



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Pacientes con infarto agudo de miocardio después de su primer evento: relato de experiencias vividas en el Programa de Rehabilitación Cardíaca**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

## **AUTOR**

**Ana Cecilia Villanueva Ríos**

LIMA – PERÚ  
2015

**PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DESPUÉS DE  
SU PRIMER EVENTO: RELATO DE EXPERIENCIAS VIVIDAS  
EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA**

A Dios por su bendición y permitirme tener a mi lado a personas maravillosas; y por cuidarme y guiarme siempre.

A mi esposo Marco por su amor, paciencia, comprensión y hacer de mi vida tranquila y feliz.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional siempre.  
Los Amo.

A la licenciada Juana Elena Durand Barreto por guiarme en la culminación de mi trabajo de investigación.

Al Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR por las facilidades otorgadas

A los pacientes por su valiosa colaboración en la culminación del presente trabajo de investigación.

## INDICE

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| Resumen   | iv          |
| Presentación  | 1           |
| <b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN</b>   |             |
| 1.1. Situación Problemática   | 5           |
| 1.2. Formulación del Problema   | 7           |
| 1.3. Justificación  | 7           |
| 1.4. Objetivos  | 8           |
| 1.4.1. Objetivo General   | 8           |
| 1.4.2. Objetivos Específicos  | 8           |
| 1.5. Propósito  | 8           |
| <b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>   |             |
| 2.1. Antecedentes del Estudio   | 9           |
| 2.2. Base Teórica   | 14          |
| 2.3. Definición Operacional de Términos                                   | 43          |
| <b>CAPÍTULO III. TRAYECTORIA METODOLÓGICA</b>                             |             |
| 3.1. Tipo y Diseño de la investigación                                    | 44          |
| 3.2. Lugar de estudio   | 44          |
| 3.3. Población de estudio   | 45          |
| 3.4. Unidad de Análisis   | 45          |
| 3.5. Criterios de Selección   | 45          |
| 3.5.1. Criterios de Inclusión   | 45          |
| 3.5.2. Criterios de Exclusión   | 46          |
| 3.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos                        | 46          |
| 3.7. Proceso de Análisis e Interpretación de la Información               | 46          |
| 3.8. Consideraciones éticas   | 47          |
| <b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>                                |             |
| 4.1. Resultados   | 48          |
| 4.2. Discusión  | 53          |
| <b>CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b> |             |
| 5.1. Conclusiones   | 59          |
| 5.2. Limitaciones   | 60          |
| 5.3. Recomendaciones  | 60          |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>   | 61          |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>   | 67          |
| <b>ANEXOS</b>   |             |

## RESUMEN

**AUTOR** : VILLANUEVA RÍOS ANA CECILIA

**ASESOR** : DURAND BARRETO JUANA ELENA

El **objetivo** fue describir las experiencias vividas por los pacientes después de su primer evento de infarto, identificar, analizar e interpretar las emociones expresadas, en el programa de Rehabilitación Cardíaca del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR).

**Trayectoria Metodológica:** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cualitativo, método descriptivo con abordaje holístico y análisis de contenido, que se centró en describir una situación psicológica que afecta el estado físico y emocional del paciente al haber sufrido un evento coronario. La técnica fue una entrevista a profundidad, y el instrumento un cuestionario semiestructurado. **Resultados:** Los hallazgos permitieron establecer el actuar de la enfermera, dirigidas a un cuidado humanizado, con el fin de ayudar al paciente a minimizar sentimientos negativos, y favorecer una evolución más satisfactoria de su proceso de enfermedad. **Consideraciones Finales:** Los pacientes que viven la experiencia del dolor del infarto agudo de miocardio, lo describen como fuerte, intenso, agobiante, desesperante. Los pacientes que viven la experiencia del infarto experimentan diversas emociones y sentimientos de temor a la muerte, inutilidad, frustración para desarrollar sus roles, depresión, angustia e incertidumbre, considerados como emociones negativas frente a un evento fortuito; pero pasada la vivencia, origina nuevos replanteamientos de rol y lo ven como una oportunidad de cambio en su estilo y calidad de vida.

**PALABRAS CLAVES:** Infarto agudo de miocardio, vivencias, emociones, cuidado humanizado.

## SUMMARY

**AUTHOR:** VILLANUEVA RÍOS ANA CECILIA

**ADVISORY:** DURAND BARRETO JUANA ELENA

**The aim was** to describe the experiences of patients following their first event of attack, to identify, analyze and interpret the emotions expressed in the Cardiac Rehabilitation Program National Institute of Cardiovascular. **Methodological path:** The study was level application, qualitative, descriptive method with holistic approach and content analysis, which focused on describing a psychological situation that affects the physical and emotional state of the patient to have suffered a coronary event. The technique was an in-depth interview and the instrument a semistructured questionnaire. **Results:** The findings allowed establishing the nurse act aimed at humanized care, in order to help the patient to minimize negative feelings, and favor a more satisfactory evolution of their disease process. **Considerations**  
**Finales:** Los patients who experience the pain of acute myocardial infarction, describe him as strong, intense, overwhelming, frustrating. Patients who experience infarct experience different emotions and feelings of fear of death, helplessness, frustration to develop their roles, depression, anxiety and uncertainty, regarded as negative emotions against a fluke; but last experience, creates new rethinking of the role and see it as an opportunity for change in style and quality of life.

**KEYWORDS:** Acute myocardial infarction, experiences, emotions, humanized care.

## PRESENTACIÓN

La enfermedad coronaria y el infarto agudo de miocardio constituyen la principal causa de morbimortalidad en el mundo. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), será la primera causa de muerte en el año 2020. La depresión es un factor de riesgo de morbi-mortalidad cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica, especialmente tras un infarto agudo de miocardio (1); llegando a considerarse como una epidemia emergente en los países desarrollados.

La enfermedad coronaria (EC) es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo. Más de 7 millones de personas mueren cada año como consecuencia de cardiopatía isquémica (CI), lo que corresponde a un 12,8% de todas las muertes (2). Uno de cada 6 varones y una de cada 7 mujeres en Europa morirán de infarto de Miocardio.

A pesar de un descenso de la mortalidad cardiovascular en Europa de casi un 50% en las últimas tres décadas, las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte en el mundo, responsables del 42% de los fallecimientos en varones y del 52% de los acontecidos en mujeres (3, 4). En este contexto, de acuerdo con las previsiones de la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales continuarán siendo la principal causa de muerte en el año 2030. Se trata, pues, de una auténtica epidemia que podría limitarse, si se practicara un estilo de vida saludable y buenos hábitos alimenticios (5).



Ziegelstein ha señalado que aproximadamente uno de cada seis pacientes experimenta depresión mayor luego de un infarto agudo de miocardio, y 1 de cada 3 presentan síntomas depresivos durante la hospitalización (6); dato interesante si tenemos en cuenta que los estados depresivos van a llevar al paciente a tener bajos niveles de adhesión a los tratamientos, retrasando su proceso de recuperación. Por otra parte, aquellos pacientes que tenían el antecedente de depresión, tuvieron un riesgo mayor de sufrir un nuevo episodio de depresión post infarto agudo de miocardio, tanto en el hospital como después del alta (7). La asociación entre la enfermedad coronaria y la depresión ha sido evaluada y su interés se ha ido incrementando en los últimos años.

El grado de aceptación de la enfermedad del paciente que ha sobrevivido a un episodio coronario agudo, juega un papel importante en su recuperación y rehabilitación para integrarse nuevamente a sus actividades sociales. Por otro lado, la posibilidad de que poco tiempo después sean dados de alta y deban enfrentarse de nuevo a su vida diaria, su trabajo, su relación en pareja, su vida sexual y, a todas aquellas actividades que unas semanas antes realizaban con toda normalidad, produce un efecto de incertidumbre en el paciente, que duda de su capacidad para llevarlas a cabo, bajo su nueva condición de enfermo coronario, haciéndose muy difícil la integración a su vida familiar y social.

En todo este proceso de investigación y tras la revisión de la literatura, las investigaciones llevadas a cabo, con una variedad de pacientes críticos en diferentes situaciones, tiempo y espacio; así como distintos tipos de métodos ponen de manifiesto que los pacientes viven una gran

cantidad de experiencias negativas, así como alguna experiencia positiva.

Es por esto la necesidad de conocer, las experiencias vividas, de los pacientes, en el programa de Rehabilitación Cardíaca, luego de haber padecido su primer evento de infarto, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de los cuidados en su etapa de rehabilitación.

El ejercicio físico es una faceta fundamental en los Programas de Rehabilitación Cardíaca Integral, no sólo como recuperación del deterioro producido tras un Infarto Agudo de Miocardio, sino porque el ejercicio regular, protege frente a nuevos eventos cardiovasculares, mejorando sus estilos de vida, ayudándolos a reincorporarse a la sociedad, buscando una mejor alternativa de vida.

Todo ello, permitirá fundamentar las intervenciones de enfermería dirigidas a un cuidado humanizado y una visión más profunda del ser humano (Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson), con el fin de ayudar al paciente a minimizar sentimientos negativos y favorecer una evolución más satisfactoria de su proceso de enfermedad.

El presente estudio titulado “Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, después de su primer evento: Relato de Experiencias vividas en el programa de Rehabilitación Cardíaca”, tuvo como objetivo, describir las experiencias vividas por los pacientes, después de su primer evento de infarto, así como, identificar, analizar e interpretar las emociones expresadas, en el programa de Rehabilitación Cardíaca del INCOR. Con el propósito de desarrollar estrategias de cuidado más eficaces, contribuyendo a mejorar la calidad de los cuidados, que nos identifica como Enfermeras.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, en el que se expone la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que incluye los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Trayectoria Metodológica, que contiene el nivel, tipo y método, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos, proceso de análisis e interpretación de la información, y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultado y discusión y finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

El Infarto Agudo de Miocardio, representa un impacto en la estabilidad psicológica, generando sentimientos de miedo, temor a la muerte, ansiedad del paciente y entorno familiar, esta enfermedad producen en algunos casos discapacidad física, lo que se traduce en la disminución de las actividades de la vida diaria. Esta experiencia se centra no sólo en el ámbito de su salud física sino que además está en el ámbito emocional e intelectual del paciente.

