomos*.
- Deborah Ofman, S., Cófreces, P., & Stefan, D. (2016). Creencias sobre las causas de la hipertensión arterial: influencia en las estrategias de afrontamiento y el estilo de vida. *CES Psicología*.
- Dhukaram,, A., & Baber, C. (2015). Modelling elderly cardiac patients decision making using Cognitive Work Analysis: identifying requirements for patient decision aids. *International journal of medical informatics*.
- Fernández, D. M., Klaus Thielmann, D., & Bormey Quiñones, D. B. (2012). Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Gallardo Solarte, K., Benavides Acosta , F. P., & Rosales Jiménez, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad. *Ciencias de salud*.
- Gaviria Uribe, A., Ruiz Gómez, F., Davila Guerrero, C. E., Burgos Bernal, G., Corredor Pongutá, J. P., & Robles Olarte, J. L. (2015). *TITULO POLITICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ 2015-2024*. Bogotá, D.C.
- Gomez, J. E. (2012). MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN EL MUNDO. *Colombiana de Cardiologia*.
- Gómez, L. A. (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomedica*.
- Grace, S. L., Taherzadeh, G., Jae Chang, I. S., Boger, J., Arcelus, A., Mak, S., . . . Mihailidis, A. (2017). Perceptions of seniors with heart failure regarding autonomous zero-effort monitoring of physiological parameters in the smart-home environment. *Heart & Lung*.

- Grauman, Å., Hansson, M., James, S., Veldwijk, J., & Höglund, A. (2019). Exploring research participants' perceptions of cardiovascular risk information—Room for improvement and empowerment. *Patient Educ Couns.*
- Haydon, G., van der Riet, P., & Inder, K. (2017). A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature exploring the experiences and quality of life of survivors of a cardiac arrest. *Eur J Cardiovasc Nurs.*
- Herawati, T., Keliat, B. A., & Waluyo, A. (2017). Perceptions of self-care readiness among STEMI patients following primary PCI. *Enfermeria Clinica.*
- Hjelmfors, L., Sandgren, A., Strömberg, A., Mårtensson, J., Jaarsma, T., & Friedrichsen, M. (2018). "I was told that I would not die from heart failure": Patient perceptions of prognosis communication. *Applied Nursing Research.*
- Huygens, M., Vermeulen, J., Swinkels, I., Friele, R., Van Schayck, O., & de Witte, L. (2016). Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and eHealth for self-management purposes. *BMC health services research.*
- Janssen-Niemeijer, A., Visse, M., Van Leeuwen, R., Leget, C., & Cusveller, B. (2017). The Role of Spirituality in Lifestyle Changing Among Patients with Chronic Cardiovascular Diseases: A Literature Review of Qualitative Studies. *Journal of Religion and Health.*
- Jbilou, J., Grenier, J., Chomienne, M., Talbot, F., Tulloch, H., D'Antono, B., . . . MindTheHeart Project Team. (2019). Understanding men's psychological reactions and experience following a cardiac event: a qualitative study from the MindTheHeart project. *BMJ Open.*
- Jokar, F., Yousefi, H., Yousefy, A., & Sadeghi, M. (2017). Begin Again and Continue With Life: A Qualitative Study on the Experiences of Cardiac Rehabilitation Patients. *The journal of nursing research.*
- Kangasniemi, M., Moilanen, T., Hirjaba, M., Kohonen, K., Vellone, E., & Pietilä, A.-M. (2017). The cardiac patients' perceptions of their responsibilities in adherence to care: a qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing.*
- Maestría Salud Pública angieavilal@usantotomas.edu.co.
 Maestría Salud Pública ingridnocua@usantotomas.edu.co.

