

Mitos, creencias y temores en la cardiopatía isquémica

Granero Molina J*, Muñoz Ronda FJ**, Fernández Sola C***, Martínez Pérez MC****, Lao Barón F**, y Martínez Egea JM**

*Enfermero. Profesor Asociado. Departamento de Enfermería. Universidad de Almería. **Enfermero. UCI Hospital Torrecárdenas. Almería.

Enfermero. Supervisor de Radiología. Hospital Torrecárdenas. Almería. *Enfermera. Distrito Poniente-Roquetas. Almería.

Resumen

Los pacientes que sufren cardiopatía isquémica conviven con frecuencia con mitos y falsas creencias al respecto de su nueva situación; que pueden traer consecuencias que se pueden manifestar en forma de una incorrecta prevención de procesos posteriores y el desarrollo de prácticas y modos de vida nocivos para el individuo. Este estudio de diseño cualitativo realizado sobre pacientes con enfermedad coronaria aguda ingresados en nuestra unidad de cuidados críticos pretende evaluar el grado de conocimiento de la población que sufre esta enfermedad coronaria con respecto a la gravedad, calidad de vida y cuidados preventivos y paliativos que manejaban estos usuarios, revisando temas como la estima, las creencias, la sexualidad, los roles familiares y laborales, etc. Las conclusiones extraídas del análisis de los datos ofrecidos por los pacientes entrevistados muestran que existe un claro desconocimiento con respecto a su situación, sus posibilidades y sus perspectivas, que los introducen en marcos erróneos que traen como consecuencia el aumento de sus miedos y preocupaciones, siendo éste el mayor causante de estrés y preocupaciones, con consecuencias negativas para su evolución y afrontamiento a la nueva situación.

Palabras clave: Mitos, creencias, temores, cardiopatía isquémica, afrontamiento.

Abstract

Patients suffering ischemic heart disease frequently live among myths and false beliefs related to their new situation, that brings consequences that face in form of an incorrect prevention of later processes and the development of incorrect practices and noxious ways of life for the individual. This qualitative designed study carried out on patients with acute coronary disease attended in our critical care unit, explores and evaluate the degree of the population's knowledge that suffers this disease, regarding to the graveness, quality of life and preventive and palliative care these users managed, revising topics like self-esteem, beliefs,

sexuality, family and laboral roles, etc. The extracted conclusions in the analysis of the data offered by the patients interviews show that a clear ignorance exists related to its situation, their possibilities and their perspectives, that introduce them in erroneous frames that result in the increase of their fears, being this the consequence of more levels of stress and concerns, with negative goals for their evolution and coping to the new situation.

Key words: Myths, beliefs, fears, coping, ischemic heart disease.

Introducción

La Cardiopatía Isquémica se ha confirmado como una de las patologías de mayor relevancia en el mundo actual, sobre todo si nos atenemos a su estudio en las sociedades occidentales. Su trascendencia, vista tanto como un problema de salud pública como desde el impacto que tiene en nuestro quehacer diario, nos lleva a centrar en este problema nuestro interés, intentando su abordaje desde las más diversas perspectivas. Es por tanto obligado su estudio desde ópticas tan comunes, y a la vez tan dispares, como la fisiológica, la aparición de nuevas técnicas de diagnóstico y terapia, el uso de nuevos agentes farmacológicos, y por supuesto su evolución e impacto en términos de la calidad de vida en los sujetos afectados.

Nos encontramos evidentemente ante uno de los principales problemas de salud que afectan a las sociedades desarrolladas en la actualidad. La toma de conciencia al respecto, por parte tanto de la población general como de autoridades sanitarias de distinta índole, parece ser un hecho consumado.

Pero el hecho de que, desde nuestra condición de enfermeros de Unidades de Cuidados intensivos (UCI), gocemos de una atalaya privilegiada en el tratamiento, evolución, seguimiento y prevención (sobre todo secundaria) de este tipo de patologías, ha de ponernos en alerta ante la certeza de los conocimientos y comprensión de este tipo de problemas por parte de los propios afectados.

Estos centros asistenciales han demostrado su valía en el tratamiento de este tipo de problemas, sobre todo en lo

referente a su fase aguda, pero ahora que ha quedado solucionada la parte técnica del problema, nos preguntamos si ciertas lagunas serían posibles de solucionar trabajando aspectos más interaccionales del paciente.

El carácter especialmente alarmante de estas patologías coronarias, que colocan al paciente afectado en una situación de serio peligro de mantener su vida, va a provocar su urgente ingreso en Centros Hospitalarios y más específicamente en UCI, donde se va a desarrollar la fase más aguda de su proceso y tratamiento.

Esto supondrá una situación crítica para la vida del paciente, que una vez resuelta, pasará a unidades de hospitalización de cardiología, y posteriormente, y si las circunstancias lo permiten, será dado de alta a su domicilio.

Nuestra experiencia en el cuidado de este tipo de pacientes, que pueden estar ingresados en nuestra unidad una media de 3 días, nos ha puesto en alerta sobre la existencia de mitos y falsas creencias al respecto de su nueva situación; que pueden traer consecuencias que se pueden manifestar en forma de una incorrecta prevención de procesos posteriores y el desarrollo de prácticas y modos de vida nocivos para el individuo.

La carencia en nuestra provincia de centros sanitarios dotados de una unidad de rehabilitación cardiaca, que aborde estos problemas de forma específica, pone más de relieve su importancia, aunque es en la propia UCI donde ya comienzan las primeras manifestaciones de estos miedos y temores.

Es por ello, que creemos conveniente y necesario detectar todo este tipo de creencias y errores en la comprensión y asimilación de la nueva situación en los pacientes afectados de CI, para que una vez conocidos, se corrijan al paciente mediante una educación sanitaria correcta. Todo ello redundará en la correcta prevención de procesos y complicaciones posteriores, y sobre todo, evitará al paciente una serie de miedos y preocupaciones, que en la mayoría de las veces por injustificadas están menoscabando su calidad de vida como persona.

Es cierto, que hay muchas investigaciones en nuestro medio que han abordado el problema, tanto desde el punto de vista teórico como de desde la óptica cuantitativa. Pero no lo es menos el hecho de que consideramos necesario su tratamiento desde un trabajo de campo de índole cualitativa, donde es el propio paciente quien expresa sus temores, miedos y creencias, su propia vivencia del proceso y sus experiencias más íntimas.

La poca experiencia de la Enfermería en este tipo de estudios puede acarrear sus dificultades, pero por otro lado, nuestra posición privilegiada en el cuidado del paciente en una situación tan extrema, nos puede proporcionar "línea directa con sus vivencias más profundas", sacando a la luz problemas y miedos que quedarían ocultos si se intentaran detectar mediante el uso de otras metodologías.

Objetivos generales

- 1.- Detectar el grado de conocimiento de la población que sufre esta enfermedad coronaria al respecto de.
 - Gravedad e importancia de su patología.
 - La supervivencia tras el proceso.
 - La calidad de vida tras el proceso.
 - Los cuidados preventivos y paliativos necesarios.
 - El empleo de los sistemas de apoyo disponibles.
- 2.- Detectar los miedos, temores, mitos y creencias que desarrolla el paciente coronario tras sufrir uno de estos procesos.
- 3.- Detectar las carencias de información y conocimiento sobre su problema específico.
- 4.- Analizar críticamente la idoneidad de la información aportada al paciente, sobre todo desde la óptica de los cuidados de enfermería.
- 5.- Planteamiento de soluciones ante las carencias y problemas detectados.

Objetivos específicos

Pretendemos dar respuesta a una serie de cuestiones relacionadas con el conocimiento del paciente al respecto de la patología sufrida, su vivencia del proceso tras el internamiento en UCI, la aparición de nuevas necesidades y su propia percepción de la nueva situación.

Un acercamiento más minucioso a las cuestiones a las que queremos dar respuesta vendría dado por:

- Conocimiento de su problema, capacidad de usar los distintos recursos sanitarios disponibles y detección de barreras que hayan dificultado su empleo.
- Detección de posibles cambios de rol en el paciente afectado.
- Conocimiento del grado de influencia que comporta su nueva situación al respecto de las relaciones sociales, laborales, familiares y de ocio y recreo.
- Expectativas del paciente afectado ante la aparición de posibles restricciones en dieta, alcohol, tabaquismo, etc.