La parte del miocardio que no ha sido afectada le permite al corazón realizar su función adecuadamente sin afectar el desarrollo de las actividades habituales de la persona. Varios estudios demuestran que después de que la persona es dada de alta, su recuperación del nivel de funcionamiento habitual es un fracaso más que todo debido a un deterioro emocional sumado al ya deterioro físico, psicológico y social (8). Otro problema reflejado es la dificultad en la reincorporación al trabajo por motivos psicológicos o sociales, cambios en la actividad sexual, actividades sociales, el paciente se vuelve retraído, pasivo, dependiente y adopta un papel de enfermo.

La terapia de Rehabilitación Cardíaca es un programa con un equipo multidisciplinario, colaboran médicos, psicólogos, nutricionistas y enfermeras, que tiene por objetivo principal de recuperar a los pacientes en diversos aspectos, modificando así sus estilos de vida, reincorporándolos a la sociedad, trabajo y familia. Por lo general este

tipo de programas no evita la reincidencia de un infarto agudo de miocardio, pero si mejoran la calidad de vida del paciente, permitiéndole una mejor reincorporación laboral, un mejor estado anímico y condición física (9). Es importante mencionar que tienen un escaso énfasis psicológico, al paciente se le dan ciertos consejos acerca de cómo debería cambiar su estilo de vida y no acerca de cambios en su conducta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe la intervención integral post infarto como la suma de todas las medidas necesarias para proporcionar al paciente post infarto de miocardio las mejores físicas, psicológicas y sociales que le permitan recuperar una posición normal en la sociedad y una vida tan activa y productiva como sea posible.

En el área de Rehabilitación Cardíaca se atiende pacientes con problemas coronarios y aquellos pacientes con factores de riesgo a ser predispuestos a estos eventos coronarios. Si bien se prestan los cuidados requeridos, casi nunca, se trabaja sobre aspectos como los sentimientos, emociones, a razón de ellos surge la pregunta ¿qué emociones sienten los pacientes al sufrir su primer evento coronario?, ¿cómo lo manifiestan?, ¿cómo repercute estas sensaciones en su personalidad?, ¿qué implicancias trae a su autoestima y a su salud?; entre otras.

Los pacientes con Cardiopatía Coronaria Isquémica, después de su primer evento de infarto, adoptan como parte de su personalidad una serie de emociones y sentimientos, las cuales experimentan una gran cantidad de experiencias negativas que afecta su autoestima y por lo tanto su desenvolvimiento, familiar, social y laboral, además de

enfrentarse al riesgo de padecer un segundo episodio de infarto agudo de miocardio, dando como resultado, aumento de la mortalidad.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo que se creyó conveniente realizar el siguiente estudio sobre:  
¿Cuáles son las experiencias vividas después de su primer evento de infarto agudo de miocardio en pacientes que ingresan al programa de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional del Corazón (INCOR)-marzo-2015?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN.**

La intervención psicológica ante un infarto agudo de miocardio, en la etapa inicial, no es un tema muy trabajado, hay una gran cantidad de componentes psicológicos, que lo pueden desencadenar, sino también agravar y aumentar la incidencia de mortalidad.

La labor de Enfermería en el cuidado humanizado, se encamina en la integración del paciente coronario a recuperar una posición normal en la sociedad y una vida personal y laboral tan activa y productiva como sea posible, es un trabajo tan importante como los propios cuidados físicos. Se debe de hacer desde el momento de la fase aguda del evento coronario, es una labor de continuidad a lo largo de todos los servicios por los que pasa el paciente, en coordinación constante con todo el equipo multidisciplinario.

La rehabilitación cardíaca debe ser integral y abarcar todos los aspectos de la vida del paciente, tratando de eliminar aquellos factores negativos y reforzando los aspectos positivos. El seguimiento de una

rehabilitación cardíaca ayuda al paciente a alcanzar niveles de funcionamiento aceptables en las áreas familiar, social, laboral y sexual, además de un mejor estado de ánimo. De aquí la importancia del cuidado de enfermería con enfoques filosóficos y con base espiritual. (Watson).

#### **1.4. OBJETIVOS.**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Describir las experiencias vividas, expresadas por los pacientes que han sufrido su primer evento Infarto Agudo de Miocardio.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las emociones expresadas por los pacientes que padecieron su primer evento de infarto agudo de miocardio en el Programa de Rehabilitación Cardíaca.
- Analizar e interpretar las experiencias vividas por el paciente que sufrió su primer evento de Infarto agudo de miocardio.

#### **1.5. PROPÓSITO**

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar información actualizada que permitirá identificar experiencias y emociones vividas por los pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio, los mismos que conllevan a un deterioro de la salud psicológica en desmedro de la salud física ya afectada por el evento coronario.

La necesidad de conocer por parte del personal de enfermería el proceso individual que cada persona experimenta acerca de su

enfermedad, sobre su historia personal, sus opiniones, sus vivencias, debe ser contemplada por encima de los instrumentos diagnósticos.

El conocimiento a profundidad de estos aspectos permitirá al personal de Enfermería desarrollar estrategias de cuidado más eficaces, contribuyendo a mejorar la calidad de los cuidados. Margaret Jean Watson reconoce que “Enfermería es una ciencia humana y el proceso de cuidado humano en enfermería es un humanitarismo significativo y un acto epistémico que contribuye a la preservación de la humanidad; así, plantea que conservar el avance del cuidado de enfermería es importante porque dentro de la ciencia, al igual que dentro de la sociedad, el llamado es ver al ser humano en su totalidad” (10).



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

Luego de haber realizado la revisión de estudios relacionados con las vivencias de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, se encontró algunos estudios. Así tenemos:

##### **A NIVEL INTERNACIONAL**

Solano y Siles, en Alicante- España, el 2005, realizaron un estudio cualitativo, titulado “Las Vivencias del paciente coronario en la Unidad de Cuidados Críticos”, con el objetivo de describir la experiencia vivida de los pacientes que sufren una cardiopatía isquémica en la unidad de cuidados intensivos, emplearon la metodología fenomenológica, en una muestra de 10 pacientes que habían padecido infarto agudo de miocardio. La recogida de datos lo realizaron a través de una entrevista semiestructurada, para su análisis emplearon el método de Giorgi (1985). Tras el análisis concluyeron que las sensaciones vividas al momento del ingreso a la unidad y durante su estancia en la misma describieron los principales sentimientos de desánimo, frustración, injusticia, miedo y de carga familiar entre otros. El ingreso y la estancia de los pacientes en una unidad de cuidados críticos favorecen sentimientos de miedo y preocupación, tanto por las circunstancias propias y del entorno, como por las posibles secuelas de la enfermedad. Todo ello origina nuevos replanteamientos de rol y posibles cambios en el estilo de vida (11).

Santos y Araujo, en Brasil, el 2007, realizaron un estudio "Viviendo el Infarto: Los significados de la Enfermedad según la perspectiva del Paciente". El estudio fue de tipo cualitativo de carácter descriptivo, utilizaron como referencia metodológica el Interaccionismo Simbólico (Teoría de la conducta humana), dando otro enfoque; buscaron identificar el significado del Infarto Agudo de Miocardio para los pacientes, a partir del relato de sus vivencias. Los datos fueron obtenidos a través de un entrevista semiestructurada, dirigidas a trece pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio internados en un centro coronario de un hospital público, los datos permitió identificar que " Vivir el Infarto Agudo de Miocardio Según la Perspectiva del Paciente" fue predominantemente inexplicable, generador de sentimientos negativos y repentinos(12).

Solano, Siles y Fernández; en Alicante – España, el 2008, realizaron un estudio "Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio". El estudio fue de tipo cualitativo, con un abordaje desde la perspectiva de la fenomenología social, tuvieron como objetivos de conocer y comprender las experiencias vividas por las mujeres de pacientes que han sufrido un Infarto agudo de miocardio. Utilizaron como instrumento de recolección de datos una entrevista en profundidad en su domicilio a 5 mujeres cuyas parejas habían sufrido un IAM hace 1 año. Los resultados que obtuvieron determinaron que el padecimiento de un infarto agudo de miocardio (IAM) genera importantes cambios en el estilo y la calidad de vida afectando este proceso no sólo a la persona que la padece sino además a los miembros de su familia, particularmente a su esposa, produciendo cambios en el estilo de vida y percepciones-sentimientos acerca de la enfermedad (13).

Zaranza de Souza y Méndez de Oliveira, en Río de Janeiro, el 2005, llevaron a cabo un estudio titulado "Vivenciando el infarto: experiencia y expectativas de los pacientes", el cual tuvo como objetivos: describir la experiencia del paciente acometido por un infarto Agudo de Miocardio (IMA), discutir el significado del IMA para él y conocer sus expectativas en relación a la enfermedad. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, desarrollado y fundamentado en un abordaje cualitativo, la recolección de datos se realizó a través de una entrevista a profundidad. El estudio permitió concluir que: el IAM es percibido por los participantes del estudio en forma singular, como un evento esencialmente negativo y generador de varios sentimientos; que surgen desde el inicio del ataque y continúan durante todo el periodo de internamiento prolongándose después del alta del hospital. Entre los sentimientos más presentes se destacan el temor a morir, de una posible cirugía, de un nuevo ataque. Estos sentimientos se tornan bastante acentuados por ser el corazón, el órgano afectado por el IAM, órgano este considerado vital en virtud del simbolismo atribuido al mismo (14).

Carneiro Mussi, en Sao Paulo, el 2006, en su estudio "Vivencias de mujeres frente al dolor en el infarto del miocardio", tuvo como objetivo comprender los significados de la experiencia del dolor en mujeres que sufrieron infarto de miocardio e identificar sus acciones inmediatas frente a la misma. En esta investigación cualitativa se utilizó la teoría del Interaccionismo Simbólico y la metodología de la Teoría Fundamentada en los Datos. Fueron entrevistadas cuarenta y tres mujeres del Hospital Universitario. La categoría central que expresó el sentido de la experiencia fue "Teniendo una ruptura con la vida cotidiana". Las categorías que revelaron esa ruptura mostraron que frente al creciente dolor las mujeres se sintieron dominadas y con

miedo de morir, pues perdieron el control personal sobre el cuerpo y la vida. No reconocieron el infarto y se resistieron, al principio, a procurar atención, haciendo intentos para aminorar el dolor. Ante el dolor insoportable y la impotencia en su control, pidieron la salvación Divina, ayuda a las personas y recurrieron al tratamiento médico (15).