- Kraai, I., Vermeulen, K., Hillege, H., & Jaarsma, T. (2018). Not getting worse" a qualitative study of patients perceptions of treatment goals in patients with heart failure. *Applied nursing research*.
- Larrinaga Sandrino, V., & Hernández Meléndrez, E. (2016). Factores psicosociales relacionados con las enfermedades cardiovasculares. *Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*.
- Mattson Porth, C. (2007). *Fisiopatología salud - Enfermedad: Un enfoque conceptual*. Buenos Aires: Panamericana.
- May, C., Cummings, A., Myall, M., Harvey, J., Pope, C., Griffiths, P., . . . Richardson, A. (2016). Experiences of long-term life-limiting conditions among patients and carers: what can we learn from a meta-review of systematic reviews of qualitative studies of chronic heart failure, chronic obstructive pulmonary disease and chronic kidney disease? *BMJ open*.
- Mbuzi, V., Fulbrook, P., & Jessup, M. (2017). Indigenous cardiac patients' and relatives' experiences of hospitalisation: A narrative inquiry. *Journal of clinical nursing Applied nursing research*.
- Mehrpoya, A., Jalali, A., & Namdari, M. (2018). Patient experiences of living with coronary stent. *Journal of Vascular Nursing*.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2013). *ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO. COLOMBIA 1951-2020*. Bogotá, D. C.
- Moore, L., Frost, L., & Britten, N. (2015). Context and complexity: The meaning of self-management for older adults with heart disease. *Sociology of Health and Illness*.
- Moyano , D., & del Sueldo, R. (2017). Percepciones, creencias y saberes asociados a las enfermedades cardiovasculares en un grupo de mujeres de La Pampa. *Acta Médica Peruana*.

- Nicolai, J., Muller, N., Noest, S., Wilke, S., Jobst-Hendrik, S., Gleißner, C., . . . Christiane, B. (2017). o change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illness*.
- Nina Konstantin, N., Mjöll, J., Helle, S., & Ann-Dorthe, O. (2017). Resistance to change: Role of relationship and communal coping for coronary heart disease patients and their partners in making lifestyle changes. *Journal of Public Health*.
- Ofam , S. D., Pereyra Girardi , C. I., Cófreces , P., & Stefani , D. (2015). Estudio de las representaciones sociales de la hipertensión arterial según género. *Liberabit*.
- OMS. (17 de 05 de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- PAHO. (2017). *CONSTRUYENDO SALUD A LO LARGO DE LA VIDA*. Obtenido de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/pv-course.html>
- Ruiz, E. D., Arrubla Sánchez, D. J., & Sanabria Ferrand, P. (2013). *ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ EN COLOMBIA*.
- Seah, A., Tan, K., Huang Gan, J., & Wang, W. (2016). Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*.
- Sevilla-Cazes, J., Ahmad, F., Bowles, K., Jaskowiak, A., Gallagher, T., & Goldberg, L. (2018). Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *Journal of general internal medicine*.
- Turner, K. M., Winder, R., Campbell, J. L., Richards, D. A., Gandhi, M., Dickens, C. M., & Richards, S. (2017). Patients' and nurses' views on providing psychological support within cardiac rehabilitation programmes: a qualitative study. *BMJ open*.
- Vega Abascal, J., Guimarães Mosqueda, M., & Vega Abascal, L. (2011). Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Medicina Integral*.

- Wei Seah, A. C., Kiat Tan, K., & Huang Gan, J. C. (2015). Experiencias de pacientes que viven con insuficiencia cardíaca: un estudio cualitativo descriptivo. *Enfermería Transcultural*.
- Wenger , N. K., & Jackson , C. F. (2011). Enfermedad cardiovascular en el anciano. *Española de cardiología*.
- Widell, C., Andréen, S., Albertsson, P., & Axelsson, Å. (2020). Octogenarian preferences and expectations for acute coronary syndrome treatment. European journal of cardiovascular nursing. *journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*.
- Zapata Gómez, , N. E. (2011). La experiencia de sufrir una insuficiencia cardiaca crónica. Un padecimiento que acerca a la muerte revista. *Investigación y Educación en Enfermería*.