- Detectar en qué medida el afectado cree que variarán sus necesidades básicas y su capacidad de respuesta para darles cobertura.

- Afectación de creencias religiosas y expectativas levantadas ante el proceso vida - muerte.

- Encontrar posibles alteraciones de la propia autoestima, de la percepción de su imagen corporal y de sus habilidades físicas y de movimiento.

- Buscar el grado de conocimiento y falsas creencias en torno a la importancia que toman ciertos factores como el sueño, el estrés, la ansiedad y las posibles disfunciones sexuales.

- Hacer un diagnóstico claro y orientado por necesidades de la nueva situación a la que como persona se enfrenta el paciente que ha sufrido un proceso de cardiopatía isquémica.

- Detectar los errores, los mitos y las falsas creencias que al respecto de su nueva situación, se desarrollan en este tipo de pacientes.

- Localizar los déficits de información por parte del personal sanitario, sobre todo del personal de enfermería que trabaja en estas unidades.

- Elaborar una dinámica de trabajo en la cual se incluya una información clara y determinante al respecto de las carencias detectadas, con el único fin de evitar la aparición de miedos, falsas creencias y nulidad de expectativas que con tanta frecuencia aparecen en estos procesos, y que tan nefasta influencia tienen a la hora de que se repita el problema y de la propia calidad de vida de los afectados.

Utilidad práctica de los resultados del estudio

Un mejor conocimiento de las expectativas, los temores y los problemas percibidos respecto a la enfermedad coronaria por parte de la población que la sufre, es fundamental como paso previo para el diseño de estrategias en materia de promoción, prevención y atención sanitaria. Medidas todas ellas conducentes a una mejora en la información de estos pacientes y a un aumento de su calidad de vida dentro del proceso en el cual se hayan inmersos.

El conocimiento de esta realidad lo consideramos prioritario para el diseño de planes de formación para enfermeros, y que redundará de forma clara en la mejora de la calidad de la información que estos prestan al propio usuario de nuestros sistemas de salud.

De los datos obtenidos obtendremos la información necesaria para el diseño de estrategias de información,

instrumentos de apoyo (material gráfico de información, protocolos de aprendizaje, etc.).

Contribución a la humanización del proceso de cuidados de enfermería, en unas unidades de trabajo que por su alta tecnificación y grado de especialización, hacen difícil la contribución y manifestación de la vivencia de los procesos sufridos por los propios afectados.

Formulación del problema de investigación

Por nuestra experiencia y la revisión bibliográfica realizada podemos constatar la existencia de carencias de información, déficits de conocimientos tradicionalmente adquiridos, incertidumbre, mitos, miedos y falsas creencias, que al respecto de la cardiopatía isquémica, se desarrollan en los pacientes coronarios. Estas carencias parecen desarrollarse con especial intensidad en el momento de la fase aguda del problema, que suele coincidir con el ingreso del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Diseño del estudio

Presentamos un estudio en el que se han utilizado técnicas de aproximación cualitativa, un estudio dinámico y flexible, de carácter fenomenológico. Se trata de estudiar los datos obtenidos y desarrollar categorías que permitan encontrar el significado de las vivencias que estos pacientes tienen de su enfermedad.

Ámbito del estudio

El escenario donde vamos a realizar el estudio es la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería. Éste, además de ser nuestro ámbito de actuación, constituye un entorno donde el paciente comienza a presentar manifestaciones relacionadas con los hechos a investigar y donde pueden sin duda comenzarse a aplicar actuaciones encaminadas a resolver el problema. De cualquier forma, para disminuir el impacto ambiental sobre el paciente y evitar la influencia sesgada de la llamada psicosis de la unidad de cuidados críticos en la capacidad de respuesta de los participantes, la recogida de información se realizó durante la fase más estable de la enfermedad, justamente anterior al traslado a una unidad de hospitalización convencional, y siempre en momentos de baja actividad intra UCI. El elevado número de ingresos como causa de esta patología aseguró una disponibilidad estable de participantes.

Después se procedió a la tramitación pertinente de los permisos necesarios para la realización del estudio al Comité Ético de Investigación Clínica y a la Comisión de Investigación de la Dirección de Enfermería de nuestro centro, en los que acreditamos el trato confidencial de toda

la información obtenida, el anonimato de los sujetos encuestados y la destrucción de los soportes donde quedaron reflejadas las opiniones recogidas desde el momento de finalización del trabajo de campo. Se procedió asimismo a la confección de un formulario de consentimiento informado del que se hizo partícipe a todos los pacientes participantes en el proyecto. La información fue recogida utilizando como instrumento una entrevista semiestructurada e individual, que fue grabada en cinta magnetofónica, manteniendo siempre un ambiente de intimidad. Como se describió anteriormente, las entrevistas se realizaron en horario de baja actividad, sin interrumpir horarios de sueño, alimentación, visita y realización de otros procedimientos.

Población

La población de estudio consistió en los pacientes aquejados de patología coronaria aguda ingresados en nuestra unidad de cuidados críticos. La muestra se extrajo de esta población atendiendo a las siguientes características: paciente consciente, orientado y alerta, sin limitación de edad ni alteraciones sensoriales ni de la comunicación verbal. Los pacientes habían superado la fase crítica inicial, mostraban ausencia de complicaciones graves e independencia de primer episodio o recidiva.

Muestra

Atendiendo al tipo de diseño a utilizar, la muestra de pacientes seleccionada para la realización del estudio, en torno a 50 componentes, estará compuesta por personas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2001, elegidos de manera totalmente aleatoria entre los provenientes de esa población general que, además de presentar cardiopatía isquémica, reúnan una serie de condiciones como:

- Paciente consciente, orientado y alerta (estado que es conocido de entrada por información del personal de enfermería que les atiende en ese momento, y que el propio entrevistador constatará en su presentación para inicio de la entrevista).

- Pacientes que no presenten déficits o problemática sensorial, así como que se mantenga intacta su capacidad de comunicación verbal.

- Que se encuentren fuera del periodo más crítico, aunque continúen ingresados en la UCI.

- Pacientes que no presenten complicaciones que puedan agravar de por sí su ya precaria situación (arritmias, edema agudo de pulmón, etc.).

La entrevista se concretará con independencia de que abordemos un primer episodio de la enfermedad o una recidiva de la misma, eso sí, en el segundo de los supuestos, quedará reflejado en la recogida de los datos.

- El tamaño final de la muestra vendrá determinado por la propia realización de las entrevistas, que se detendrán en el mismo momento en que se alcance el principio de saturación de datos obtenidos y se garantice la representatividad de los mismos.

Condiciones para la entrevista

Los entrevistados.

Los entrevistados cumplirán estrictamente los aspectos observados en los criterios de inclusión.

Se solicitará la colaboración del paciente y se le explicarán todos los términos del proyecto de investigación. Esto incluye la problemática detectada, las garantías de anonimato, el carácter estrictamente aleatorio de su inscripción como participante, la voluntariedad de participación, los objetivos del proyecto y la posibilidad de que tras la obtención de los resultados, se saquen conclusiones que afloren problemática ocultas, con la subsiguiente puesta en marcha de actividades que los remedien.

Las explicaciones a los entrevistados se adaptarán en todo momento al nivel socio-cultural y capacidad comprensiva de los implicados.

En términos generales, diremos que debemos de buscar la colaboración de los entrevistados tras haber llegado a la conclusión que son conscientes de que algo de lo que ellos saben, creen y opinan, puede llegar a ser de gran interés para la investigación.

Los entrevistadores.

Pertencientes al grupo de investigación conformado para llevar a cabo la investigación. Será realizada por estos miembros, enfermeros de UCI y en situación laboral activa en este servicio en el tiempo en el que se ha desarrollado el proyecto.

