

PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR EL PACIENTE CON UN PRIMER INFARTO, E IMPACTO EN SU ENTORNO SOCIAL, FAMILIAR Y LABORAL

Autores

Gómez Palomar MJ*, Casajús Pérez G**, Gómez Palomar C***, Martínez Momblán A****

* Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural.

** Diplomada en Enfermería, Supervisora Cardiología/ Hemodinámica. Licenciada en Antropología Social y Cultural.

*** Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural.

**** Doctora en Enfermería. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Licenciada en Antropología Social y Cultural.

Tercer Premio a la mejor Comunicación Oral concedida en el XXXIII Congreso Nacional de la AEEC celebrado en Las Palmas de Gran Canaria, mayo de 2012.

Resumen

• **Objetivo:** Describir la experiencia vivida en la fase aguda del infarto de debut. Analizar la adaptación al entorno habitual.

• **Método:** Estudio descriptivo cualitativo fenomenológico.

Población: pacientes entre 30 y 60 años de edad, que debutan con síndrome coronario agudo e ingresan para revascularización mediante angioplastia primaria, en el Servicio de Cardiología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (HSCSP) de Barcelona.

Muestreo de conveniencia: 11 pacientes sometidos a entrevista semiestructurada entre 1 y 3 meses después del alta hospitalaria. Las entrevistas se graban y transcriben palabra por palabra. Para el análisis se usó el método Giorgi. Se codificaron e identificaron las unidades de significación, se agruparon los significados comunes y se destacaron los aspectos principales de la experiencia vivida.

• **Resultados:** 3 mujeres y 8 hombres, con edad media 45,5 años (39-62) Se identificaron 8 categorías: reconocimiento problema de salud, aspectos cognitivos, interacción familiares/amigos, adaptación situación, percepción salud / enfermedad, vulnerabilidad, información y creencias. Hay gran variabilidad en la presentación de la crisis isquémica y su vivencia, desde la tranquilidad al terror y sensación de muerte inminente, o la posibilidad de resultar una carga para la familia. 5 pacientes reconocen estar sufriendo un infarto; la familia ejerce mayor control que apoyo; les cuesta adaptarse a la situación, dispuestos a establecer los cambios de hábitos necesarios, pero reclaman más información para sentirse seguros.

• **Conclusiones:** A pesar de la repermeabilización coronaria temprana, el infarto representa un impacto con repercusiones en la vida laboral y familiar que afectan al proceso de normalización. La vulnerabilidad individual se altera fundamentalmente por la experiencia de temor en la fase aguda y la pérdida de apoyo familiar al alta. La reincorporación laboral sigue dos patrones opuestos, retraso relacionado con el temor y aceleración para demostrar normalidad. La incertidumbre creada por la enfermedad afecta el proceso de normalización por lo que el establecimiento de sistemas de vigilancia basados en la comunicación bidireccional y que favorezcan la accesibilidad puede disminuir esta incertidumbre y mejorar la accesibilidad a la salud.

Palabras clave: infarto de miocardio, investigación cualitativa, isquemia miocárdica.

PERCEPTIONS AND EXPERIENCES LIVED BY THE PATIENT WITH THE FIRST MYOCARDIAL INFARCTION, AND IMPACT IN ITS SOCIAL, FAMILY AND WORKING ENVIRONMENT.

Abstract

• **Objective:** Describe the patient's perspective of what it means to suffer from a Myocardial Infarction and the strategies to cope with daily live activities.

• **Methods:** descriptive qualitative study based on phenomenology perspective.

Patients recruited were: aged from 30 to 60 years, who had a Myocardial Infarction, attended in Hospital Sant Pau and treated with Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

A number of 11 patients were enrolled; all them were asked to participate into the study and appointed for a semi structured interview that takes place in 1 to 3 months after hospital discharge. The interviews were recorded and written literally. We analyse them with Giorgi method and. the methodology included a systematic coding processes and comparisons of data.

• Results: We identify eighth main categories: health knowledge, cognitive aspects, family relationship, adaptation strategies, health perception, information, vulnerability and believes. There's a huge diversity of symptoms during the acute syndrome and the way patients experienced it is also very diverse ranging from serenity to panic not only because they felt about to die, but also for being a burden for their families. 5 patients were aware they were suffering a Myocardial Infarction. Families give them support during the acute crisis though after the discharge from hospital the situation changed and appeared some problems of adaptation. The majority of them expressed the necessity of information to cope with daily live activities.

. Conclusion: Although percutaneous coronary intervention (PCI) offers immediate relief of symptoms, patients perception of illness related events are considerably affected by uncertainty.

The two main problems responsible for this uncertainty are the fear to die and the need of family support . The return to work activities is delayed mainly related to fear. A surveillance system to ensure availability for patients with ischemic heart disease would reduce the uncertainty and would improve the accessibility to health care.

Key words: myocardial infarction, myocardial ischemia, qualitative research.