### **A NIVEL NACIONAL**

Bazán Salas, Mirian, en 1998, en Lima – Perú, realizó un trabajo de investigación titulado “Vivencias del Ser que adolece Infarto Agudo de Miocardio”, que tuvo como objetivo principal comprender las vivencias existenciales del paciente durante su estadía en la Unidad de Cuidados Coronarios, para lo cual fue necesario identificar el adolecer Infarto Agudo de Miocardio como fenómeno situado, describir, analizar e interpretar sus unidades de significado con la finalidad de construir un fenómeno estructurado y finalmente develar su esencia. La técnica por excelencia fue la entrevista en profundidad frente a la interrogante a develar ¿Qué es vivir adoleciendo Infarto Agudo de Miocardio? El análisis de los textos transcritos de las declaraciones de los doce pacientes entrevistados permitió identificar siete unidades de significado los cuales fueron develando la estructura del fenómeno situado entre el temor y la angustia del ser ahí a través de sus expresiones psíquicas y corporales y en su necesidad de ayuda. Es la libertad que coloca al Dasein como existencia, como un ser de múltiples posibilidades abiertas frente a su elección en la finitud del ser y en los límites de su destino. Descubre la temporalidad del ser ahí del paciente con infarto agudo de Miocardio como ser para la muerte. El ser en el mundo del paciente que adolece Infarto Agudo de Miocardio como ser para la muerte. El ser en el mundo del paciente que adolece

Infarto Agudo de Miocardio se comprende mejor a partir de la trascendencia, de la temporalidad de los hechos y de la existencia (16).

Los estudios de investigación que se tomaron como referencia permitió diseñar la estructura de la base teórica y la trayectoria metodológica; siendo importante realizar el estudio en el INCOR a fin de que sus consideraciones finales permita diseñar planes de mejora, destinados a mejorar la calidad de atención al usuario y disminuir el riesgo a complicaciones a través de un cuidado integral y holístico.

## **2.2. BASE TEÓRICA.**

### **GENERALIDADES SOBRE ENFERMEDAD CORONARIA**

El corazón es un órgano importante que actúa como una bomba que impulsa la sangre hacia los órganos, tejidos y células del organismo, es así como la sangre suministra oxígeno y nutrientes a todas nuestras células. Cuando los vasos que riegan el corazón (llamados arterias coronarias) se dañan, el corazón deja de funcionar adecuadamente y pueden surgir problemas importantes.

La Cardiopatía Isquémica, Se llama también ENFERMEDAD CORONARIA, y es la imposibilidad de las arterias coronarias o de algunas de sus ramas para llevar oxígeno a un determinado territorio del músculo cardíaco, lo que determina una dificultad en el funcionamiento de éste.

La angina, el infarto agudo de miocardio (IAM) y la muerte súbita constituyen las tres manifestaciones fundamentales de la cardiopatía isquémica, y son el resultado de un compromiso en el flujo sanguíneo

coronario, como consecuencia del desequilibrio entre la oferta y demanda de oxígeno miocárdico.

La etiología de la cardiopatía isquémica es muy diversa, puede ser ocasionada por la rotura de una placa de ateroma (al existir una placa vulnerable), un proceso embólico, obstrucción dinámica (espasmos coronarios), obstrucción mecánica evolutiva (como la aterosclerosis o en la reestenosis intrastent), inflamación, o por formación secundaria, de etiología ajena al lecho coronario (fiebre, taquicardia, anemia o hipoxia). (17).

A continuación se describen de manera puntual las características de las diferentes manifestaciones del Síndrome Coronario Agudo, nueva clasificación de la cardiopatía isquémica. La isquemia puede manifestarse de forma aguda (infarto agudo de miocardio, angina inestable o muerte súbita) o de manera crónica (angina estable).

**Angina estable.** Es el resultado de un aumento en el consumo de oxígeno miocárdico por la presencia de una placa estable. Se trata de una obstrucción paulatina por lo que puede pasar desapercibida hasta que se compromete el flujo sanguíneo coronario en un 70%, suficiente para mantener las demandas metabólicas en reposo.

**Angina inestable.** Traduce fisiopatológicamente la rotura de una placa que pone en contacto el tejido colágeno y lipídico con la sangre, lo que estimula la cascada de coagulación, agregación plaquetaria mediada por la secreción de tromboxano A<sub>2</sub> y la intensa vasoconstricción. Con la consecuente la formación de un trombo intracoronario que estimula la fibrinólisis, por lo que se establece una lucha entre los mecanismos de coagulación, que tiende a la trombosis y el fibrinolítico que tiende a la lisis del trombo.

**El infarto agudo de miocardio (IAM).** Es la situación en la que existe necrosis (muerte del tejido por falta de irrigación) de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada, debidos a la privación de forma repentina del aporte sanguíneo (oxígeno), resultado casi siempre de una oclusión coronaria aguda (trombosis, o rotura de placa de ateroma), lo que impedirá un buen funcionamiento del músculo cardíaco. Esto clínicamente se traduce en un dolor precordial, de mayor duración e intensidad que una angina de pecho, además de acompañarse de sudoración, náuseas y vómitos.

**Muerte súbita:** Es consecuencia de una lesión coronaria rápidamente progresiva, en la cual, la ruptura de la placa y la trombosis resultante conllevan a la isquemia y a una arritmia ventricular letal en ausencia de flujo coronario colateral (18).

## **CONCEPTO DE EMOCIÓN**

Con fines didácticos, a continuación exponemos el concepto de emoción elaborado por Bisquerra (19). Las emociones son reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar. En estas evaluaciones subjetivas intervienen conocimientos previos, creencias, objetivos personales, percepción de ambiente provocativo, etc. Una emoción depende de lo que es importante para nosotros. Si la emoción es muy intensa puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales (fobia, estrés, depresión).

Goleman (20), afirma que emoción e inteligencia actúan en armonía con las otras inteligencias y no son, en absoluto, incongruentes.

Salovey y Mayer (21) destacan que a menudo las emociones son presentadas como interrupciones que desorganizan la actividad mental. Argumentan que esta visión es equivocada por cuanto las situaciones emocionales intensas en ocasiones estimulan la inteligencia, ayudando a los individuos a priorizar los procesos del pensamiento. Por tanto, más que interrumpir el pensamiento lógico, las emociones ayudan a un mejor pensamiento.

### **Elementos constitutivos de la emoción**

En una emoción se dan los siguientes elementos:

- Una situación o estímulo que reúne ciertas características, o cierto potencial, para generar tal emoción.
- Un sujeto capaz de percibir esa situación, procesarla correctamente y reaccionar ante ella.
- El significado que el sujeto concede a dicha situación, lo que permite etiquetar una emoción, en función del dominio del lenguaje con términos como alegría, tristeza, enfado, entre otros.
- La experiencia emocional que el sujeto siente ante esa situación.
- La reacción corporal o fisiológica: respuestas involuntarias: cambios en el ritmo cardíaco o respiratorio, aumento de sudoración, cambios en la tensión muscular, sudoración, sequedad en la boca, presión sanguínea.
- La expresión motora-observable: expresiones faciales de alegría, ira, miedo, entre otras; tono y volumen de voz, movimientos del cuerpo, sonrisa, llanto y otros.



## EMOCIONES VS SENTIMIENTOS

Emoción y sentimiento casi se utilizan como sinónimos en el lenguaje coloquial e incluso en el lenguaje científico diferentes autores utilizan diferentes atributos para diferenciarlos, de ahí su general confusión.

A lo largo de la Historia la utilización de los diversos términos emocionales no ha sido clara, precisa y delimitada de ahí su actual dificultad de definición. Según R. Bisquerra (22) la emoción puede ser definida como un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que puede ser fuerte. Son reacciones afectivas, más o menos espontáneas, ante eventos significativos. Implica una evaluación de la situación para disponerse a la acción. La duración de una emoción puede ser de algunos segundos a varias horas.

En cuanto a la definición de sentimiento, uno de los investigadores más reconocidos sobre las emociones, Richard. S. Lazarus, (1991), sugiere la teoría de incluir sentimiento en el marco de las emociones, ya que éstas se conciben en sentido muy amplio. Es decir, Lazarus considera sentimiento y emoción como conceptos interrelacionados, en el cual el concepto emoción englobaría al sentimiento (23).

Por ello Lazarus define sentimiento como el componente subjetivo o cognitivo de las emociones, es decir la experiencia subjetiva de las emociones. En otras palabras, la etiqueta que la persona pone a la emoción.

Pongamos un ejemplo: *Un ser querido me hace un regalo*. La emoción nace de manera espontánea debido a un estímulo (el regalo), a continuación surge una valoración primaria o automática de ese estímulo: indiferente, dañino o beneficioso (en este ejemplo

beneficioso). La emoción es aguda y pasa rápida pero puede convertirse en sentimiento.

En el momento que tomamos conciencia de las sensaciones (alteraciones) de nuestro cuerpo al recibir ese estímulo, la emoción se convierte en sentimiento. Es decir, en el momento que notamos que nuestro organismo sufre una alteración (mariposas en el estómago) y somos conscientes de ello, etiquetamos lo que estamos sintiendo (la emoción) con un sello específico, en este ejemplo tendríamos un sentimiento de sorpresa, placer, alegría, satisfacción, aun así los sentimientos pueden persistir en ausencia de estímulos externos, cuando son generados por nosotros mismos.

Por ello varios autores como Le Doux (1999) definen sentimiento como emociones voluntarias (24). Otra de las diferenciaciones entre sentimiento y emoción la ofrece Frijidaetal. (1991), la cual tiene su fundamento en la diferencia en la duración de cada concepto, ya que la duración de la emoción es menos duradera que la del sentimiento.

## **DIFERENTES TIPOS DE EMOCIONES**

Muchos autores han intentado realizar una tipología de las emociones; sin embargo, aún no se ha podido llegar a un consenso; al respecto, Goleman (2001: 419) asegura que “La verdad es que en este terreno no hay respuestas claras y el debate científico sobre la clasificación de las emociones aún se halla sobre el tapete” (25).

Una de las clasificaciones más empleadas es la de distinguir entre emociones básicas y emociones complejas o secundarias. Las emociones básicas, también denominadas primarias, puras o elementales, se reconocen por una expresión facial característica. El argumento sobre la existencia de al menos algunas emociones que no

son aprendidas sino universales e innatas se debe en cierta medida a Paul Ekman (1992) de la Universidad de California, quien descubrió que las expresiones faciales de estas emociones son reconocidas por personas de distintas culturas, lo cual les otorga un carácter de universal.