Tras presentarse el entrevistador, le explicará al paciente la finalidad de la entrevista, solicitando al paciente su colaboración (haremos especial hincapié en la exposición del problema, los motivos que nos mueven a la realización de la entrevista, el interés general de los datos obtenidos, etc.).

Habrán atendido al paciente en una fase anterior, con lo que opinamos se favorece el clima de la entrevista y la propia confianza entrevistador-entrevistado.

La entrevista.

Realizaremos un tipo de entrevista semidirectiva / semiestructurada / en profundidad.

Este tipo de técnica va a alternar, momentos no directivos orientados a permitir la libre expresión del sujeto, con momentos directivos en los que el entrevistador interviene en orden a la consecución de objetivos específicos según la investigación.

Creemos que es la que ofrece mayores posibilidades y mejores resultados en la práctica cotidiana. Permite la improvisación sobre una pauta general mediante la eliminación de intervenciones, cambio de otras, etc, en función del desarrollo de la investigación.

Por supuesto, se alertará a los entrevistadores en el sentido de la no aplicación de la misma de una manera mecanicista, puesto que se perdería la oportunidad de profundizar creativamente en la problemática objeto de la investigación.

Mantendremos una estrategia estructural, donde el análisis de la conducta de relación del sujeto entrevistado en relación con el tema a investigar es el principal foco de interés, permitiendo realizar estimaciones a cerca de sus procesos de personalidad y comunicación.

- ¿Puede describirnos su problema de salud?
- ¿Es capaz de identificar, manejar y buscar ayuda para el mantenimiento de su salud si se repite el problema?
- ¿Ha tenido alguna dificultad a la hora de utilizar los recursos de salud disponibles?
- ¿En qué medida puede verse afectado su rol?
- ¿Cómo creé que va a influir su enfermedad en sus relaciones laborales?
- ¿Cómo creé que va a influir su enfermedad en sus relaciones sociales y familiares?
- ¿Se verá afectada su participación en actividades recreativas o de ocio?
- ¿Creé que su enfermedad le ocasionará disfunción sexual?
- ¿En que medida sus creencias religiosas se han visto afectadas?
- ¿Conoce las restricciones que respecto a hábitos nocivos como tabaquismo y consumo de alcohol le impone su nueva situación?
- ¿Cual es su actitud respecto al tratamiento a seguir, consecuencias de su incumplimiento y posibles efectos secundarios?
- ¿En que medida piensa que su problema de salud puede limitar sus habilidades físicas y de movimiento?
- ¿Conoce los cambios que respecto al factor sueño le impondrá su nueva situación de salud?

- ¿Conoce los cambios y restricciones dietéticas que comportará su nueva situación?
- ¿Piensa que tendrán que variar sus hábitos higiénicos?
- ¿Se ve afectada la percepción de su imagen corporal y autoestima?
- ¿En que medida el estreñimiento puede influir en la evolución de su enfermedad?
- ¿Conoce el peligro que el estrés y la ansiedad añaden a su situación de salud?
- ¿En que medida se puede repetir el proceso, cómo lo detectaría y cual sería su modo de actuación?
- ¿Cual es su opinión al respecto de la influencia del ejercicio físico moderado en su nueva situación?

Modelo de entrevista e "ítems", (extraído del documento enviado por los investigadores al Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, con fines a su aprobación y puesta en marcha).

La formación de los entrevistadores.

Con anterioridad a la fase de entrevista, los entrevistadores serán instruidos en los objetivos del estudio, su diseño, los criterios de selección de los entrevistados, las condiciones desarrollo de la entrevista, etc.

Igualmente serán instruidos en las habilidades de la entrevista, atendiendo a aspectos tan importantes como la realización de las mínimas necesarias, no realizar las preguntas muy directamente ni encubiertas, la adecuación del lenguaje al entrevistado, el respeto a la libertad del sujeto a la hora de la respuesta, el uso y la interpretación de los silencios, etc.

Se abordarán también estrategias para la resolución de problemas durante el desarrollo de la entrevista y la capacidad para recoger la información adicional.

El uso correcto de la grabadora y las habilidades para la transcripción.

Las condiciones de la entrevista.

Las entrevistas se realizarán en horario de mínima actividad asistencial (como pueden ser los turnos de tarde), en ausencia de ruidos y perturbaciones, y siempre que no se esté atendiendo a ninguna situación urgente en el ámbito del paciente.

El paciente se encontrará solo, en la cama (sillón) que ocupa en su box correspondiente, con la única compañía del entrevistador (siempre en ausencia de familiares que puedan condicionarlo sustituir sus manifestaciones).

Nos presentaremos tanto como enfermeros de la unidad como investigadores, pensando que esta doble condición, más que ser fuente de sesgos, aportará a entrevistador y entrevistado un clímax de especial confianza que sacará a

flote los problemas que buscamos (el hecho de haber tenido contacto con el paciente en la fase más crítica de su problema, genera una situación de especial confianza que evita rigidez en la entrevista y favorece la consecución de los objetivos del proyecto).

Las respuestas del paciente se recogerán en grabación magnetofónica, pero además realizaremos especial hincapié en que el entrevistador recoja de forma escrita y mediante el uso de anotaciones, los datos subjetivos sobre actitudes y comportamientos, así como todas las posibles reacciones que surjan de forma eventual a lo largo del desarrollo de la entrevista.

En todo momento, el entrevistador podrá modificar ciertas condiciones de las primariamente pactadas en función del desarrollo de la entrevista y las especiales características de los entrevistados; pero, siempre que queden recogidas de forma explícita en las anotaciones para su posterior valoración.

La entrevista deberá de tener en todo momento un carácter lo más cercano posible a la conversación informal, planteando las preguntas de forma que el entrevistado no lo perciba como un interrogatorio. Se trata de conseguir un buen " feed back", aunque para ello el entrevistador se vea obligado a expresar sus propias experiencias, vivencias y sentimientos.

No nos pondremos límites de tiempo, será el entrevistado, quien en el fondo, vaya marcando los tiempos en función de sus condiciones y respuestas.

Solicitud de los permisos reglamentarios.

Antes de la puesta en marcha del proyecto de investigación, es obligada la petición de un permiso reglamentario para llevarla a cabo, por lo que se solicita al Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo hospitalario Torrecárdenas, petición realizada en abril del año 2000. Fue preciso, a petición de éste, presentar hoja de consentimiento informado y de declaración de confidencialidad, siguiendo el modelo que se expone a continuación.

La aceptación del proyecto fue puesta en conocimiento del investigador principal por medio de carta enviada por el mencionado comité, quien aceptó tanto los contenidos, metodología, fines, etc. en su reunión de 3 de mayo de 2000, poniendo como única premisa la comunicación de los resultados una vez que se haya finalizado éste.

Los condicionantes éticos

Podríamos plantearnos el hecho de si es ético utilizar a las personas como sujetos de estudio cuando están sometidas a una situación de crisis, pretendiendo

que nos comuniquen sus vivencias y experiencias más íntimas.

Pero consideramos justificable el abordar estos aspectos, ya que es la forma más auténtica de conocer esas experiencias de primera mano, en su momento álgido, siendo la información más auténtica para diagnosticar los problemas encontrados.

También se justifica por la finalidad última del proyecto de estudio, donde se detectarán problemas, que una vez analizados, intentarán ser abordados por actuaciones específicas que evitarán al resto de pacientes que ingresen en nuestra unidad en estas condiciones toda una serie de miedos y angustias, muchas veces injustificados.

Dificultades y limitaciones

Al formar parte los investigadores del medio y conocerlo, puede que actúen interaccionando con los entrevistados y dirijan la marcha del proceso. Esto lo evitaremos por medio de una correcta formación de los investigadores.

Otra dificultad puede radicar en el hecho de encontrar negativas a la participación en el estudio, cosa que quedó totalmente descartada con la realización de 10 entrevistas a título de pre-test, donde comprobamos que el índice de colaboración era prácticamente del 100%.

Una dificultad añadida radicaría en el hecho de que los datos que se manejan pertenecen al área de la comunicación, y ésta ha de ser luego interpretada desde unos modelos y valores que animan e influyen a los propios investigadores.