Enferm Cardiol. 2012; Año XIX(55-56):67-75

Dirección para correspondencia:

M^a Jesús Gómez Palomar.

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural

Correo electrónico: acaciajardin@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El modelo biomédico de la enfermedad no es una realidad científica única, sino que está abierto a diferentes interpretaciones. Los tres tipos de información médica básicos: "historia, exploración y análisis" dependen en un alto grado de la interpretación. La mayoría de los individuos no acude de vacío al médico, sino que ha desarrollado ciertas creencias acerca de la enfermedad partiendo de los medios de comunicación, de la experiencia personal, el sentido común, charlas con amigos, etc.

Existen pocos estudios cualitativos donde se analice el comportamiento desde el punto de vista del propio usuario. En los últimos años aparecen investigaciones donde se pone el énfasis en la comprensión del fenómeno desde el punto de vista del propio usuario. Larsen ⁽¹⁾ y Finfgeld ⁽²⁾ plantean la importancia de incorporar en los estudios de investigación cualitativa la experiencia del usuario para el mejor manejo de los problemas de salud y establecer como si de una metáfora se tratara la entrada en el mundo del paciente para la comprensión de las acciones. Farell ⁽³⁾ incorpora el término de "puntos calientes" para introducir todos aquellos elementos que previsiblemente pueden desencadenar determinadas conductas intentándolas entender desde dentro del mundo del usuario.

Nos planteamos como problema de investigación el desconocimiento existente de la percepción de un acontecimiento isquémico y la vivencia de un primer ingreso hospitalario por parte del usuario. Queremos comprender este fenómeno complejo desde el pragmatismo y a través de la interpretación de los diversos

puntos de vista de los implicados, siempre teniendo en cuenta la complejidad de la vivencia experimentada.

Hemos querido aproximarnos a una dimensión epistemológica constructivista y para ello aplicar la "Teoría de la complejidad" de Edgar Morín ⁽⁴⁾, que delante de una experiencia no busca verdades últimas, sino relatos.

La dimensión constructivista se mantiene dentro de nuestra línea de investigación en las diferentes dimensiones analizadas: en la ontológica la percepción del usuario es relativa, depende de cada persona, del contexto en que está inmersa, de su entorno cultural y social, estado anímico, etc.; en la epistemológica, lo que queremos es la comprensión del fenómeno (experiencia vivida) desde un punto de vista pragmático, y siempre, desde la subjetividad de la vivencia; la dimensión metodológica busca relatos e interpretar el fenómeno dentro del contexto, bajo diferentes puntos de vista; en la teológica, se pretende crear un significado compartido de la experiencia, a través del compromiso entre investigador y participantes. Finalmente, la dimensión axiológica hace referencia a los valores, elemento importantísimo en el estudio de vivencias percibidas durante un evento cardiológico.

MÉTODO

La metodología cualitativa intenta capturar la dimensión holística del fenómeno y su comprensión dentro del contexto ^(6,7), mientras el tratamiento fenomenológico enfatiza los aspectos individuales y la experiencia subjetiva.

Por ello, partimos de una experiencia, el ingreso en un centro hospitalario con un diagnóstico de cardiopatía isquémica, que trataremos de interpretar en su contexto y bajo el punto de vista del propio implicado.

Se trata de un estudio descriptivo cualitativo fenomenológico, en una población de pacientes entre 30 y 62 años de edad, con vida laboral activa, que debutan con síndrome coronario agudo e ingresan para

revascularización mediante angioplastia primaria, en el Servicio de Cardiología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (HSCSP) de Barcelona. La recogida de datos se llevó a cabo entre marzo del 2010 y marzo del 2011.

El reclutamiento de la muestra fue de conveniencia: 11 pacientes que cumplieron las características descritas, que fueron dados de alta sin complicaciones, y que aceptaron su participación en el estudio, en el que se garantizaron las cuestiones éticas de confidencialidad e inocuidad del estudio.

Se excluyeron los pacientes con historia previa de cardiopatía isquémica y los que presentaron problemas cognitivos, neurológicos o barreras idiomáticas.

El estudio se llevó a cabo mediante una entrevista semiestructurada, con una duración de 20-60 minutos, entre 1 y 3 meses después del alta, sobre hechos y experiencias vividas en infancia, madurez y los relacionados con su vivencia salud-enfermedad. Las entrevistas se graban y transcriben palabra por palabra.

Todos los pacientes cumplimentaron el formulario de Consentimiento Informado aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital para este estudio.

Para el análisis se usó el método Giorgi: A: lectura completa para encontrar el sentido general del conjunto; B: identificación de unidades de significación; C: transformar éstas en expresiones adecuadas al fenómeno investigado o agruparlas en temas más amplios (temas comunes) que le dan la esencia al estudio; D: integrar los temas comunes a través de una descripción general que capte la esencia de la experiencia vivida por todos los participantes^(8,9).

Por tanto, se codificaron e identificaron las unidades de significación, se agruparon los significados comunes y se destacaron los aspectos principales de la experiencia vivida.