Las emociones básicas se inician con rapidez y duran unos segundos cada vez. Los investigadores discrepan en lo que concierne al número de ellas, pero en general se reconocen como tales: la alegría, la aflicción o tristeza, la ira, el miedo, la sorpresa y el asco. No existe cultura alguna de la que estén ausentes estas emociones. No son aprendidas sino que forman parte de la configuración del ser humano. Las emociones básicas están grabadas en los circuitos nerviosos de los genes y no a través de la cultura

Evans (2002: 35) propone un cambio de perspectiva en la discusión acerca de los tipos de emociones (26). Argumenta que más que pensar en las emociones básicas y las culturalmente específicas (también llamadas secundarias) como dos clases completamente diferentes, deberíamos concebirlas como los extremos de un mismo espectro. De tal manera que: "Dependiendo de cuántas condiciones específicas se precisen para el desarrollo de una emoción determinada, y dependiendo asimismo de su grado de especificidad, la emoción se aproximará más al extremo "básico" o al polo "culturalmente específico" del espectro". Esto significa que la distinción entre emociones básicas y emociones culturalmente específicas es una discusión de grado más que de clase. Por consiguiente, existiría todo un espectro de innatismo en las emociones básicas ubicadas en el polo de lo muy innato y las emociones culturalmente específicas en el extremo de lo menos innato.

Evans (2002) también apoya la propuesta de incluir una tercera categoría denominada emociones cognoscitivas superiores, las cuales serían menos innatas que las emociones básicas, pero más innatas que las culturalmente específicas. Las emociones cognoscitivas superiores difieren de las emociones básicas en que no son tan rápidas y automáticas ni se hallan asociadas universalmente a una única expresión facial. Se cree que estas emociones se procesan en áreas del neocórtex, por lo que estarían más expuestas a la influencia de los pensamientos conscientes y por lo tanto, más susceptibles de variación cultural. Esta propuesta considera que esas emociones son universales porque forman parte de la naturaleza humana, presentan una mayor variabilidad cultural, su desarrollo y extinción toman más tiempo que en las emociones básicas. Entre las emociones cognoscitivas superiores se incluyen las siguientes: amor, culpabilidad, vergüenza, desconcierto, orgullo, envidia y celos.

Por su parte, autores como Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2001: 308), clasifican las emociones en primarias, secundarias, positivas, negativas y neutras (27).

Las describen de la siguiente manera:

**Emociones primarias:** parecen poseer una alta carga genética, en el sentido que presentan respuestas emocionales pre organizado que, aunque son modeladas por el aprendizaje y la experiencia, están presentes en todas las personas y culturas.

**Emociones secundarias:** emanan de las primarias, se deben en gran grado al desarrollo individual y sus respuestas difieren ampliamente de unas personas a otras.

**Emociones negativas:** implican sentimientos desagradables, valoración de la situación como dañina y la movilización de muchos recursos para su afrontamiento. Ej.: el miedo, la ira, la tristeza y el asco.

**Emociones positivas:** son aquellas que implican sentimientos agradables, valoración de la situación como beneficiosa, tienen una duración temporal muy corta y movilizan escasos recursos para su afrontamiento. Ej.: felicidad.

**Emociones neutras:** son las que no producen intrínsecamente reacciones ni agradables ni desagradables, es decir que no pueden considerarse ni como positivas ni como negativas, y tienen como finalidad el facilitar la aparición de posteriores estados emocionales. Ej.: la sorpresa.

## **DESCRIPCIÓN DE ALGUNAS EMOCIONES**

A partir de los aportes realizados por Marina y López-1996 (28), Fernández-Abascal, Martín y Domínguez-2001 (29), Greenberg-2000 (30). Se presenta a continuación la descripción de algunas emociones:

### **El miedo**

Es una emoción primaria negativa que se activa por la percepción de un peligro presente e inminente, por lo cual se encuentra muy ligada al estímulo que la genera. Es una señal emocional de advertencia que se aproxima un daño físico o psicológico. El miedo también implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o manejar una situación de amenaza. Se asocia al miedo los siguientes términos: alarma, terror, nerviosismo, pánico, tensión, pavor, desasosiego, susto, temor, preocupación, horror, ansiedad.

### **La tristeza**

Es una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros. Denota pesadumbre o melancolía. La tristeza es una forma de displacer que se produce por la frustración de un deseo apremiante, cuya satisfacción se sabe que resulta imposible. Los desencadenantes de la tristeza son la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso; la decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo. Los efectos subjetivos se caracterizan por sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía. Se asocian a la tristeza los siguientes términos: pesimismo, pesar, decepción, remordimiento, rechazo, bochorno, sufrimiento, añoranza, depresión, aislamiento, melancolía, vergüenza, abandono, desánimo, infelicidad, desaliento, condolencia.

### **La felicidad**

Es el estado de ánimo que se complace en la posesión de algún bien. La felicidad facilita la empatía, lo que promueve la aparición de conductas altruistas. Asimismo, contribuye al rendimiento cognitivo, la solución de problemas, la creatividad, el aprendizaje y la memorización. Los desencadenantes de la felicidad son los éxitos o los logros, la consecución de los objetivos que se pretenden. Igualmente se produce por la congruencia entre lo que se desea y lo que se posee, entre las expectativas y las condiciones actuales, y en la comparación con las demás personas. Se asocia a la felicidad los siguientes términos: jovialidad, contento, triunfo, dicha, alegría, júbilo, entusiasmo, alborozo, deleite, regocijo, buen humor, gozo, embeleso.

### **La sorpresa**

Es la más breve de las emociones. Es una reacción causada por algo imprevisto o extraño, como un trueno o una celebración no anunciada.

Los acontecimientos cognitivos también provocan sorpresa. La sorpresa también se da cuando se producen consecuencias o resultados inesperados o interrupciones de la actividad en curso. El significado funcional de la sorpresa es preparar al individuo para afrontar de forma eficaz los acontecimientos repentinos e inesperados y sus consecuencias. La sorpresa suele convertirse rápidamente en otra emoción. Se asocian a la sorpresa los siguientes términos: asombro, pasmo, estupefacción, extrañeza.

### **La ansiedad**

Es un estado de agitación, inquietud y zozobra, parecida a la producida por el miedo. La ansiedad es desproporcionalmente intensa con relación a la supuesta peligrosidad del estímulo. La ansiedad, como todas las emociones, es en principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia de las personas. La ansiedad produce efectos subjetivos de tensión, nerviosismo, malestar, preocupación, aprensión e incluso puede llegar a sentimientos de pavor o pánico. Asimismo, produce dificultades para el mantenimiento de la atención y la concentración.

### **La hostilidad**

Es una emoción secundaria negativa que implica una actitud social de resentimiento que conlleva respuestas verbales o motoras implícitas. Es un sentimiento mantenido en el tiempo, en el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. Los desencadenantes de la hostilidad son la violencia física y el sufrir hostilidad indirecta. La hostilidad se desencadena cuando percibimos o atribuimos en otras personas, hacia nosotros o hacia personas queridas de nuestro entorno, actitudes de irritabilidad, de negativismo, de resentimiento, de recelo o de sospecha. Los efectos subjetivos de la

hostilidad implican usualmente sensaciones airadas. El componente afectivo incluye varios estados emocionales como el enojo, el resentimiento, el disgusto o el desprecio. Los efectos fisiológicos son básicamente similares a los de la ira, pero más moderados en intensidad y, en cambio, más mantenidos en el tiempo.

### **TEORIA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON**

Watson fundamenta su experiencia en las ciencias humanísticas, enmarca su teoría en la corriente de pensamiento de la transformación, considerando que un fenómeno es único en su interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea. (31).

La autora toma elementos teóricos de la filosofía de Heidegger, Marcel, Chardin, Selve, Whitehead; teólogos como Buber; de los psicólogos como May Mayeroff, Gilligan, Noddings y Carl Roger. Así es calificada como filósofa de Enfermería porque plantea reclamos ontológicos, epistémicos, éticos (32).

La característica fundamental de la teoría de Jean Watson es su interés en el cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas, de ahí que se encuentra ubicada en la Escuela del Caring, entendiéndolo como la base de la existencia humana, la preocupación por los otros, la ayuda a la persona a realizarse y a actualizarse. Es una manera de ser y de estar en relación con otros, una manera de estar en el mundo, un elemento esencial para toda adaptación, una relación de copresencia y de reciprocidad (33). Esta escuela, con seguidores como Benner, Wrubel, Parse, se basa en una perspectiva fenomenológica, según la cual el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de la otra persona. También parte del humanismo existencial que tiene en



cuenta la globalidad de la experiencia de la persona en un momento específico de su existencia y de la espiritualidad (34).

Margaret Jean Watson reconoce que “Enfermería es una ciencia humana y el proceso de cuidado humano en enfermería es un humanitarismo significativo y un acto epistémico que contribuye a la preservación de la humanidad; así, plantea que conservar el avance del cuidado de enfermería es importante porque dentro de la ciencia, al igual que dentro de la sociedad, el llamado es ver al ser humano en su totalidad”. Considera que el mejor modelo de enfermería para la educación, la investigación y la práctica es la de una clínica académica (35,36). Watson entiende que el dominio de la Enfermería es la aplicación del cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso del fin de la vida y en el momento de la muerte (37). Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. Para una buena calidad de las intervenciones de la enfermera debe existir la participación de la enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, sus necesidades, sus fuerzas y límites. Un saber reconfortar, tener compasión y empatía también contempla el desarrollo personal y profesional, el crecimiento espiritual, la propia historia de vida de la enfermera, sus experiencias anteriores, las oportunidades de estudio, sus propios valores y creencias y su relación con ella misma y con los demás. Plantea que cuidar es el ideal moral de la Enfermería, cuyo compromiso es proteger y realzar la dignidad humana; como profesión tiene una doble responsabilidad ética y social de ser cuidadora del cuidado y de las necesidades sociales de cuidado humano en el presente y en el futuro. Considera que el cuidado son las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, dentro de una experiencia transpersonal, que

permite la apertura y desarrollo de las capacidades humanas; implica valores, deseos y compromiso de cuida. La relación transpersonal busca proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior tanto del que recibe el cuidado como del que cuida y que pueden ser influenciadas por el momento de cuidado a través de las elecciones y acciones decididas en la relación; con la influencia que de ellas recibe, las vuelve parte de su propia historia de vida.