También nos planteamos el problema de que al ser los entrevistadores enfermeros de la unidad, que ya han atendido al paciente en su fase más crítica, éste se vea condicionado en el ánimo de sus respuestas. Esta situación, desde nuestro punto de vista, queda claramente superada por el hecho de que tales cuidados administrados en fase crítica, crean un vínculo muy especial enfermero / paciente, lo que revierte en una fluidez y confianza en la comunicación que esperamos se vea manifestada en el contenido y profundidad de las respuestas encontradas.

Resultados y discusión de los hallazgos

CAPACIDAD DE IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD Y SUS SIGNOS. CONOCER LOS RECURSOS DE AYUDA

Atendemos a las impresiones recogidas en las preguntas 1, 2 y 19, que pretenden identificar cuál es el grado de conocimiento de los participantes en relación a las características de su enfermedad, los signos que la

identifican y la capacidad de buscar ayuda en caso de posibles nuevos episodios. Los pacientes más jóvenes y, especialmente, los que han sufrido episodios cardíacos anteriores, pueden describir de forma más adecuada algunas características de la enfermedad, al contrario que aquellos pacientes de edad más avanzada en los que aparece un cuadro coronario por primera vez. En éstos, la definición de la enfermedad es más vaga o carece de contenido.

“Solo sé que estoy malo del corazón.”

“Esto me ha pillado de sorpresa. Era algo nuevo para mí y por eso tardé en ir al médico.”

“Es la primera vez que me ha dado esto y he estado toda la noche en casa con el dolor.”

En general, los sujetos jóvenes, más cercanos a distintas fuentes de información, mejor formados y con mejores aptitudes de aprendizaje, han oído hablar alguna vez sobre enfermedades cardiovasculares, pueden conocer algunos de sus factores de riesgo o, en el peor de los casos asimilan mejor la información recibida en su primer episodio.

Algunos pacientes con antecedentes han buscado información sobre su enfermedad con objeto de conocerla de forma más profunda, hecho preocupante, que saca a la luz las carencias que en materia de instrumentos de información que las unidades de atención de estos pacientes poseen. El paciente interesado busca fuentes distintas a los profesionales de salud tales como publicaciones, información en medios de comunicación e incluso Internet. Los profesionales de salud se comportan como agentes de información pasivos, capaces de formar pero no en disposición de oferta previa a la demanda. Es quizá por esta razón por lo que las búsquedas de temas de salud en internet son las segundas más frecuentes. Matathia y Salzman (1998) predicen que la salud on-line moverá en el año 2004 algo más de 370.000 millones de dólares, lo que demuestra, además de un creciente interés por la salud dentro de la sociedad, una necesidad ineludible de aumentar la oferta formadora de los profesionales de la salud.

El desconocimiento apreciado en los pacientes con primer infarto genera en éstos una gran variabilidad de respuestas, que van desde la más completa minimización de los síntomas hasta la percepción de muerte más inmediata. Aunque las familias de los pacientes no han sido objeto de estudio en esta investigación, la experiencia que poseemos en la relación con ellos nos permite asegurar que tampoco son capaces de identificar con claridad la gravedad de la situación en los primeros episodios. Las preguntas 2 y 3 ayudan a identificar cuál es la actitud de los pacientes ante un episodio de dolor coronario y la capacidad para acceder a recursos de atención

urgente. Los pacientes de primer episodio creen cortar a partir de éste con la experiencia suficiente para identificar crisis posteriores, por considerar que los signos de presentación son siempre los mismos. A pesar de conocer los recursos de ayuda inmediata, no son capaces de tomar decisiones independientes para instaurar algún tipo de medida terapéutica inicial, a excepción de aquellos pacientes con antecedentes coronarios.

“...Me pongo la pastilla debajo de la lengua y llamo al 061.”

Investigaciones anteriores ponen de manifiesto la relación existente entre el conocimiento preciso de los posibles síntomas de aparición del infarto y la capacidad de solicitar ayuda. Zerwic (1999) identificó un gran número de pacientes que demoraban más de dos horas su solicitud de asistencia tras la aparición de los primeros síntomas, con una asociación clara entre demora y desconocimiento de la enfermedad. Los trabajos de Finnegan et al (2000) y McKinley et al (2000) ofrecen conclusiones muy similares. Meischke (1999) encuentra también en su estudio realizado sobre mujeres con infarto de miocardio que aquéllas que identifican síntomas comunes y poco comunes de forma adecuada llamarían con mayor probabilidad al servicio de emergencias extrahospitalarias o acudirían sin demora al hospital. Bennett (2000) hace referencia a la sensación de experiencia manifestada por algunos pacientes con fallo cardíaco crónico, circunstancia observada también en este estudio, a la que también hacen referencia Johnson y Morse (1990) como parte del estadio final de aceptación de la enfermedad.

Muchos buscan el apoyo inmediato de algún miembro de la familia en quien confían, consideran más capacitado o capaz de asumir la responsabilidad.

“Llamaría a mi hija para que avisara a una ambulancia.”

Esta conducta no debe explicarse solamente por desconocimiento del paciente acerca de los síntomas. En ella debe influir de forma indudable la necesidad de sentirse acompañado y protegido por un miembro cercano de la unidad familiar. El temor al posible desconocimiento en el acceso a los servicios de salud o a la presencia de bajos niveles de comprensión en la relación con el personal asistencial en el momento de acceso al recurso de asistencia, especialmente en personas de edad avanzada, pueden considerarse también como factores a tener en cuenta.

En general se identifican bien los medios de ayuda inmediata. Los pacientes con antecedentes se preparan mejor para facilitar la asistencia.

“Cuando me llevan al hospital yo me llevo todos mis informes.”

Todos se muestran satisfechos con la atención recibida y perciben por las prioridades generadas sobre ellos y los medios desplegados para su atención, que son considerados en todos los niveles de asistencia crítica como “pacientes prioritarios”. Sin embargo, también manifiestan dudas no resueltas por los profesionales que les atendieron y que no parecen identificar como deficiencias en la asistencia.

“... Espero que me lo expliquen...”

“... Como todavía no me han dicho nada...”

Esta observación coincide con el trabajo de Stewart (2000), en el que los participantes manifestaron recibir información deficiente o inadecuada por parte del personal sanitario. En este sentido, los pacientes estudiados por Murray et al (2000) manifestaron recibir mayor cantidad de información desde los medios de comunicación que proveniente del equipo asistencial. Wehby y Brenner (1999) llegan a la conclusión de que la demanda de información es más importante en estos pacientes de lo que las enfermeras piensan.

La falta de información puede tener consecuencias graves en la fase aguda de la enfermedad coronaria. Analizando conjuntamente los trabajos de Buselli y Stuart (1999), Moser et al (1996) y Frasure-Smith (1991), puede deducirse que la ansiedad y el estrés de los pacientes cardiovasculares durante su hospitalización están asociados a la aparición de complicaciones graves tales como reinfarto, reaparición de dolor, arritmias graves, etc., sin olvidar que una de las principales causas de estos niveles de ansiedad es el desconocimiento.

Por otra parte, los pacientes son conscientes de que el proceso puede volver a aparecer y esta situación les preocupa. De cualquier manera, asocian el compromiso con hábitos de vida más saludables con un menor riesgo de nueva aparición de la enfermedad, aunque para algunos pacientes ancianos el hecho de sufrir una recaída supone un riesgo importante de muerte.