Se recogieron datos sobre edad, sexo, nivel educativo, actividad laboral y situación social, diagnóstico, hechos pasados y experiencias humanas valoradas desde el relato del propio paciente.

RESULTADOS

De los 11 participantes en el estudio, 3 eran mujeres y 8 hombres, con edad media de 45,5 años y rango entre 39 y 62 años.

Una vez transcritas y analizadas las 11 entrevistas, nos encontramos con una variedad importante de vivencias, tanto en síntomas como en repercusión psicológica y seguridad en relación con el apoyo familiar y profesional.

Muestra analizada:

- Tenemos un electricista, que no piensa en el infarto cuando ocurre, ya que hace tiempo que se mueve con un dolor similar y que se ha orientado como de origen digestivo. No tiene sensación de gravedad, por el contrario, se siente aliviado porque *“por fin, hay un diagnóstico”*.

- Una auxiliar de clínica, que piensa en el riesgo de muerte cuando se inicia la crisis, para pasar a sentirse *“vieja”* poco después.

- Una farmacéutica y traductora, enérgica e inteligente, que presenta el infarto de forma atípica *“agobio, más que dolor”* y que no tuvo sensación de gravedad, no se asustó y se dedicó a bromear mientras se le hacía la angioplastia primaria.

- Un guardia urbano que presenta sintomatología típica y la reconoce inmediatamente por haber presenciado otras situaciones similares, acudió al hospital conduciendo, se sintió en peligro de muerte, pero *“no tuve miedo por mi filosofía de vida: “hace tiempo que tengo asumido que puedo perder la vida en cualquier momento”*.

- Un administrativo que inició la crisis con dolor mandibular y se lavó los dientes para ver si le ayudaba. La aparición de vegetatismo florido le asustó y llamó a la ambulancia. No se sintió en ningún momento en peligro de muerte, pero se sentía responsable de su enfermedad: *“yo he sido culpable de... me sentía culpable de haber dilapidado la salud...tabaco, bebida, comida”*, y preocupado principalmente por la posibilidad de dependencia y terminar resultando una carga para los demás, como había ocurrido con su madre a la que su esposa y él tuvieron que cuidar por tiempo prolongado a causa de una embolia.

- Un jardinero y paleta, que cuando inicia los dolores en el brazo izquierdo los relaciona con su trabajo, ya que maneja herramientas pesadas. Se le pasó por la cabeza la relación con el corazón, pero no se lo tomó en serio. No tuvo sensación de gravedad hasta el último momento, cuando llamó a la ambulancia y, aunque tardó muy poco, el tiempo se le hizo eterno.

- Una trabajadora social con alto nivel de estrés en el trabajo y que le da miedo tener que volver a enfrentarse a las mismas situaciones que se lo generaban. Verbaliza su negación a aceptar la situación el momento de la crisis porque: *“soy muy aprensiva y como en otras ocasiones me equivoqué, preferí esperar”*. Pero puede tener algo que ver con la muerte de su madre un año y medio antes, tras un infarto sin atención por decisión propia.

- Un trabajador de la construcción, que aunque pensó que estaba haciendo un infarto y que la situación era grave *“Tuve la sensación de que no lo contaba, de que se acababa”*, se fue a casa se tomó un valium y esperó a que llegase su esposa.

- Un trabajador de Renfe, hombre joven con muchas vivencias de enfermedad en la familia (2 hermanas con cáncer), su padre murió de infarto a los 53 años y su hermano sufrió un infarto con 35. Reconoció los síntomas y acudió al hospital de inmediato. Una vez allí *“me sentí increíblemente seguro, es una pasada”*. Niega sensación de gravedad porque *“me atendieron muy rápido y todo lo que me decían me lo creía y me tranquilizaba, genial”*. Al alta refiere mucha fatiga, lo que le impide desear volver al trabajo, además de su puesto de estrés muy alto.

- Un comercial de banca que no entiende por qué le está pasando *“hostia, fumar sí que fumaba, pero no tengo estrés en el trabajo...”* y le cuesta asumirlo. Una vez fuera del ambiente hospitalario refiere mucho

miedo, por la pastilla, las molestias, la posibilidad de que repita... *“me han operado de L4, L5, me han operado de un menisco, me han sacado la vesícula, pero no es nada comparado con esto”*. Además se siente sólo, se aburre, se cansa de todo con lo que intenta entretenerse, pero no tiene ganas de volver a trabajar porque le da miedo.

- Un chofer de coche oficial, que se mareó en la calle, unos chicos le ayudaron a llegar a casa, donde tuvo

dolor en el pecho y se fue al hospital. No identificó los síntomas, echaba la culpa a los mocos acumulados por el resfriado. Sólo quería que le dejaran dormir, que no le hicieran nada y marchar a casa... Después de la revascularización se siente bien y quiere volver al trabajo.