La teoría de Watson invita a cambiar la actuación frente al paciente para volver a las raíces del cuidado, que es delicado y frágil; invita a ser creativos; a tener amor a la profesión; a vivir el momento del cuidado transpersonal. A crear una experiencia de aprendizaje desde el arte, nuevas modalidades terapéuticas, hacer visible lo invisible de Enfermería, hacer las pausas. Integrar cuidado y amor. Convergencia de Enfermería, el arte, espiritualidad y el cuidado. La situación actual del sistema de salud exige buscar nuevas estrategias. Teniendo en cuenta todos los elementos descritos, y con un sistema de salud deshumanizante.

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC), los que serán examinados. En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación

– ***El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal***, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son

contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.

– ***El cuidado está condicionado a factores de cuidado***, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.

– ***El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar***. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.

– ***Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial*** que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.

– ***La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa***. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.

– ***La práctica del cuidado es central en la enfermería***. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero

responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

En segundo lugar expondremos los diez FC que después Watson denomina Proceso Caritas de Cuidados (PCC), que corresponde a una extensión de los anteriores, pero ofrece un lenguaje más fluido para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas.

Así se expondrá una síntesis de los originales FC y su transformación luego al PCC, puntualizando sobre su marco conceptual para facilitar la comprensión de los cuidados de enfermería como la ciencia del cuidar. Estos son:

✓ **Formación humanista-altruista en un sistema de valores**, se convierte luego en la “práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”. Watson asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático. Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. De esta forma la introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias, tal como lo constituye, por ejemplo, la meditación para otras culturas. Es útil así la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo.

Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros. Por esto, un paciente no es un personaje sobre el cual es factible escribir en primera persona, es un ser humano libre que debe narrar su propia biografía. Watson otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos. No es posible elegir sólo cuidar a aquellos que concuerdan con nuestro sistema de valores, raza, clase social, generación, etc. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos. Watson por tanto, integra el cuidado amoroso con la ecuanimidad, esto requiere de un desarrollo evolutivo moral, no sólo de un desarrollo del conocimiento.

✓ ***Incorporación de la fe y esperanza***", se convierte luego en "Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado". Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud. Esto proviene de una costumbre arcaica, ya que en muchas culturas la fe y la sanación eran resorte del mismo oficiante; sucede así, por ejemplo, en las comunidades indígenas, y así es como

actualmente se intenta incorporar sus propios rituales. Entonces, y de acuerdo al viejo aforismo, “no siempre es factible curar, pero siempre cuidar”, la fe no necesariamente logrará la curación; pero siempre estará asociada al cuidado.

✓ ***El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros*** será redactado más tarde como “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”. Para Watson el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando éstos no son positivos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos.

Un ejemplo: ¿Es prudente evitar que una madre mire el rostro de su hijo que ha nacido muerto? Con esta práctica sólo aumentará el dolor, y negará la evidencia que iniciará el duelo. Esta práctica se apropia del dolor de otro, impide su libre expresión por desgarradora que sea. El duelo de esta madre es personal, forma parte de su vida y no le atañe al personal sanitario evitarlo. En estas ocasiones el silencio, el respeto y un abrazo son más útiles; y por cierto, más humanos. Por tanto la expresión de los sentimientos es una forma de empatía con otros que trasciende el propio yo. Las conductas de evitación también tienden a ser habituales, como el temor a enfrentarse al paciente que va a morir,

la aprensión a contestar preguntas, y enfrentar situaciones de duelo y dolor. Todas estas situaciones están presentes en el día a día de la labor de enfermería. Es por ello que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia, y Watson destaca que esta sensibilidad se ve reforzada por la formación valórica. El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, como asimismo la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y esperanza. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor.

✓ ***El desarrollo de una relación de ayuda y confianza.*** El cuidar la relación humana se convierte en “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”. Una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual “contestador telefónico”, ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La relación de cuidado está basada en la

creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado de un paciente grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal.

✓ ***La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos***". Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un "estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida". Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son "una ventana por la cual se visualiza el alma". Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

✓ ***El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial.*** Se convierte en: "el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de



conocer como parte del proceso asistencia”. Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería. Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas. El mal uso de los formatos impide visualizar la profundidad del fondo, cuando se realizan mecánicamente, esto es relevante pues en último término es lo que distingue a un técnico de un profesional. El proceso de enfermería un instrumento que aún se utiliza y que está abocado a diagnosticar las necesidades de los pacientes y a programar las acciones para darles solución, como asimismo a la evaluación de estas acciones se suele convertir en un proceso mecánico, que normalmente no está centrado en el paciente sino en la patología. Si se agrega a esto un deficiente profesionalismo, en el sentido de no ser reconocidos por el colectivo social como auténticos profesionales y con autopercepción de sacrificio y sumisión, puede desembocar en una posición rígida, autocontrolada, y autodestructiva, lo que daña profundamente al propio practicante y dificulta la relación terapéutica. El no delimitar el campo propio de realización de enfermería y referirlo a un campo biomédico no hacen posible la autonomía y la creatividad. Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía.

✓ ***La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal***

Luego deriva a: "Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro". Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar. Dicha información no se apropia de un sello que la distinga de otros modos de obtenerla, como por ejemplo a través de los medios de comunicación, donde también se brinda educación en salud, periódicamente. La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida. La educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que según Watson es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas. La información prosigue Watson es un componente de la educación, pero no el todo. Si bien se han dado importantes pasos en este rubro, no es menos cierto que por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos.

El cuidado supone el brindarlo en base a las necesidades sentidas de los usuarios/pacientes/clientes. Una actitud efectiva de cuidado, por tanto, supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud

respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población.

✓ ***La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural.*** Se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”. Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

✓ ***La asistencia con la gratificación de necesidades humanas.*** Las que posteriormente llama: “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”. Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo a Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo - actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento

personal. Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

✓ ***El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.*** Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ello. La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades”

Los diez factores expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera/o, puede ayudar al otro a resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud. La enfermera, entonces, como acota Watson, es responsable de ofrecer condiciones para que el paciente/usuario resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad.

## **INFARTO DE MIOCARDIO Y DEPRESIÓN**

Existen actualmente abundantes datos como para afirmar que la depresión constituye un factor de riesgo de primer orden en relación con posibles complicaciones tras el infarto de miocardio. Existe una controversia en la cual, aún no se han identificado con precisión los factores por los que la depresión aumenta el riesgo de mortalidad en pacientes post IAM. Sin embargo, existen varias hipótesis entre las que se señala: a) aumento de la activación y agregación plaquetaria; b) aumento del tono adrenérgico que predispone a arritmias ventriculares; c) activación del sistema inmune, implicado tanto en el desarrollo de la placa aterosclerótica como en el aumento de la mortalidad de pacientes post IAM; d) menor adherencia al tratamiento farmacológico y adopción de estilos de vida saludable; y e) menor soporte social (38)

Diversos estudios han constatado que, en personas post infartadas, e independientemente de la gravedad de la enfermedad cardíaca, la depresión se asocia a un mayor riesgo de muerte, arritmias ventriculares, recuperación incompleta, taquicardia ventricular, y recurrencia de nuevos eventos cardíacos. La depresión parece que ejerce su mayor influencia sobre la mortalidad y morbilidad durante los primeros 6 meses tras un infarto agudo de miocardio. Ladwig KH (1994), quién estudió a 552 hombres con depresión post-IAM observándola severa en 13.3%, moderada en 22.5% y leve en 64.2%. (39).

Existe evidencia además, que su efecto negativo puede perdurar durante el curso de la enfermedad cardiovascular. Frasure-Smith (1995); observó que la depresión es un factor de riesgo independiente para mortalidad en personas post infarto agudo de miocardio, de impacto semejante al de la disfunción ventricular izquierda y a la historia de IAM previo. La depresión puede alterar la variabilidad de la frecuencia cardíaca (un mecanismo compensatorio importante ante la

lesión del IAM), la agregación plaquetaria, los niveles de serotonina y el umbral para la aparición de las arritmias ventriculares pudiendo alterar la evolución del IAM e incrementar la mortalidad (40).

### **ANSIEDAD Y ENFERMEDAD CORONARIA**

Entre los pacientes con enfermedad coronaria (EC), el porcentaje de trastorno de pánico es elevado; se ha sugerido que entre un 5 y un 23% de pacientes con evidencia angiográfica de enfermedad coronaria han sufrido de trastorno de pánico (Zaubler y Katon, 1996).

El trastorno de pánico puede agravar el estado de los pacientes cardíacos al provocar incrementos de la tasa cardíaca, de la presión sanguínea, y posiblemente de la resistencia de la musculatura lisa en los pequeños vasos coronarios (Katon,1990). A su vez, la isquemia puede exacerbar los síntomas de pánico al activar las neuronas del locus ceruleus (centro de irradiación de neuronas noradrenérgicas). Es decir, la ansiedad (pánico) y la isquemia se incrementarían mutuamente al actuar a modo de círculo vicioso: el pánico aumenta la isquemia y ésta eleva la ansiedad. (41).

La morbilidad y mortalidad por eventos cardíacos se ha asociado a la presencia de trastornos de ansiedad (fobias y pánico). Para Kawachi-1994, la ansiedad fóbica triplica el riesgo de cardiopatía coronaria fatal, siendo esta relación aún más alta cuando se trata de muerte coronaria súbita (42). Aunque el pánico y la ansiedad fóbica parecen constituir factores de riesgo para la enfermedad coronaria (EC), no existe evidencia de que la EC sea un factor de riesgo para el trastorno de pánico o la ansiedad fóbica (Fleet - 2000). (43).

La asociación entre el trastorno de pánico y la cardiopatía coronaria se ha explicado en términos de un incremento de la hiperventilación; ésta,

incrementada por la ansiedad, podría precipitar el espasmo coronario que, subsecuentemente, podría generar angina de pecho, arritmias ventriculares e infarto de miocardio.

El trastorno de pánico es un factor que puede agravar significativamente el curso de la cardiopatía coronaria, llegando incluso a precipitar la muerte súbita. La ansiedad y la depresión suelen ser dos reacciones emocionales habituales tras el infarto de miocardio. Bueno y Buceta, 1997 (44); Havik y Maeland, 1990 (45). Estos problemas emocionales no sólo constituyen complicaciones que empeoran la calidad de vida del paciente post infartado y requieren atención, sino que también pueden predisponer hacia una mayor morbilidad y mortalidad en estos enfermos (p.ej., precipitando nuevos eventos cardíacos).