ROLES LABORAL, FAMILIAR, SOCIAL Y LÚDICO

En las preguntas 4, 5, 6 y 7 se identifican las alteraciones del rol que concurren en los pacientes estudiados. La aparición de una enfermedad coronaria grave supone, en términos de rol, un encuentro nuevo e inesperado con una realidad distinta y no deseada, que puede condicionar las actividades y las relaciones de los individuos afectados en aspectos laborales, familiares, sociales, etc. La presencia del infarto o de cualquier enfermedad considerada incapacitante, puede alterar la autopercepción del paciente como integrante de una unidad familiar y de una comunidad,

por el temor a un cambio en sus funciones y su imagen dentro de estos medios. Esta circunstancia se observa especialmente en hombres en edad laboral activa, cuyo papel sigue siendo considerado como mantenedor de la economía familiar, en los que la aparición de la enfermedad coronaria es considerada como un evento invalidante para la realización de una actividad laboral normal que asegure la economía de la familia. En algunos pacientes las relaciones familiares pueden verse alteradas, no solo por los problemas anteriores, sino también por el temor a la aparición de una falta importante de independencia que transforme el tradicional rol de cuidador al de sujeto cuidado. A pesar de que algunos pacientes pueden aceptar esta nueva situación, temen sin embargo la excesiva protección que sus familiares pueden ejercer sobre ellos. Muchos pacientes mayores han manifestado miedo de convertirse en una carga. Temen por la continuidad de sus actividades, desde las laborales en los pacientes de vida profesionalmente activa, hasta la pérdida del clásico rol cuidador del abuelo respecto a sus nietos.

“Esta es la excusa que le faltaba a mi mujer para darme la lata; siempre recriminándome que no fumara y comiera en condiciones.”

“...Empezaron a tratarme como si fuera un niño.”

Esta situación de superprotección, especialmente en las esposas de pacientes con enfermedad cardíaca, ha sido también identificada por Thompson (1995) y Bennett (1992). Stewart (2000) expone en su trabajo cómo las esposas de los pacientes tienden a asumir para sí actividades que con anterioridad al episodio realizaba su marido con normalidad. Para este autor y para Leske (1998) la causa fundamental de esta conducta es la falta de información. Leske afirma además que la información necesaria para que los familiares mejoren su afrontamiento y conozcan la importancia de su papel como cuidadores precisa no solo del desarrollo de actividades formadoras para la fase de recuperación, sino de otras para la mejora de la actitud familiar en los momentos agudos de la enfermedad, que redundarán sin duda en las capacidades inmediatas de recuperación de los pacientes. En este sentido, actitudes negativas por parte de los cuidadores informales del entorno familiar, pueden generar conflictos familiares y de pareja debido a reacciones de defensa del convaleciente hacia esta situación de ayuda inadecuada, hecho que demuestran Clarke et al (1996) en su estudio de los efectos de la superprotección en la recuperación de los pacientes cardíacos. Algunos pacientes de nuestra muestra, como otros de los estudios mencionados, temen que estas actitudes protectoras se extiendan también a su entorno social. Esto nos hace pensar que relaciones familiares y sociales pueden observarse desde un punto de vista conjunto, ya que, a pesar de que éstas últimas constituyen una opción personal, suelen desarrollarse, sobre todo en pacientes con pareja e hijos y nietos, en el entorno familiar. Debemos recordar

también que, según nuestra opinión, nuestra cultura asigna de forma tradicional a las personas mayores actividades de ocio y entretenimiento subordinadas de forma frecuente al entorno familiar.

Los pacientes jóvenes, de forma más acentuada que los mayores, ven más alternativas para la solución de estos problemas. Los pacientes de edad avanzada consideran el padecimiento de cardiopatía isquémica como incapacitante y premonitor de muerte. Este hallazgo se asemeja al del estudio de Shih (1998), donde encuentra que más del 30% de su muestra piensa de forma mantenida en la muerte. Scherck (1992), contrariamente a otros hallazgos en estudios anteriores, refuerza la idea de que, a pesar de la presencia de reflexiones sobre la muerte, los pacientes son capaces de usar muchas y muy variadas estrategias de afrontamiento en los tres primeros días de enfermedad, período en el que se recogieron nuestros datos. Más aún, esta curiosa mezcla de ansiedad y esperanza se encuentra presente, según Heszen-Niejodek et al (1999) en todas las fases de la enfermedad.

Hemos observado además que las mujeres entrevistadas mantienen una percepción mayor de la enfermedad coronaria como proceso de envejecimiento. La preocupación de los pacientes en edad laboralmente activa sobre sus expectativas en la reincorporación al trabajo ha sido un hallazgo importante. Éstos suelen percibir inconvenientes en el mantenimiento de su actividad cotidiana a partir del episodio, situación que parece ser componente fundamental de sus preocupaciones.

“Quizá tenga que hablar con la empresa para que me busque un trabajo más suave.”

“Yo no sé si le voy a poder dedicar al negocio el mismo tiempo que ahora.”

Algunos autores han estudiado la eficacia de programas de rehabilitación para mejorar la incorporación de aquéllos al mundo laboral y disminuir la sensación común de falta de fuerza para esta actividad. Dumont et al (1999) estudiaron el impacto de un programa de rehabilitación cardíaca para integración de trabajadores, en el que se apreció que los pacientes que recibieron atención específica dentro del programa se incorporaron al trabajo antes y en mejores condiciones que los que recibieron cuidados rutinarios. Siegrist y Broer (1997) dan tanta importancia a los condicionantes psicosociales como a los físicos para la vuelta al trabajo y destacan la conveniencia de encaminar las intervenciones de rehabilitación sobre ellos. Nuestra opinión coincide con la de estos autores al encontrar un manifiesto componente de pérdida de rol en estos pacientes, que puede llegar a dificultar su

incorporación laboral de forma más acusada que las limitaciones físicas.

Algunos pacientes perciben que no deberían modificar sus hábitos de vida. Un estudio posterior y más exhaustivo debería determinar si esta conducta responde o no a una situación de negación ineficaz o afrontamiento defensivo, a pesar de que en los estudios de Thompson, Scherck, Theobald o Shih no se emiten estos diagnósticos.

La desacomodación en el cambio de rol cuidador a cuidado se ha manifestado de forma característica en pacientes de edad avanzada de los que dependía algún familiar, especialmente cónyuge con necesidad de cuidados. Esta nueva situación, aún resultando estresante, no parece constituir un mecanismo de frustración, sino más bien un incentivo para una pronta recuperación para volver a ejercer el papel cuidador-protector momentáneamente perdido.

“Mi mujer está enferma y yo la tengo que cuidar.”

“...Tengo que curarme pronto, no me puedo permitir el lujo de enfermar.”

Sutherland y Jensen (2000) estudian las opiniones sobre cambios de vida en ancianas con enfermedad coronaria y descubre, entre otras percepciones de adaptación, que estas pacientes temen no poder realizar actividades de cuidado a los suyos tras la enfermedad, tal y como se ha observado en nuestro estudio.

SEXUALIDAD

No se obtuvieron respuestas de todos los pacientes a esta pregunta. En ocasiones los entrevistadores consideraron oportuno omitirla atendiendo al desarrollo de la entrevista o a las condiciones del paciente. En otros casos, aunque la pregunta fue realizada, los pacientes reaccionaron con expresiones de vergüenza.

“Eso es para vosotros los jóvenes.”

“A mí eso ya no me importa.”

Los pacientes que respondieron ofrecieron una amplia diversidad de comentarios, aunque podemos agruparlos dependiendo de la edad de éstos. Otra circunstancia observada es la menor timidez en la respuesta en los varones respecto de las mujeres. Al contrario que en pacientes mayores, a actividad sexual es considerada más importante por los pacientes jóvenes aunque, también en este caso, siguen esperando más posibilidades y alternativas de recuperación, demandando a su vez más información al respecto.

“Mira, eso ya es lo que me faltaba. Yo qué sé, como nadie te explica nada. Yo no creo que esté tan malo como para eso.”

“...Ojalá que no, si no sería para suicidarse; aunque supongo que de todo eso me daréis información.”