Identificamos 8 categorías principales (tabla 1) subdivididas en subcategorías que se corresponden con los relatos del entrevistado: reconocimiento problemas de salud, aspectos cognitivos, interacción familiares/ami-

Tabla 1. Categorías

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	EXPRESIONES
Reconocimiento del problema de salud	Conciencia de los síntomas. Negación de la severidad. No identificación/desconocimiento	“Se me pasó por la cabeza la posibilidad de que fuera un problema de corazón, pero no me lo tomé en serio”. “Reconocí los síntomas y acudí al hospital de inmediato”. “Reconocí el infarto porque yo ya había hablado de ello con mi hermano, de qué se siente y todo lo tuve muy claro”. “No me lo podía creer por haberme dicho los médicos que tenía un corazón buenísimo, y además, estaba en reposo”. “...soy muy aprensiva y como en otras ocasiones me equivoqué, preferí esperar”. “No reconocí los síntomas, estaba convencido de que sólo tenía mocos en el pecho”.
Aspectos cognitivos en la fase aguda	Perdida independencia Culpabilidad Sensación de gravedad Sentir vergüenza de pedir ayuda	No “No tuve miedo por mi filosofía de vida: “hace tiempo que tengo asumido que puedo perder la vida en cualquier momento”. “Yo he sido culpable de... me sentía culpable de haber dilapidado la salud... tabaco, bebida, comida”. “Me preocupaba el que, posiblemente la enfermedad declinara en una incapacidad que perjudicara a los demás”. “...y terminar resultando una carga para los demás, como había ocurrido con mi madre a la que mi esposa y yo tuvimos que cuidar por tiempo prolongado a causa de una embolia”. “Sí, lo viví como enfermedad grave y pasé mucho miedo de morirme”. “No, no me sentí en riesgo de muerte ni tuve sensación de gravedad”. “Lo que sentí fue alivio porque, por fin, tenía diagnóstico”. “... 3 meses de abstinencia sexual, bueno... ya me gusta”.
Interacción con familia / amigos	Apoyo familiares/Amigos Concepto de familia No querer molestar a otros Cuidado a familiares enfermos	“Mi madre camina muy mal, ha engordado mucho i la memoria la tiene fatal, o sea, si no vas a verla no pasa nada porque no se acuerda. Necesita estar en una residencia ...es que sino nos la encontramos tirada en casa”. “La familia y amigos te protegen todos te dan consejos pero enredan mas que ayudan” “me siento apoyado pero también presionado y vigilado por mi pareja y mi hermana” “no le he dicho nada a nadie porque parece que te cuelgan el cartelito enferma del corazón”.
Adaptación a la situación	Reinserción laboral Reinicio actividad física Tratamiento crónico Planes /expectativas	“No tiene ganas de volver a trabajar porque le da miedo”. “Siento fatiga, lo que me impide desear volver al trabajo, además de ser un puesto de estrés muy alto”. “Hemos vuelto a bailar salsa 2 veces a la semana, como hacíamos antes”. “Quiero volver al trabajo, como prueba de fuego, para demostrarme la normalidad en mis capacidades”. “Mi problema es tenerme que tomar medicación, con todos los efectos secundarios”. “No quiero hacer maratones, pero sí continuar haciendo vida activa. Si puede, iré al gimnasio y a bailar”. “Me ha roto la vida completamente, todas las costumbres que yo tenía me las ha roto”.
Percepción de salud-enfermedad	Sentirse sano Sentirse enfermo	“No tiene sensación de gravedad, por el contrario, se siente aliviado porque “por fin, hay un diagnóstico”. “Pasé de sentirme enferme a sentirse “vieja” poco después”. “Se me queda el cuerpo helado, mi mujer también me lo dice, antes dabas calor y ahora estás helado”. “No tuve miedo por mi filosofía de vida: “hace tiempo que tengo asumido que puedo perder la vida en cualquier momento”.
Información	Necesidad de información Impacto de la misma	“Yo lo que quiero saber realmente es lo que puedo hacer y lo que no... yo esta costestación no la tengo aún”. He leído libros, pero yo quiero tener mi seguridad física y psíquica, tengo miedo porque no tengo esa información”. “Pasé mucho miedo”. “ya me lo sé, a causa de mi profesión”. “A la hora de hacer mi vida normal tenía muchas dudas... tengo amigos que han tenido infarto... unos te dicen una cosa, otros otra... y, claro tenía muchas dudas”.
Vulnerabilidad	Falta de control / temor Experiencia de ansiedad	riesgo de muerte cuando se inicia la crisis “Yo ya no tengo ilusión, todo me da igual”. “El hecho de tener más tiempo libre y no poner dedicarlo a lo que me gusta... me aburro”. “Soy fumadora de hace muchos años, intento dejarlo pero me esta costando mucho, lo estoy viviendo muy mal tome unas gotas pero me esta generando mucha ansiedad”. “es una lección de vida, tengo la sensación de que la vida es un regalo y tengo claro que quiero ver evolucionar a mi familia..No tengo miedo a morirme pero tampoco tengo prisa...”.
Creencias	Confianza en la medicina tradicional Religión Remedios tradicionales Uso de medicina alternativa	“Al mismo tiempo voy a tomar homeopatía”. “Mi madre había sido enfermera de guerra, o algo así, de pequeños nos curaba muy sanamente... nos metía en agua y nos hacía esas técnicas japonesas de limpiar vías...en mi casa a las enfermedades no se les daba pie... me parece que tengo una pulmonía, me voy a la cama... porque ella nunca estaba enferma”. Normalmente no recurrimos a la medicina alternativa, pero mi madre era mucho de todas esas cosas, era macrobiótica y usaba homeopatía, no obstante tuvo que recurrir, por desgracia, a la medicina normal”.