Se ha observado que existen mayores complicaciones post infarto en pacientes que presentan niveles elevados de ansiedad (Moser y Dracup, 1996). En el estudio de Moser y Dracup, los pacientes con mayores niveles de ansiedad tenían una probabilidad cinco veces mayor de tener posteriores complicaciones, que los pacientes con bajos niveles de ansiedad. Los autores vienen a concluir que cuando la ansiedad aparece tempranamente tras el infarto de miocardio, el paciente tiene mayor riesgo de sufrir isquemia y arritmias (46).

### **ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA**

Las acciones de Enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se

exige además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

El ejercicio de la enfermera ha heredado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a la práctica, misma que contribuye para que el hombre obtenga bienestar en todos los aspectos de la vida. Nuestra mística es el cuidado del hombre en las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual, por lo que se requiere aplicar un método sistemático que permita valorar, diagnosticar, ejecutar y evaluar las intervenciones de los pacientes, con el fin de conservar y recuperar la salud. Para lo cual, se requiere de fundamentos científicos propios, que guíe en forma planeada, sistematizada y organizada nuestras acciones.

En particular el proceso de enfermería, para pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), pretende identificar los problemas de salud reales y potenciales que permitan la toma de decisiones con base en el conocimiento y evidencia existente del cuidado de enfermería para ser aplicado en forma sistemática y organizada.

La estandarización de cuidados y su aplicación en la práctica asistencial supone una fase más del proceso de normalización/protocolización de los cuidados de enfermería, representando un escalón más avanzado en el diseño de pautas que facilitan el trabajo a las enfermeras y les da orientaciones precisas. La sistematización de los cuidados habituales constituye una herramienta eficaz en la atención individualizada a estas personas y al mismo tiempo permite evaluar la calidad de los cuidados prestados y modificar



actividades o su frecuencia de realización. Nos encontramos ante un proceso de atención a pacientes con enfermedad cardíaca, con posibilidad de algún tratamiento invasivo, quirúrgico y/o terapéutico. El proceso de enfermedad, junto con la falta de control del entorno, expone a la persona enferma a una importante situación de vulnerabilidad física y psicológica, en estas circunstancias los cuidados de enfermería cobran una especial relevancia y obligan a proporcionar unos cuidados excelentes, dirigidos a garantizar su seguridad, mantener su dignidad como persona y prevenir complicaciones.

### **2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**Vivencias del paciente con IMA:** Son todas las experiencias vividas y expresadas a través de las diversas sensaciones y/o emociones positivas o negativas que de alguna manera experimenta e influye en la personalidad del individuo con afección cardíaca.

**Infarto Agudo de Miocardio:** Se considera como la muerte o necrosis del músculo cardíaco, por la falta de irrigación prolongada de sangre (oxígeno), a consecuencia de la oclusión de una de las arterias coronarias por el desprendimiento de alguna placa ateromatosa.

**Cuidado Humanizado:** La Enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson la Enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro. El ideal moral de Enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

**Emoción y Sentimiento:** La emoción puede ser definida como un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que puede ser fuerte. Son reacciones afectivas, más o menos espontáneas, ante eventos significativos. Lazarus considera sentimiento y emoción como conceptos interrelacionados, en el cual el concepto emoción englobaría al sentimiento.

**Rehabilitación Cardíaca:** La Rehabilitación Cardíaca, es todo un conjunto de ejercicios, recreaciones, la introducción de hábitos positivos, charlas educativas, etc., un trabajo multidisciplinario en donde participan enfermeras, médicos, nutricionista, psicólogo y Asistente Social, todos ellos influyen directamente en el desarrollo del paciente apuntando a un mismo objetivo que viene hacer la recuperación del paciente en su vida social, familiar, trabajo, quienes optan estilos de vida saludables.

## **CAPÍTULO III**

### **TRAYECTORIA METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cualitativa, método descriptivo analítico con abordaje holístico, basado en la Teoría del Cuidado Humano de Jane Watson; que busca mirar al ser humano según una determinada escala de valores que consiste en entenderlo como una unidad de cuerpo, mente, energía, espíritu, vínculos, medio ambiente, cultura, historia personal y todo aquello que lo conforma tal cual “es”, en un determinado tiempo y espacio.

#### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO.**

El estudio, se realizó en el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) organismo descentralizado de Es Salud, en donde se desarrolla el programa de Rehabilitación Cardíaca.

Este programa atiende un promedio de 110 pacientes mensuales, con diferentes patologías coronarios, divididos en: pacientes quirúrgicos (12 sesiones), pacientes no quirúrgicos (24 sesiones) y pacientes con cardiomiopatía dilatadas (36 sesiones).

En estas terapias se desarrollan diferentes fases: calentamiento, entrenamiento y fase de enfriamiento; además participan en las dinámicas grupales, terapias de campo y terapias educativas. Participan cuatro médicos, cuatro licenciadas en Enfermería, una Nutricionista, una psicóloga y una asistente Social.

### **3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

La población estuvo conformada por todos aquellos pacientes que ingresan al programa con diferentes diagnósticos (pacientes quirúrgicos, no quirúrgicos y pacientes con cardiomiopatías dilatadas) que aproximadamente se dan 45 atenciones diarios promedio a un total de 110 pacientes mensuales, de los cuales 30 atenciones están referidas a los pacientes no quirúrgicos y cardiomiopatías dilatada, que hacen el 66.6% de las atenciones, que representa un total de 67 pacientes mensuales, que vendría a ser nuestra población total. Aun cuanto por el tipo de estudio la población se obtuvo por saturación en pacientes que han sufrido de un infarto agudo de miocardio.

### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Pacientes que sufrieron su primer evento de infarto agudo de miocardio, que acuden al programa de Rehabilitación Cardíaca del Instituto Nacional Cardiovascular.

### **3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1. Criterios de Inclusión:**

- Paciente que al momento de la investigación ha iniciado el programa de rehabilitación cardiaca en el INCOR.
- Pacientes que han sufrido un primer evento coronario (Infarto Agudo de Miocardio).
- Paciente que no haya sido sometido a cirugía cardiaca, de ambos sexo y sin límite de edad.
- Paciente que acepta participar en el estudio.

### **3.5.2. Criterios de Exclusión**

- Paciente que este finalizando su terapia.
- Paciente que ha sido sometido a una cirugía cardíaca.

### **3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizó fue la entrevista a profundidad y el instrumento un cuestionario semiestructurada y la grabadora (Anexo A); el cual fue sometido a juicio de expertos, siendo procesada la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial (Anexo C).

### **3.7. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para la implementación del estudio se llevó a cabo el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al gerente del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), con copia al Jefe de Capacitación, Docencia e Investigación a fin de obtener las facilidades y autorización respectiva para ejecutar el estudio. Luego se realizó la coordinación respectiva con el servicio de Rehabilitación Cardíaca para establecer el cronograma de recolección de datos, considerando que la aplicación del instrumento era de manera personalizada y el intervalo de duración de la entrevista fue entre 30 a 60 minutos, en un ambiente privado y acogedor, en donde el paciente se encontró solo y sentado cómodamente en un sillón, permitiendo la libertad de expresar sus experiencias vividas, considerando en todo momento su privacidad y confidencialidad.

Luego de la recolección de datos se realizó la degrabación de las entrevistas colocando algunos códigos para llevar a cabo el análisis de contenido, según el uso de las preguntas norteadoras y categorías

utilizadas en el estudio. Se realizó el análisis de contenido de acuerdo al marco teórico.

### **3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Para la ejecución del estudio se tomó en cuenta, contar con el permiso de la institución y las autoridades competentes, así como del sujeto de estudio considerando importante la ética moral, el respeto a la integridad y dignidad del ser humano, relacionada a las acciones humanas positivas, que nos concede la veracidad y autenticidad de la misma. (Anexo B).

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

La información obtenida a través de las entrevistas a profundidad, se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido, obteniéndose cuatro categorías, que se presentan a continuación:

##### **Primera Categoría:**

##### **La experiencia del dolor después de un infarto agudo de miocardio.**

Hace referencia a las expresiones de dolor que los participantes del estudio refieren y que están relacionados con sentimientos de ansiedad, miedo, angustia, incertidumbre, son emociones generadas por las experiencias durante el evento de infarto agudo de miocardio.

*Sentí un dolor intenso en el pecho, como si me estuvieran estrujando, apretando el corazón, no quería desmayarme, no quería cerrar los ojos. (SOL).*

*Yo sentí un dolor fuerte al pecho como una opresión como si un émbolo te inyectarían y te bajarán el aire al máximo, yo decía que será? pues ya me pasará pensé. (MAR).*

*Sentí como buffff como si me encendiera y me comenzó apretar el pecho y a doler el brazo izquierdo, al principio tenía miedo. (OCÉANO).*

*Sentí un dolor intenso como si me estuviesen apretando por ambos lados del pecho. Yo nunca imagine que a esta edad me iba a dar a mí. (JÚPITER).*

*Sentí un dolor fuerte, dolor fastidioso como agobiante, dolor desesperante que te oprime que te fastidia y que estas desesperado. (TIERRA).*

### **Segunda Categoría:**

**Espera personal se ve afectada ante un infarto agudo de miocardio.**

Hace referencia a las diferentes percepciones que el paciente presenta después de haber sufrido su primer evento de infarto agudo de miocardio, expresan sentimientos negativos, frente a un evento fortuito, inesperado; esta situación implica que afloren múltiples sentimientos cargados de emotividad como son: frustración, depresión, angustia, incertidumbre y temor a la muerte.