Todos los pacientes de mediana edad entrevistados manifestaron su deseo de recibir información respecto a la actividad sexual posterior al episodio. A pesar de que creen que ésta no deba restringirse de forma significativa, muestran su preocupación acerca de la falta de información sobre el tema. Diversos estudios, como los de Ketchell (1998) y Nolan (1998), determinan la importancia de la información sobre sexualidad en pacientes coronarios y el importante papel de las enfermeras en la transmisión de esta información. A pesar de ello, parece generalizada la opinión de que la información ofrecida es insuficiente, mal estructurada e incluso inexistente, más aún cuando los pacientes piensan que las enfermeras son los profesionales indicados para ofrecer estos consejos, como relatan Steinke y Patterson-Midgley (1996), que opinan además que la necesidad de asesoramiento sexual en pacientes coronarios pasa con frecuencia desapercibida por parte de las enfermeras. Otros autores como Piper (1992) opinan que otra causa para la ausencia de información es el hecho de que los profesionales se sienten incómodos al tratar problemas relacionados con la actividad sexual de sus pacientes. En nuestra opinión, los profesionales de unidades de cuidados críticos y urgencias tienden a no considerar prioritaria la valoración de los aspectos sexuales de la enfermedad coronaria, especialmente en la fase aguda del proceso, cuando la identificación de otras necesidades y problemas son percibidos como más básicos. De hecho creemos que el término necesidad básica no se encuentra correctamente definido en la asistencia del paciente crítico. La importancia de la información sobre el reinicio de la actividad sexual se ve reflejada en las consecuencias que la ausencia de ésta puede tener sobre los pacientes. Papadopoulos et al (1983) describen cómo el 51% de las pacientes de su estudio presentaron miedo a reiniciar su actividad sexual y cómo el 44% la disminuyó, entre otras repercusiones. Angelini (1980) asegura estudiando algunos casos clínicos que, ante la ausencia de conocimientos, la ansiedad, el miedo y los prejuicios culturales condicionan la recuperación psicosexual.

CREENCIAS RELIGIOSAS

La pregunta 9 ha ofrecido la posibilidad de conocer las opiniones que respecto a las creencias religiosas

poseen los pacientes en relación al hecho de sufrir una enfermedad que, en cierta medida ha puesto en peligro sus vidas. Se aprecia en primer lugar que los patrones de creencia no varían en exceso y los pacientes piensan en ello en pocas ocasiones. Solo tres de los entrevistados cuestionan sus valores espirituales por considerar su situación injusta y no merecida.

“Yo no sé qué he hecho en la vida para que me pase esto.”

“Ya no sé si creer o no creer, porque yo no he hecho nada malo. No sé por qué se me castiga a mí con esto.”

Los pacientes en los que han aparecido menos inquietudes desde el punto de vista espiritual han sido los más jóvenes.

“Yo soy poco creyente...”

“Yo es que practico poco, ¿sabes?. Yo pienso poco en eso.”

Los creyentes, especialmente los practicantes, parecen tener más asumido el hecho de la muerte o el enfermar como voluntad divina. Dios es concebido como trazador de los designios humanos y decide sobre la enfermedad y la muerte.

“Esto nos tiene que pasar a todos. De algo nos tenemos que morir. Es ley de vida.”

“Si me ha dado esto es porque el Señor ha querido y no hay que tener miedo.”

Con respecto a esta última frase parece entenderse en las opiniones de algunos pacientes que el hecho de creer los prepara mejor para afrontar su enfermedad. Esta circunstancia, apreciada de forma poco clara en nuestro estudio, se encuentra ampliamente descrita en las referencias consultadas. Davidhizar (2000) opina que los pacientes con fuertes creencias religiosas disfrutan de mejores recursos de afrontamiento y de una postura más serena ante la muerte. Luskin (1997) ofrece también conclusiones en este sentido, comentando que los pacientes con apoyo espiritual aumentan sus recursos para mejorar su energía vital y afrontamiento. Walton (1999) considera que las creencias religiosas preparan mejor al paciente para enfrentarse a la muerte, aumentar la fuerza y dar un sentido nuevo a la vida.

Creemos sin embargo que el contexto cultural es determinante para estudiar en profundidad la relación salud-religión y las dimensiones espirituales que en nuestro entorno se generan en relación a este aspecto. Nuestra opinión tras analizar los datos de las entrevistas se encamina a pensar que, a pesar de declararse creyentes y de convocar a la Divinidad para el auxilio en momentos difíciles como la enfermedad, los individuos exploran poco

su dimensión espiritual. A pesar de tratarse de estudios sólidamente contruidos y desarrollados, la mayor parte de las referencias consultadas en materia de creencias espirituales proviene de Estados Unidos, país en el que, según nuestra opinión, la espiritualidad tiene dimensiones diferentes con respecto a muchos países europeos, en los que, solo como ejemplo, se acepta más el hecho de no profesar ninguna creencia religiosa.

Es importante hacer constar que ninguno de los pacientes entrevistados hizo referencia a la importancia de ofrecer apoyo espiritual durante su estancia hospitalaria, ni demandó este tipo de asistencia, aunque esta circunstancia si puede apreciarse en nuestra unidad, aunque de forma poco frecuente. Algunos autores consultados exploran la trascendencia del apoyo espiritual como parte de los cuidados del paciente. Govier (2000) considera que este cuidado forma parte de una forma holística de cuidar. Holt-Ashley (2000) comenta la importancia de la introducción de actividades de ayuda espiritual. Más aún, Narayanasamy y Ownes (2001) consideran a la enfermera como el profesional más adecuado para ofrecer ayuda espiritual.

HÁBITOS Y ACTITUDES TERAPÉUTICAS

Con las preguntas 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18 y 20 observamos qué grado de conocimiento y qué actitudes poseen nuestros pacientes sobre algunos aspectos de cambio de estilo de vida y habilidades de fomento de salud. En cuanto al hábito tabáquico, tanto los no fumadores como los fumadores entrevistados manifestaron conocer los efectos nocivos de esta práctica y su influencia sobre la aparición de enfermedad cardiovascular. Los primeros no suelen ofrecer más impresiones al respecto; sin embargo, los fumadores manifiestan su firme propósito de abandonar el hábito, aunque reconocen también las dificultades que implica su deshabitación. Solo pocos pacientes no se plantean dejar de fumar tras el episodio.

“...Yo sabía que era malo pero no he hecho ni caso. He seguido fumando y bebiendo.”

“Uno no hace mucho caso porque del tabaco es muy difícil quitarse.”

En cuanto al seguimiento del tratamiento, los pacientes con antecedentes manifiestan encontrarse habituados a seguirlo, por lo que aducen menos dificultades y muestran mejor predisposición a seguir las indicaciones terapéuticas que se les prescriba. Aquéllos con primer infarto están también dispuestos a seguirlo, aunque relatan más problemas de

predisposición y se encuentran más carentes de información.

“Si a mí me dicen que tengo que tomar lo que sea, me lo tomo.”

“Yo soy muy malo para seguir un tratamiento. Para eso valen las mujeres; ahora bien, si me lo tengo que tomar, me lo tomo.”

En algunos casos ciertos pacientes con antecedentes desconfían de la eficacia de los tratamientos prescritos, tras haber sufrido episodios posteriores, aún habiendo seguido las recomendaciones terapéuticas y cambiado sus hábitos.

“No sé por qué me ha pasado otra vez si me tomo los medicamentos y paseo y me alimento bien.”

Los pacientes también se mostraron interesados por recibir información sobre el seguimiento del tratamiento y sus consecuencias en algunos estudios citados anteriormente, en los que la demanda de información incluye este aspecto. En el estudio de Bennett (1992) los entrevistados muestran un interés especial por la información terapéutica, siendo citada con la misma importancia que el trabajo, las relaciones familiares, etc.

En las preguntas concernientes a actividad física, la mayoría de las respuestas se encaminan hacia la expectativa de no verse afectado respecto a esta capacidad, aunque no se suele tener noción real sobre las situaciones tras la recuperación y cuáles pueden ser las posibles limitaciones. Los pacientes jóvenes esperan que ésta no sea la causa de su discapacidad laboral y se manifiestan dispuestos a incluir el ejercicio en sus actividades habituales. Como en el caso de otros hábitos, todos parecen conocer el beneficio de esta práctica sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular.

“Yo no quisiera dejar de trabajar por esto.”

“Hacer ejercicio sé que es bueno. Cuesta trabajo arrancarse, pero le tiene que venir muy bien al cuerpo.”

Investigaciones anteriores parecen confirmar que, además de los beneficios propios del ejercicio sobre la función cardiocirculatoria, la realización de este tipo de actividades supone un incentivo y una prueba de la capacidad de los pacientes para conseguir objetivos. Así lo aseguran Greif et al (1995), que observaron que la inclusión de los convalecientes de enfermedad coronaria en un programa reglado de ejercicio supuso, además del beneficio estrictamente físico, una disposición positiva adicional para la incorporación al trabajo o la sexualidad.