Tabla 2. Aspecto tratados por los pacientes

VARIABLES	HALLAZGOS	%	CASOS
sexo	hombres	72,7	8
Clínica en la crisis	dolor torácico	63,6	7
	dolor mandibular	9,1	1
	dolor ESI	18,2	2
	rampa ESI	9,1	1
	dolor cervical	9,1	1
	dolor EESS	9,1	1
	vegetatismo	36,4	4
	opresión	9,1	1
	ahogo	18,2	2
	agobio	9,1	1
	fatiga	18,2	2
mareo	9,1	1	
Reconocieron los síntomas	Si	45,5	5
	Si, aunque se negaban a aceptarlo	27,3	3
	Sospecha, pero sabiéndose aprensiva prefiere esperar	9,1	1
Se sintieron en peligro de muerte	Si	45,5	5
Apoyo familiar durante la crisis	Si	81,8	9
	insuficiente	9,1	1
	Prescindo voluntariamente de la familia	9,1	1
Apoyo familiar al regresar a casa	Incondicional	45,5	5
	"Pasado el susto tengo que asumir solo mis cuidados"	45,5	5
	"El ser mujer condiciona mi autocuidado"	18,2	2
	"Tengo que asumir el cuidado de la familia"	27,3	3
	"Todo sale adelante sin mi trabajo"	18,2	2
Aceptación por parte de la familia	Buena	54,5	6
	Con protestas por las limitaciones	18,2	2
Percepción de salud/enfermedad postcrisis	Se sienten bien	81,8	9
	Se consideran de alguna manera enfermos	54,5	6
Tienen pequeñas molestias	Debilidad	18,2	2
	Fatiga fácil	63,63	7
	Dolor de piernas	18,2	2
	Dolor de espalda	9,1	1
	Dolor articular	9,1	1
	Mareo	9,1	1
	Cabeza pesada	9,1	1
	Cosquilleo en EEII	9,1	1
	Respiran peor	9,1	1
	Duermen mal	9,1	1
	Se me queda el cuerpo helado	9,1	1
	Molestias en el brazo	9,1	1
	Ninguna molestia	9,1	1
Culpan de las molestias a la medicación	Si	27,3	3
Prolongan la baja por miedo al trabajo	Si	45,5	5
Buscan la vuelta al trabajo como prueba de normalidad	Si	9,1	1
Percepción de la asistencia sanitaria durante la crisis	Una vez dado el aviso fue rápida sí/no	54,4	6
	Fue rápido pero se hace eterno	9,1	1
	Vine por mis medios, es mas rápido	45,5	5
	Se sintieron bien atendidos en la crisis	54,5	6
	Se sintieron atendidos de forma regular, por retrasos en el diagnóstico	45,5	5
Necesidad de información	Sienten la necesidad de información urgente	45,5	5
	No les preocupa el desconocimiento	18,2	2
	Tienen conocimientos previos	27,3	3
Valoración de la información recibida	Adecuada	18,2	2
	Inadecuada	9,1	1
	Suficiente	18,2	2
	insuficiente	27,3	3
Si falta información de los profesionales	La buscan entre amigos y conocidos	45,5	5
	Buscan información escrita	18,2	2
Se consideran capaces de reconocer una nueva crisis	Si	72,7	8
Confianza en el sistema sanitario	Confianza en los médicos	63,6	7
	Confianza en la enfermería	45,5	5
	Uso de medicina alternativa si/la usaban en casa	27,3	3
Cumplen tratamiento	Si	72,2	8/1