*Me pusieron el stent a partir de ahí yo quedé muy frustrado, muy deprimido, había dejado de trabajar. (SOL).*

*De un momento a otro encontrarme en una ciudad tan distinta a la mía, sin las comodidades que tenía, mi casa mi movilidad, eso me hacía sentir muy mal y aquí yo no tenía los recursos necesarios para vivir. (SOL).*

*Eso me hacía sentir muy deprimido, aumentaba mi angustia y mi malestar. (SOL).*

*Yo ya no le tengo miedo a nada, no era una sorpresa la muerte. Yo estado preso acá en Castro Castro por cuestiones políticas en el año*



*noventa, yo estaba preso en las condiciones más difíciles en ese tiempo. (MAR).*

*Tendré que experimentar algo, tendré que saber cómo es estar en un hospital. Yo nunca estado en un hospital. (OCÉANO).*

*He pensado, en mi familia, en mis hijos. (OCÉANO).*

*Yo ya estaba pensando que yo ya me iba de este mundo, mi familia mis hijos, iban a quedar desamparados. (JÚPITER).*

*No sentí que me moría. (TIERRA).*

*Ahí empieza mi tortura mi calvario. (TIERRA).*

*No estado acostumbrado a estar internado, a estar enfermo, (TIERRA).*

*Medite sobre la vida, me he salvado por lo divino, por Dios. (TIERRA).*

### **Tercera Categoría:**

#### **Esfera Social, familiar y laboral, se ven afectados**

En algunos pacientes la relación de familia, laboral y social, se ven afectadas, por el temor a la aparición de una parte importante de independencia, generando sentimientos de frustración, que transforme el tradicional rol de cuidador al de sujeto cuidado.

*Era una situación muy complicada y todito eso me hacía que me sienta completamente impotente y lo grave era que ya no podía seguir trabajando. (SOL).*

*Era imposible trabajar y que ya no podía tener una vida como la anterior, no captaba la nueva forma de cómo manejar mi enfermedad, era la parte más difícil. (SOL).*

*Mis actividades definitivamente han disminuido, mi físico, tengo una limitación. (MAR).*

*Yo antes tenía una concepción de ser yo inmortal pero claro asimilo la muerte. (MAR.)*

*En el esfuerzo hay limitaciones y eso de alguna manera me frustra. (MAR.)*

*Me he tenido que moderar un poco y hacer cosas que no hacía antes. (MAR.)*

*Al principio como que un poquito me molestaba, renegaba en mi casa por las cosas que pasaba en el día. (OCÉANO).*

*En mi vida social, bueno, antes si nos íbamos a una reunión a tomar unos traguitos y bueno me he vuelto prácticamente abstemio, bueno solo ahora tomo en reuniones familiares. En esa parte me afectado me siento cohibido no. (OCÉANO).*

*Este cambio me ha generado stress pues, el no tener otro ingreso, el querer ayudar a mi familia el querer ayudar a mis hijos. (OCÉANO).*

*Si me cuesta todavía al cambio y lo tengo q hacer por el bien de mi salud. (JÚPITER).*

*Al principio si me afecto yo no quería salir porque todo el mundo estaba alegre y yo como se dice ahí a un costadito ahí mirando, me sentí así como reprimido, aislado. (JÚPITER).*

*Ahora están pendientes de mí, me molesta un poco, me siento un poco inútil, yo lo puedo hacer al menos que me dejen intentarlo, pero si me siento inútil. (JÚPITER).*

*Me di cuenta de la calidad humana, yo creo que dios me puso una prueba. (TIERRA).*

*He dejado mi trabajo y eso me deprime un poco. (TIERRA).*

*Bueno tengo mi negocio, que ahora lo ve mi esposa, antes yo lo veía, era un poco autoritario quería hacerlo todo. (TIERRA).*

#### **Cuarta Categoría:**

#### **Cambios en los Hábitos de vida.**

Se refiere a las modificaciones adoptadas por los pacientes, después de haber sufrido su primer infarto agudo de miocardio y posterior a su ingreso al programa de Rehabilitación Cardíaca, en sus estilos de vida.

*Después de haber asistido al programa me siento entusiasta y sé que debo cumplir con todas las indicaciones para sentirme bien en todo sentido. (SOL).*

*Si me siento bien con mejor ánimo, después del infarto obviamente he visto bastante solidaridad. (MAR).*

*Yo estoy tratando de salir adelante en todo y no pienso parar en volver hacer una persona normal. (MAR).*

*Antes llevaba una vida sedentaria, ahora yo ya entendí. He mejorado mis hábitos alimenticios, he bajado de 84 kilos ahora peso 76 kilos, me siento mejor, ya puedo subir y bajar escaleras. (OCÉANO).*

*Me siento bien y con ánimos, he comenzado a poner orden en mi vida. (OCÉANO).*

*El programa de rehabilitación si es muy buena, me ha servido para mejorar y llevar una vida sana. (JÚPITER).*

*Bueno yo me siento bien, es algo nuevo para mí es un tipo de vida nueva para mí que tengo que llevar y saber manejarlo. (JÚPITER).*

*Salgo mejor anímicamente, mi vida ha cambiado para mejor, me siento feliz, con ganas de seguir luchando. (JÚPITER).*

*Ahora me siento bien, entendí que tener una mente sana y cuerpo sano es magnífico, antes yo decía no necesito hacer ejercicios para sentirme bien, pero ahora que vengo acá a influenciado en que los ejercicios son magníficos. (TIERRA).*

*He aprendido a tener más calma porque yo era antes una persona muy fosforito me amargaba de todo ahora respiro hondo y trato de estar más tranquilo. (TIERRA).*

## 4.2. DISCUSIÓN

En la primera categoría los pacientes describen como experiencia del dolor después de un infarto agudo de miocardio.

*“un dolor intenso en el pecho” (sol), “dolor fuerte al pecho como una opresión como si un émbolo te inyectarían y te bajarán el aire al máximo” (mar). “sentí como buffff como si me encendiera y me comenzó apretar el pecho y a doler el brazo izquierdo” (océano), “sentí un dolor intenso como si me estuviesen apretando por ambos lados del pecho” (júpiter), “sentí un dolor fuerte, dolor fastidioso como agobiante, dolor desesperante que te oprime que te fastidia y que estas desesperado” (tierra).*

Generando sentimientos de ansiedad, miedo, estas emociones aumentan su nivel de incertidumbre y desesperación. Cabe mencionar a Santos y Araujo, los datos de su investigación les permitió identificar que " Vivir el Infarto Agudo de Miocardio Según la Perspectiva del Paciente" fue predominantemente inexplicable, generador de sentimientos negativos y repentinos.

En la segunda categoría las diferentes percepciones que el paciente presenta después de haber sufrido su primer evento de infarto agudo de miocardio, expresan sentimientos negativos, frente a un evento fortuito, inesperado; esta situación implica que afloran múltiples sentimientos cargados de emotividad como son: frustración, depresión, angustia, incertidumbre y temor a la muerte.

*“Me pusieron el stent a partir de ahí yo quedé muy frustrado, muy deprimido, había dejado de trabajar (sol), “de un momento a otro encontrarme en una ciudad tan distinta a la mía, sin las comodidades*

*que tenía, mi casa, mi movilidad, eso me hacía sentir muy mal y aquí yo no tenía los recursos necesarios para vivir (sol), “Eso me hacía sentir muy deprimido, aumentaba mi angustia y mi malestar” (sol), “me colocaron un Stent farmacológico, entonces desde ahí se me quitaron todos los dolores del pecho” (mar), “yo pienso como me ha podido dar a mi tan joven” (mar), “yo ya no le tengo miedo a nada, no era una sorpresa la muerte” (mar), “tendré que experimentar algo, tendré que saber cómo es estar en un hospital, yo nunca estado en un hospital” (océano), “he pensado, en mi familia, en mis hijos” (océano), “yo ya estaba pensando que yo ya me iba de este mundo, mi familia mis hijos, iban a quedar desamparados” (júpiter), “No sentí que me moría” (tierra), “Ahí empieza mi tortura mi calvario” (tierra), “No estado acostumbrado a estar internado, a estar enfermo” (tierra), “medite sobre la vida, me he salvado por lo divino, por Dios” (tierra).*

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. 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. Ziegelstein ha señalado que aproximadamente uno de cada seis pacientes experimenta depresión mayor luego de un IAM, y 1 de cada 3 presentan síntomas depresivos durante la hospitalización; dato interesante si tenemos en cuenta que los estados depresivos van a llevar al paciente a tener bajos niveles de adhesión a los tratamientos, retrasando su proceso de recuperación.

Es importante tener en cuenta que los datos que se obtienen de esta categoría tienen concordancia con la bibliografía revisada, Solano y Siles, concluyeron que las sensaciones vividas al momento del ingreso a la unidad de cuidados críticos y durante su estancia, es generador sentimientos de desánimo, frustración, injusticia, miedo y de carga familiar entre otros. Todo ello origina nuevos replanteamientos de rol y posibles cambios en el estilo de vida.

En la tercera categoría, es evidente, que los pacientes expresen un miedo relacionado con las consecuencias que genera la enfermedad en la familia, en la ejecución del rol y las responsabilidades dentro del núcleo familiar, laboral y social, provoca emociones negativas de invalidez física, inutilidad, limitación, necesidad de trabajar y no poder hacerlo y sienten temor a perder su independencia, su autonomía, generando sentimientos de frustración, ira, haciendo que transforme el tradicional rol de cuidador al de, sujeto cuidado.

*“Era una situación muy complicada y todito eso me hacía que me sienta completamente impotente y lo grave era que ya no podía seguir trabajando” (sol), “era imposible trabajar y que ya no podía tener una vida como la anterior, no captaba la nueva forma de cómo manejar mi enfermedad, era la parte más difícil” (sol), “mis actividades definitivamente han disminuido, mi físico, tengo una limitación y eso de alguna manera me frustra (mar), “en mi vida social, bueno... antes si nos íbamos a una reunión a tomar unos traguitos y bueno me he vuelto prácticamente abstemio, bueno solo ahora tomo en reuniones familiares. En esa parte me afectado me siento cohibido no” (océano), “este cambio me ha generado stress pues, el no tener otro ingreso, el querer ayudar a mi familia el querer ayudar a mis hijos” (océano), “Si me cuesta todavía al cambio y lo tengo q hacer por el bien de mi salud”*

*(júpiter), “Al principio si me afecto yo no quería salir porque todo el mundo estaba alegre y yo como se dice ahí a un costadito ahí mirando, me sentí así como reprimido, aislado” (júpiter), “ahora están pendientes de mí, me molesta un poco, me siento un poco inútil, yo lo puedo hacer al menos que me dejen intentarlo, pero si me siento inútil” (júpiter), “Me di cuenta de la calidad humana, yo creo que dios me puso una prueba (tierra), “He dejado mi trabajo y eso me deprime un poco” (tierra).*

El sentimiento de inactividad y la incapacidad de realizar actividades cotidianas es cada vez más preocupante, y más si se relaciona con los síntomas de la depresión. La depresión parece que ejerce su mayor influencia sobre la mortalidad y morbilidad durante los primeros 6 meses tras un infarto agudo de miocardio, Ladwig, quién estudió a 552 hombres con depresión post-IAM observándola severa en 13.3%, moderada en 22.5% y leve en 64.2%.