En pacientes con insuficiencia cardíaca y severas limitaciones del movimiento existe el temor de aparición de síntomas de cansancio ante el ejercicio, por lo que pueden considerarlo poco beneficioso para su situación particular.

Tienden en este caso a limitar su actividad con el objeto de controlar los síntomas. Bennett et al (2000) identifican los mismos hallazgos en su trabajo sobre estrategias de autocuidado en cardiópatas crónicos, donde refieren que de esta forma consiguen controlar gran número de síntomas.

En cuanto a la capacidad de autocuidarse en relación a la higiene personal, los pacientes entrevistados no consideran que la actividad física inherente al aseo suponga un esfuerzo que se encuentren limitados para realizar. El hecho de carecer de la capacidad necesaria para llevar a cabo esta actividad supone para ellos asumir un nivel demasiado alto de incapacidad y una dependencia muy difícil de aceptar, situaciones a las que no esperan llegar.

El sueño es concebido, en términos generales, como actividad beneficiosa y protectora, ya que los entrevistados asocian sueño y estrés en un binomio de significados opuestos. En consecuencia, nuestros pacientes incluyen en el término estrés todas aquellas circunstancias generadoras de ansiedad, frustración, desaliento, etc., que son capaces de comportarse como factor de riesgo desencadenante de la enfermedad.

“...Es que eso es malo para todo: el corazón, el azúcar, la tensión alta... Los nervios no son buenos.”

“Eso es malo porque sube la tensión.”

Algunos pacientes ven su actividad laboral como fuente de estrés y perciben dificultades para poner modificar esta situación.

“...Eso sí lo sé, pero ¿qué voy a hacer?. Yo tengo que atender un negocio y uno siempre coge irritaciones. Peor es estar inútil en tu casa, ¿no?”

Al contrario que en otros aspectos estudiados, los pacientes que manifiestan padecerlas ven pocas salidas a estas situaciones de estrés, bien por ser consideradas inherentes a su actividad laboral o familiar, o por otra parte, innatas en el individuo que las padece. Si alguno de los entrevistados ofrece una solución a este problema, pasa por considerar la posibilidad del control de la ansiedad mediante tratamiento farmacológico, descartando en general los cambios en el estilo de vida hacia una existencia más relajada.

Suele relacionarse además el hecho de padecer una enfermedad cardiovascular con alteraciones posteriores en el hábito del sueño.

Los pacientes con antecedentes tienen más asimilado el hecho de reconducir sus hábitos dietéticos hacia prácticas más saludables, aunque tanto éstos como los pacientes de primer episodio manifiestan percepciones excesivamente restrictivas para su futura alimentación.

“Ahora me lo tendré que comer todo hervido.”

“Tendré que comer como los viejos. Me quitarán de todo.”

Algunos pacientes refieren haberse beneficiado del hecho que otros familiares siguieran con anterioridad dietas pobres en grasas y sal. La posibilidad de fracasar en la adaptación a dietas más equilibradas es un temor común en pacientes jóvenes. Bennet et al (2000) también refieren en su estudio las dificultades que encuentran algunos pacientes para seguir una dieta adecuada, debido fundamentalmente a la falta de habituación de los sabores de las dietas pobres en sal y, como nosotros suponemos, a la ruptura con hábitos y tradiciones dietéticas fuertemente arraigadas.

“Si, eso ya me lo temía yo. Yo soy de mucho comer y me parece que lo voy a pasar mal.”

En cuanto a la necesidad de evitar el estreñimiento, la mayoría de los pacientes consideran que la relación con su enfermedad consiste en la conveniencia de evitar esfuerzos, aunque, como ellos mismos aseguran, se trata exclusivamente de una suposición.

AUTOESTIMA E IMAGEN

Los pacientes han presentado respuestas muy variadas, relacionadas de forma directa con sus momentos vitales, percepciones sobre la enfermedad, situación laboral, necesidad de restricciones, etc. La sensación de envejecimiento, culpabilidad, desconfianza y falta de independencia son factores claves para entender la pérdida de estima en estos pacientes. Estas manifestaciones de autculpa y falta de independencia aparecen en pacientes con importantes alteraciones del rol.

“Me siento como un inútil.”

“Ahora toda la vida pendiente de esto.”

Sin embargo, en los pacientes que vinieron manifestando a lo largo de la entrevista la posibilidad de encontrar alternativas a sus problemas, estos sentimientos afloran con menor prevalencia e intensidad.

“Tendré que ir acostumbrándome.”

“Habrá que seguir tirando con ánimos.”

Con respecto a los trastornos de imagen, el proceso de envejecimiento percibido aparece como la causa más común, aunque suele ser aceptado con resignación en pacientes con edad avanzada. Hall (1996) da relevancia a la necesidad de valorar y atender estos problemas de conducta, que agrupa junto con el déficit de conocimientos, la ansiedad, el temor, el afrontamiento inefectivo, la impotencia y el aislamiento social como las principales manifestaciones de alteración psicológica en pacientes con enfermedad grave

Conclusiones

Podríamos acabar nuestro estudio sometiéndolo a un seguimiento en el sentido de dejar palpable su capacidad de respuesta a los objetivos planteados al inicio del mismo, así como de un análisis de nuestro papel como enfermeros cuidadores en estas unidades.

El paciente cardiaco se interesa por su enfermedad, hasta el punto de buscar información sobre ella en medios tan diversos como Internet o el conocido o amigo que ha sufrido un proceso similar.

Es indudable la implicación de las familias en el proceso, pero su grado de conocimiento de las dificultades presentadas no difiere de las del propio afectado, siendo tal la variabilidad de respuestas, que podemos decir que tampoco son capaces de analizar con claridad la gravedad de la situación que se presenta.

Es clara la satisfacción con la atención recibida, sin embargo siguen manifestando dudas no resueltas por los profesionales que les atendieron en las distintas fases de la enfermedad, aunque no siempre las identifican como deficiencias en la asistencia.

La demanda de información que tienen estos pacientes es muy superior de lo que las enfermeras piensan, siendo una de las principales causa de ansiedad su propio desconocimiento de la situación, su evolución y sus expectativas.

Los roles familiar, social, lúdico y laboral se ven seriamente afectados, siempre en función de la edad y otra serie de factores. Es por ello que en las propias familias o el entorno se desarrollan comportamientos como la superprotección, siendo la mayoría de las veces la causa de ello el propio desconocimiento de la situación y la carencia de una información exhaustiva.

También se transforma en la mayoría de los casos la expectativa ante los conceptos de vejez y muerte, siendo estos percibidos desde una óptica más cercana, con variaciones en el planteamiento vital, a veces sin

existir un motivo explícito que justifique claramente este giro.

Encontramos ítems de la entrevista que fueron de especial dificultad a la hora de obtener resultados, así como durante el análisis de los mismos, como es el caso de la sexualidad. Los enfermeros entrevistadores no se sintieron cómodos a la hora de encuestar sobre ella (falta de hábito y mayoría de pacientes de elevada edad), e incluso fue dificultosa la respuesta de los afectados. Pero una vez roto el hielo, se mostró como una de sus mayores preocupaciones (sobre todo en pacientes jóvenes), manifestando unas serias carencias de información generadoras de angustia y estrés.

Los pacientes mostraron interés por recibir una mayor información sobre el seguimiento de su tratamiento y sus posibles consecuencias, así como de cual será su situación tras la recuperación y las limitaciones posibles con las que se pueden encontrar.

Hay percepciones excesivamente erróneas en referencia a los hábitos de vida a seguir y su influencia en la nueva situación del paciente tras sufrir el episodio coronario. No se conoce en la mayoría de los casos la relación de su situación con fenómenos como el efecto beneficioso del sueño, el peligro del estreñimiento, o la adecuación de las dietas (se las imaginan excesivamente restrictivas).