Estado anímico	Decaído	27,3	3
	Viejo	18,2	2
	Deprimido	9,1	1
	Enfadado	9,1	1
	Aburrido	36,4	4
	Asustado	27,3	3
	Preocupado por reinserción laboral	27,3	3
	Solo	9,1	1
	Preocupado por la familia	9,1	1
	Animado	27,3	3
Normal	27,3	3	
Actividad habitual previa	activo	81,8	9
	sedentario	9,1	1
Actividad postcrisis	Activo	27,3	3
	Sedentario	45,5	5
	Me siento capaz, espero permiso	63,6	7
	Espero recuperar mi capacidad	18,2	2
Deporte habitual previo	Si	45,5	5
	Hasta que tuve que dejarlo por intolerancia	18,1	2
Deporte postcrisis	Si	27,3	3
	A la espera de permiso	27,3	3
Cambios en la capacidad física	Si	45,5	5
Cambios en la vida sexual. Prescinden de las relaciones	No	18,2	2
	Si:- por miedo	9,1	1
	- por inapetencia	9,1	1
Ha vuelto al trabajo	Si	18,2	2
	Claro, soy autónomo	9,1	1
Percepción de FR	Aceptan que los tiene	27,3	3
	No se consideran de riesgo	27,3	3
	Solo fumo	9,1	1
Percepción de necesidad de cambios en sus hábitos de vida	Si	54,5	6
Dispuestos a introducir los cambios necesarios.	Si	63,6	7
Se sienten responsables de su enfermedad	Si	45,5	5
Nivel cultural	Alto	18,2	2
	Medio	72,2	8
	bajo	0	0
Educación	Colegio público	18,2	2
	Colegio privado	27,3	3
	Colegio laico	27,3	3
	Colegio religioso	18,2	2
Percepción de cambio en sus capacidades. Puede reanudar su vida	Puedo, sin cambios	18,2	2
	Si, pero con moderación.	27,3	3
	No, "me ha destrozado la vida"	18,2	2
	Aun no, pero espero lograrlo	27,3	3
Preocupado por cambios necesarios en su vida social	Mucho	18,2	2
	Poco	27,3	3
	Nada	18,2	2
Hª familiar actual	Convencional	63,3	7
	soltero	9,1	1
	pareja de hecho	27,3	3
	pareja de hecho con los hijos de ella	9,1	1
	Rol familiar:		
Rol familiar	La mayor autoridad familiar la ejerce el paciente	27,3	3
	compartida	27,3	3
	Las cargas familiares las lleva el paciente	27,3	3
	la pareja/ madre	18,2	2
	compartidas	36,4	4
	padres vivos: los 2	45,5	5
	solo la madre	18,2	2
	viven en su casa	54,5	6
	viven con nosotros	18,2	2
	viven en residencia	27,3	3
	yo vivo en su casa	9,1	1

Hª familiar de origen	Convencional	90,9	10
	Huérfano/ vive en hospicio- adoptado	9,1	1
	Convivencia con abuelos: enfermos	27,3	3
	sanos	18,2	2
	Tienen hermanos mayores	54,5	6
	hermanos pequeños	54,5	6
	Rol familiar:- abuela cuidadora	45,5	5
	- madre cuidadora	81,8	9
	- padre / madre mantiene	54,5 / 9,1	6 / 1
	- ambos trabajan	63,3	7
	- padre decide	18,2	2
	- ambos deciden	45,5	5
	Valor fundamental de los padres:		
	- La familia	9,1	1
- La política	9,1	1	
- La cultura	9,1	1	
Estrés familiar	Alto	27,3	3
	Medio	27,3	3
	Bajo	54,5	6
	Crece al estar en casa: porque no me gusta la situación de mis hijos y la vivo más	9,1	1
	Por aburrimiento	18,2	2
Situación laboral	En activo	100	11
	prejubilado	9,1	1
Estrés laboral	Alto	45,5	5
	Medio	9,1	1
	Bajo	27,3	3
Estrés físico	Alto	18,2	2
	Medio	36,4	4
	Bajo	36,4	4
Estrés económico	Medio	54,5	6
	bajo	45,5	5
Miedos	A que repita	18,2	2
	A la invalidez	9,1	1
	A la dependencia	18,2	2
	A no poder recuperar su vida anterior	18,2	2
	A no poder trabajar	18,2	2
	A cometer errores por falta de conocimiento	9,1	1
	A reanudar la vida sexual	9,1	1
	A la muerte	18,2	2
	A la situación en que dejaría a mi familia tras mi muerte	9,1	1
Natural de Barcelona	Si	81,8	9
Inmigración familia origen	Si	45,5	5
religiosos	Si	45,5 / 9,1	5/1

gos, adaptación situación, percepción salud / enfermedad, vulnerabilidad, información y creencias.

Entre la prevalencia de los aspectos destacados por los pacientes (tabla 2): La forma más frecuente de presentación es la de dolor típico opresivo retroesternal, el 50 % sienten dolor torácico, un 16,6% dolor mandibular y un 33,2 % síntomas vegetativos.

Tras la aparición de síntomas, 8 de los 11 (72%) pacientes pensaron que estaban sufriendo un infarto, aunque 2 de ellos se negaban a aceptarlo, 2 no se percataron de lo que ocurría y 1, mujer, verbaliza su miedo a equivocarse de nuevo.

6 pacientes, el 54% se sintió amenazado, en peligro de muerte, uno de ellos se expresa "encantado de estar vivo".

En cuanto a la atención en la crisis, 6 (54 %) reconocen que la atención una vez dado el aviso al ser-

vicio de emergencias médicas fue rápida, sólo 1 paciente se queja de la tardanza y 4 (36%) acuden por sus propios medios.

En cuanto al soporte familiar 10 pacientes (90%) se sintieron apoyados por la familia en el momento de la crisis, aunque al alta las cosas cambian, y de ellos 5 (45 %) se siguen sintiendo apoyados de forma incondicional por parte de su familia, otro 49.8 % tienen que hacerse cargo de su autocuidado y hay una clara expresión por parte de las mujeres sobre que, el ser mujer condiciona su propio autocuidado "...primero ellos"- y su reanudación del papel de cuidadoras de la familia, mientras un varón dice: "cuando te encuentras bien, los mimos se acaban".

La reincorporación al trabajo se había producido en 3 (27 %), uno de ellos mujer y autónoma 5 (45 %) expresan miedo a la reinserción laboral e intentan pro-

longar la baja, mientras 1 reclama la vuelta al trabajo como *prueba de fuego*, para demostrarse la normalidad en sus capacidades.

En cuanto a la actividad física, antes de la crisis 9 (81%) consideraban su vida activa, y en el momento de la entrevista, 3 (27%) se seguían considerando activos, 3 (27%) sedentarios, 4 (36%) se mantenían a la espera de que alguien les confirmase lo que podían hacer.

Un número de 4 pacientes (36%) reconocen cambios claros en su capacidad física aunque se sienten capaces de recuperar su actividad.

En el área del deporte, la mayoría de los que lo practicaban con regularidad lo mantenían después, aunque 2 (18%) esperan la confirmación por parte del médico para poderlo reanudar.

Por lo que se refiere a la percepción de salud-enfermedad, 9 el 81% se encuentran bien en el momento de la entrevista, pero se perciben enfermos en 6 un 54%, y sólo 3 un 27% se definen como sanos. Explican todo un abanico de molestias, con predominio de la debilidad y fatiga fácil, presente en 9 (81%) pacientes, dolor de piernas, espalda, articular, mareo, cabeza pesada, cosquilleo en piernas, respiración peor que antes del infarto, dificultad para dormir y molestias en brazo. Un paciente insiste en *“se me queda el cuerpo helado, mi mujer también me lo dice, antes dabas calor y ahora estás helado”*. En 3 (27%) casos culpan a la medicación de las molestias que sufren.

El estado anímico pasa por el decaimiento en 3 (27%) pacientes. También expresan depresión, enfado, soledad, preocupación por la familia, 2 dicen sentirse viejos, 4 aburridos, 3 asustados. Se habla directamente de miedo a: muerte, recaída, invalidez, a ser una carga, a *“no poder recuperar mi vida habitual”*, a no poder trabajar, a no poder reanudar la vida sexual, a *“cometer errores y provocarme daños por falta de conocimiento”*. 5 el 45% muestran buena aceptación de la situación, mientras 2 protestan por las limitaciones que el infarto les impone.

En cuanto a la necesidad de información, se detecta una importante reclamación de información en 6 (54%) casos. 5 (45%) reconocen haber recibido información suficiente. Entre los que no tienen suficiente información buscan compensarla a través de lo que dicen amigos, 5 (45%) o información escrita. 2 (18%). Y piensan que reconocerían los síntomas en caso de repetirse.

Ya en el hospital, 5 (45%) hablan de buena atención, 1 la define como *“sensacional”*, y 2 expresan retrasos en el diagnóstico médico debido a altas por prueba de esfuerzo negativa, alta por ser mujer joven supuestamente protegida por los estrógenos, *“por las pruebas no puedo decir que tenga algo de corazón”*. Un total de 4 pacientes (36%) han vivido malas experiencias familiares por falta de autocuidado o abandono del tratamiento. La mayoría de los entrevistados 8 (72%) expresan plena adhesión al tratamiento. 5 (45%) pacientes usan habitualmente la medicina alternativa y 3 (27%) la han visto usar en casa.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio como en los de otros autores que han trabajado en la misma dirección: Solano⁽⁸⁾, Blanca Gutiérrez⁽¹⁰⁾, encontramos una serie de sentimientos, preocupaciones, miedos, más o menos comunes. Tienen miedo al dolor, a no saberse cuidar por falta de conocimiento, a las limitaciones y cambios tanto familiares como socio-laborales que la enfermedad les puede imponer. Hay otros muy específicos y que probablemente estén profundamente relacionados con la cultura, vivencias personales o filosofía de vida de cada uno de ellos: muerte, riesgo de pérdida del bienestar de la familia, disminución de independencia y autonomía.

Surgen sentimientos de culpabilidad por los hábitos de vida y los riesgos mantenidos, de pérdida de la juventud en relación a la pérdida drástica aunque momentánea de capacidades.

Algunos de los 11 pacientes estudiados reclaman información de forma desesperada, no pueden afrontar la vida diaria sin amplios conocimientos sobre la enfermedad para poder así evitar riesgos. Martínez Qués⁽¹¹⁾ en su estudio identifica también la mejor o peor información recibida sobre la enfermedad, como condicionante del nivel estrés o de confianza con que el paciente afronta la vida al alta.