En resumen, podemos decir que existe un claro desconocimiento por parte de los pacientes afectados al respecto de su situación, sus posibilidades y sus perspectivas, siendo éste el mayor causante de estrés y preocupaciones, con consecuencias nefastas para la evolución de la situación. El paciente quiere informarse, pero la mayoría de las veces no encuentra ni el momento ni el profesional adecuado que le saque de sus dudas, por lo que se deja llevar por creencias sociales, familiares, etc. que más que darle respuestas, le introducen en marcos erróneos que traen como consecuencia el aumento de sus miedos y preocupaciones; con el subsiguiente empeoramiento del proceso y sus perspectivas.

Creemos que el personal de enfermería, que se sitúa a pie de cama del paciente durante la fase aguda, y que posteriormente participará en su seguimiento, es el más indicado para resolver todas estas dudas y poner fin a los falsos mitos y creencias que versan sobre esta patología. Si bien son profesionales valorados por los propios pacientes, su contribución a la buena evolución del proceso coronario sería más decisiva aportando una información exhaustiva, que desde la óptica de los cuidados, aportaría la tranquilidad y el conocimiento del paciente de su nueva situación, eliminando mal entendidos y favoreciendo los efectos del tratamiento y la posterior rehabilitación cardiaca.

Referencias

- 1- Bernat Bernat R. , Ruiz López J., Fonseca Roselló J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 2000, Vol 7, Nº 10,23-31.
- 2- Ortiz D. et al. Calidad de vida y mortalidad a largo plazo de pacientes en medicina intensiva. índice de calidad de vida. *Enfermería Intensiva* 1998, 9: 141- 150.
- 3- Cabello Fernández R. et al. Rehabilitación cardiaca. *Enfermería Intensiva* 1999; 10(1): 22- 29.
- 4- Dueñas Fuentes J.R. Promoción de la salud y educación sanitaria para los pacientes con problemas isquémicos coronarios. *Revista de Enfermería Inquietudes* Nº 17, 5- 8.
- 5- García Fernández F. P. et al. Cuidados del paciente con insuficiencia coronaria. *Revista de Enfermería Inquietudes*, Jaén 1999, Nº 15, 6- 10.
- 6- Arricivita Verdasco et al. Alteración del patrón de sexualidad en pacientes cardiológicos. *Enfermería Clínica*, Enero 2000, Vol. 7, Nº 1, 34- 38.
- 7- Zayas Somaza E., Guancho Garcell H., Factores psicofisiológicos en la sexualidad del adulto mayor. *Geriatría*, 1999, Vol 15 (10)25- 28.
- 8- Carbelo Baquero B., Rodríguez de la Parra S. La autoestima, un elemento fundamental en la relación de ayuda. *Metas de Enfermería*, Nº 11, Diciembre 98- Enero 99, 9-14.
- 9- Brotons Cuixat C. et al. Adaptación del cuestionario de calidad de vida postinfarto MacNew QLMI para su uso en la población española . *Medicina Clínica*, Diciembre de 2000, Vol 115, Nº2016- 19.
- 10- Buceta J.M., Bueno A.M. Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. 1996, Madrid, Pirámide.
- 11- Matathia I, Salzman M. Tendencias. Ed Planeta: Barcelona 1998.
- 12- Zerwic JJ. Patient delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *J Cardiovasc Nurs* 1999; 13 (3): 21-32.
- 13- Finnegan JR et al. Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five US regions. *Prev Med* 2000; 31 (3): 205-213.
- 14- McKinley S et al. Treatment seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. *Heart & Lung* 2000; 29 (4): 237-247.
- 15- Meischke H et al. How women label and respond to symptoms of acute myocardial infarction: responses to hypothetical symptoms scenarios. *Heart & Lung* 1999; 28 (4): 261-269.
- 16- Bennett SJ et al. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing research* 2000; 49 (3): 139-145.
- 17- Johnson JL, Morse JM. Regaining control: the process of adjustment after myocardial infarction. *Heart & Lung* 1990; 19 (2): 126-135.
- 18- Stewart M et al. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping and support. *J Adv Nurs* 2000; 31 (6): 1351-1360.
- 19- Murray S et al. The interplay between social and cultural context and perceptions of cardiovascular disease. *J Adv Nurs* 2000; 32 (5): 1224-1233.
- 20- Wehby D, Brenner PS. Perceived learning needs of patients with heart failure. *Heart & Lung* 1999; 28 (1): 31-40.
- 21- Buselli EF, Stuart EM. Influence of psychological factors and biopsychosocial interventions on outcomes after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 1999; 13 (3): 60-72.
- 22- Moser D et al. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events?. *Psychosom Med* 1996; 58 (8): 395-401.
- 23- Frasure-Smith N. In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *A J Cardiol* 1991; 67 (2): 121-127.
- 24- Thompson D et al. The experiences of patients and their partners one month after a heart attack. *J Adv Nurs* 1995; 22 (4): 707-714.
- 25- Bennett SJ. Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. *Heart & Lung* 1992; 21 (4): 322-326.
- 26- Leske JS. Treatment for family members in crisis after injury: preventing negative outcomes of acute illness in adults. *Advanced Practice in Acute & Critical Care* 1998; 9 (1): 129-139.
- 27- Clarke DE et al. The role of perceived overprotectiveness in recovery three months after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil* 1996; 16 (6): 372-377.
- 28- Shih FJ et al. Taiwanese patients' concerns and coping strategies: transition to cardiac surgery. *Heart & Lung* 1998; 27 (2): 82-98.
- 29- Scherck KA. Coping with acute myocardial infarction. *Heart & Lung* 1992; 21 (4): 327-334.
- 30- Henzen-Niejodek I et al. Anxiety and hope during the course of three different medical illnesses: a longitudinal study. *Psychother Psychosom* 1999; 68 (6): 304-312.
- 31- Dumont S et al. Rehabilitation and the socio-occupational reintegration of workers who have had a myocardial infarct: a pilot study. *Can J Cardiol* 1999; 15 (4): 453-451.
- 32- Siegrist K, Broer M. Employment after the first myocardial infarct and rehabilitation. *Soz Praventivmed* 1997; 42 (6): 358-366.
- 33- Theobald K. The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: a phenomenological study. *J Adv Nurs* 1997; 26 (3): 595-601.
- 34- Sutherland B, Jensen L. Living with change: elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qual Health Res* 2000; 10 (5): 661-676.
- 35- Ketchel A. Addressing the sexual concerns of patients following myocardial infarction. *Nurs Crit Care* 1998; 3 (3): 122-129.
- 36- Nolan M, Nolan J. Cardiac rehabilitation Following myocardial infarction. *Br J Nurs* 1998; 7 (4): 219-225.
- 37- Steinke E, Patterson-Midgley P. Sexual counseling following acute myocardial infarction. *Clin Nurs Res* 1996; 5 (4): 462-476.
- 38- Piper KM. When can I do it again nurse? Sexual counselling after a heart attack. *Prof Nurse* 1992; 8 (3): 168-172.
- 39- Papadopoulos C et al. Myocardial infarction and sexual activity of the female patient. *Arch Intern Med* 1983; 143 (8): 1528-1530.
- 40- Angelini G. Clinical and psychological aspects of sexuality in cardiac patients. *Minerva Med* 1980; 71 (42): 3087-3090.
- 41- Davidhizar R et al. The spiritual needs of hospitalized patients. *Am J Nurs* 2000; 100 (7): 24C-24D.
- 42- Luskin F. Review of the effect of spiritual and religious factors on mortality and morbidity with a focus on cardiovascular and pulmonary disease. *Journal Cardiopulm Rehab* 2000; 20 (1): 8-15.

- 43- Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nurs Stand* 2000; 14 (17): 32-36.
- 44- Holt-Ashley M. Nurses pray: use of a prayer and spirituality as a complementary therapy in the intensive care setting. *AACN* 2000; 11 (1): 60-67.
- 45- Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs* 2001; 33 (4): 446-455.
- 46- Greif H et al. The effects of short-term exercise on the cognitive orientation for health and adjustment in myocardial infarction patients. *Behav Med* 1995; 21 (2): 75-85.
- 47- Hall P. Providing psychological support. *Am J Nurs* 1996; 96 (10): 16N.