Encontramos cierta actitud repetida de retraso en la búsqueda de atención, cuando se presentan los síntomas de infarto, justificada por diferentes motivos, desde la falta de reconocimiento de los síntomas, ya que todos son debut de CI a la negación o la dependencia de la familia *“supe lo que estaba pasando y que la situación era grave, pero me fui a casa, me tomé un valium y me metí en la cama hasta que llegó mi mujer”*. De hecho, Johansson y col⁽¹²⁾ informan de los mismos retrasos en pacientes que ya han sufrido episodios anteriores, e incluso retrasos mayores cuando se trata de ancianos, pacientes con antecedentes de DM e HTA y mujeres, las cuales, según estos autores, aunque reconozcan los síntomas tienen una actitud psicológica de contención y quitan importancia a los síntomas por miedo a que se les trate de hipcondríacas. Confirman que el paciente necesita contacto inmediato con algún familiar antes de dirigirse a un centro hospitalario, buscando con dicha actuación la protección de su círculo de seguridad, su familia. Según Schoenberg este aspecto se incrementa cuando se trata de mujeres mayores, quienes priorizan el bienestar de su familia al propio y delega la decisión en los demás. También la falta de confianza en el sistema sanitario puede ser motivo del retraso en la búsqueda de atención. La vulnerabilidad y falta de control determinan las acciones en los momentos críticos y el soporte psicosocial es de vital importancia para el manejo correcto de la situación. En nuestro estudio varios pacientes utilizan tratamientos alternativos como la homeopatía o se refieren a la medicación como uno de los aspectos que les dificultan la adaptación posterior a la crisis o verbalizan directamente que no les gusta usar medicación a causa de los efectos secundarios.

Noureddin y col ⁽¹³⁾ destacan en la mujer, no del todo aplicable a nuestro ambiente, ya que trabajan sobre la mujer libanesa, aspectos cognitivos como la vergüenza de pedir ayuda o la negativa a molestar y la falta de reconocimiento de síntomas y conciencia de gravedad.

CONCLUSIONES

A pesar de las estrategias de reperiabilización temprana, el Infarto de Miocardio representa un impacto con repercusiones en la vida laboral y familiar que afectan al proceso de normalización.

Aunque la capacidad para gestionar el evento esta bien resuelta en cuanto a la identificación de los síntomas, se dan mecanismos de negación.

La vulnerabilidad individual se altera fundamentalmente por la experiencia de temor en la fase aguda y la sensación de pérdida de apoyo familiar al alta.

La reincorporación laboral sigue dos patrones opuestos, retraso relacionado con el temor y aceleración para demostrar normalidad.

La incertidumbre creada por la enfermedad afecta el proceso de normalización por lo que el establecimiento de sistemas de vigilancia basados en la comunicación bidireccional y que favorezcan la accesibilidad puede disminuir esta incertidumbre y mejorar la accesibilidad a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Larsen BO, Hansen EH. The active medicine user. *Scand J Prim Health Care*. 1985; 3(1):55-59.
2. Finfgeld-Connett D. Management of aggression among demented or brain injured patients. *Clin Nurs Res* 2009; 18(3):272-87. Epub 2009 Mar; 13.
3. Farrell GA, Bobrowski C. Scoping Workplace aggression in nursing: finding from Australian study. *J adv Nurs*. 2006; 55(6):778-87.
4. Morin E. La naturaleza de la naturaleza. En *El método*, tomo I. Seuil, París 1994.
5. Le Moigne JL. Las epistemologías constructivistas. *QSJ*. París, 1995.
6. Lincoln IS. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Investigación y educación en enfermería*. Medellín, 1997; XV(2):57-69.
7. Pocovi Garzón, P. Dos visiones que se complementan: La investigación cualitativa y el enfoque fenomenológico. Universidad Jesuita de Guadalajara, Marzo 20, 2012 <http://www.mktglobal.iteso.mx/index.php?option=com>
8. Solano Ruiz MC, Siles González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos.
9. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. In Aanstoos CM, Fischer WF, Giorgi A, Wertz FJ. *Esd. Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985; 8-85
10. Blanca Gutiérrez JJ, Blanco Alvario AM, Luque Pérez M, Ramírez Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global* 2008; 12:1-14.
11. Martínez Ques AA, Rodríguez Rodríguez A, Rodríguez Fernández C, Rodríguez Fernández A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enfermería en Cardiología* 2005; 34:15-21
12. Johansson I, Swahn E, Stromberg A. Manageability, vulnerability and interaction: a qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conceptions of the event. *European Journal of cardiovascular nursing*, 6(2007):184-191.
13. Noureddine S, Arrearían M, Adra M, Puzantian H. Pespouse signs and symptoms of acute coronary syndrome: differences between lebanese men and women. *American Journal of Critical Care*. January 2008, vol 17, nº 1:26-35.