Esta circunstancia se observa principalmente 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. Solano, Siles y Fernández, en su estudio determinaron que el padecimiento de un infarto agudo de miocardio, genera importantes cambios en el estilo y la calidad de vida afectando este proceso no sólo a la persona que la padece sino además a los miembros de su familia, particularmente a su esposa, produciendo cambios en el estilo de vida y percepciones-sentimientos acerca de la enfermedad.

En la cuarta categoría, muestra como los participantes han ido cambiando su estilo de vida, sus hábitos alimenticios, la regularidad de hacer ejercicio, su trabajo, hasta en su manera de relacionarse; han sido cambios bien aceptados y considerados como saludables.

*“Después de haber asistido al programa me siento entusiasta y sé que debo cumplir con todas las indicaciones para sentirme bien en todo sentido” (sol), “Si me siento bien con mejor ánimo, después del infarto obviamente he visto bastante solidaridad” (mar), “yo estoy tratando de salir adelante en todo y no pienso parar en volver hacer una persona normal” (mar), “Antes llevaba una vida sedentaria, ahora yo ya entendí, he mejorado mis hábitos alimenticios, he bajado de 84 kilos ahora peso 76 kilos, me siento mejor, ya puedo subir y bajar escaleras” (océano), “me siento bien y con ánimos, he comenzado a poner orden en mi vida” (océano), “El programa de rehabilitación si es muy buena, me ha servido para mejorar y llevar una vida sana” (júpiter), “Bueno yo me siento bien, es algo nuevo para mí es un tipo de vida nueva para mí que tengo que llevar y saber manejarlo” (júpiter), “Salgo mejor anímicamente, mi vida ha cambiado para mejor, me siento feliz, con ganas de seguir luchando” (júpiter), “Ahora me siento bien, entendí que tener una mente sana y cuerpo sano es magnífico, antes yo decía no necesito hacer ejercicios para sentirme bien, pero ahora que vengo acá a influenciado en que los ejercicios son magníficos” (tierra), “He aprendido a tener más calma porque yo era antes una persona muy fosforito me amargaba de todo ahora respiro hondo y trato de estar más tranquilo” (tierra).*

Los pacientes han presentado respuestas muy variadas, relacionadas de forma directa con sus momentos vitales, percepciones sobre la enfermedad, situación laboral, necesidad de restricciones, pero



además manifiestan sensación de esperanza, sentimiento de optimismo frente a un futuro.

Algunos autores han estudiado la eficacia de los programas de Rehabilitación Cardíaca para mejorar la incorporación de aquellos al mundo laboral y disminuir la sensación común de falta de fuerza para la actividad. Dumont estudió 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. Estos pacientes están experimentando y viviendo nuevas experiencias después de su infarto, buscando encontrar sentimientos positivos.

## **CAPÍTULO V**

### **CONSIDERACIONES FINALES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONSIDERACIONES FINALES**

- Los pacientes que viven la experiencia del dolor del infarto agudo de miocardio, lo describen como fuerte, intenso, agobiante, desesperante.
- Los pacientes que viven la experiencia del infarto experimentan diversas emociones y sentimientos, como temor a la muerte, inutilidad, frustración para desarrollar sus roles; pero pasada la vivencia lo ven como una oportunidad de cambio en su estilo y calidad de vida.
- Frente al primer evento de infarto agudo de miocardio los pacientes expresaron sentimientos de frustración, depresión, angustia, incertidumbre, considerados como emociones negativas frente a un evento fortuito. Todo ellos origina nuevos replanteamientos de rol y posibles cambios en el estilo de vida.
- Los sentimientos depresivos que pueden sobrevenir en un paciente durante la etapa post infarto agudo de miocardio, según las experiencias que manifestaron los pacientes; creen que su calidad y estilo de vida podrían ser modificados por el evento cardiaco que padecieron.

## **5.2 LIMITACIONES**

- Que las consideraciones finales son derivados de las vivencias del paciente que sufrieron su primer evento de infarto agudo de miocardio y su ingreso al programa de Rehabilitación Cardíaca.

## **5.3 RECOMENDACIONES**

- Que el profesional de Enfermería que labora en el Programa de Rehabilitación Cardíaca debe identificar la repercusión del evento del infarto de miocardio en la esfera biopsicosocial emocional, y espiritual, ofreciendo una atención personalizada y en equipo multidisciplinario, que le ofrezca seguridad al paciente en relación al control sobre su situación que incidirán directamente sobre su proceso de recuperación.
- Que el Departamento de Enfermería y/o Jefe del Programa de Rehabilitación Cardíaca elabore y/o diseñe programa de educación permanente dirigidas al profesional de Enfermería a fin que contribuya a mejorar la calidad de atención que brinda al paciente que han sufrido su primer evento de infarto de miocardio mediante actuaciones personalizadas de enfermería dirigidas a minimizar sentimientos negativos y favorecer así una evolución más satisfactoria del proceso salud – enfermedad que padece.
- Realizar estudios similares en otras instituciones de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Kauffmann MW, Fitzgibbons JP, Sussman EJ, et al. Relation between myocardial infarction, depresión, hostility, and death. *Am Heart H.* 1999; 138: 549-54.
- (2) Nichols M, Townsend N, and Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological up date. *Eur Heart J* 2013; 34:3028-34.
- (3) Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics-2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2013; 127:e6-e245.
- (4) Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 2006; 3:e442.
- (5) Serra-Majem L, Roman B, Estruch R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutr Rev* 2006; 64:S27-47.
- (6) Ziegelstein RC. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. *JAMA* 2001; 286: 1621-7
- (7) Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, et al. Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *J Psychosom Res.* 2000; 48:471–78.

- (8) Carney RM, Blumenthal JA, Freedland KE, et al - Enrichd Investigators. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH Study). *Psychosom Med* 2004; 66 (4): 466-74.
- (9) Sanagua Jorge O, Acosta Guillermo, Rasmussen Ricardo Rasmussen, La rehabilitación cardíaca como prevención secundaria, Consultado el 01/11/04.
- (10) Watson Jean. Ponencia del primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. (Consultado el 24 de agosto 2007).
- (11) Solano Ruiz María del Carmen y Siles Gonzáles José. "Las Vivencias del paciente coronario en la Unidad de Cuidados Críticos". (Universidad de Alicante- España 2005).
- (12) De Medeiros Martins Santos Francisca Lúcia y Araujo, Thelma Leite "Viviendo el Infarto: Los significados de la Enfermedad según la perspectiva del Paciente". (Brasil-2007).
- (13) Solano Ruiz Carmen, Siles González José, Fernández de Freitas Genival. "Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio". Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, España. (2008).
- (14) Zaranza de Souza Moema y Méndez de Oliveira Vera Lucia, "Vivenciando el infarto: experiencia y expectativas". (Río de Janeiro 2005).

- (15) Carneiro Mussi Fernanda., “Vivencias de mujeres frente al dolor en el infarto del miocardio”. Sao Paulo, Junio -2006.
- (16) Bazán Miriam “Vivencias del paciente que adolece de infarto Agudo de Miocardio en la UCC – INCOR- Es salud, 1998”
- (17) Prediman KS. Pathophysiology of unstable angina. *Cardiology Clinics* 1991; 9:11-26.
- (18) Mehta D, Curwin J, Gómez A, Fuster V. Sudden death in coronary artery disease: acute ischemia *versus* myocardial substrate. *Circulación* 1997; 96: 3215-3223.
- (19) Bisquerra, R. Educación emocional y bienestar. Barcelona: Praxis. 2000.
- (20) Goleman, D. La inteligencia emocional. Buenos Aires: Edit. Javier Vergara. 1996.
- (21) Salovey y Mayer (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- (22) Bisquerra, R. Educación emocional y competencias básicas para la Vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43. 2003.
- (23) Richard. S. Lazarus, *Emoción: La ciencia del sentimiento*. Madrid: Taurus.1991.
- (24) LeDoux, J. *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel/Planeta.1999

- (25) Goleman, D. Emotional Intelligence: Issues in Paradigm Building. En Chemiss, C. y Goleman, D. (Eds.). 2001.
- (26) Evans, D. *Emoción: La ciencia del sentimiento*. Madrid: Taurus.2002.
- (27) Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Domínguez, J. Procesos Psicológicos. Madrid: Ediciones Pirámide. 2001.
- (28) Marina, J. y López, M. *El diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama.1999.
- (29) Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Domínguez, J. Procesos Psicológicos. Madrid: Ediciones Pirámide. 2001.
- (30) Greenberg, L.. *Emociones: Una Guía Interna*. Bilbao. Descleé de Brower.2000
- (31) Guillaumet M, Fargues I, Subirana M, Bros M. Teoría del cuidado humano. Un café con Watson. *Metas de Enfermería* 2005; 8(2):28-32.
- (32) Watson J, Smith MC. Caring science and the science of unitary human beings: Atranstheoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37(5):452-461.
- (33) Watson, J. The philosophy and science of caring. Revised and updated edition. Boulder university press of Colorado, 2008. p. 18-19.

- (34) Marriner, Ann; Raile Alligood, Marta. Modelos y Teorías en Enfermería. 6a ed. Editorial Elsevier- Mosby, Madrid 2007. p. 91-114.
- (35) Watson J. The theory of Human Caring. Retrospective and Prospective. Nursing Science Quarterly 1997; 10(1):49-52.
- (36) Watson J. Caring Theory as Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. Nursing Adm. Quarterly 30(1):48-55. 2006.
- (37) Watson J. Intentionally and Caring- Healing Consciousness: A Practice of Transpersonal Nursing. Journal of Holistic Nursing Practice 16(4):12-19-2002.
- (38) Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. Arch Intern Med 2000; 160: 1818-23.
- (39). Ladwig KH, Roll G, Breithardt G, Budde T, Borggreffe M. Post-infarction depression and incomplete recovery after acute myocardial infarction. Lancet 1994; 343: 20-23.
- (40) Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 1995; 91: 999-1005.
- (41) Zaubler, T.S., y Katon, W. Panic disorder and medical comorbidity: A review of the medical and psychiatric literature. BuUetin of the Menninger Clinic, 60 (Suppl. A) 1996. , A12-A37.



- (42) Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S., y Weiss, S.T. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation*, 90, 1994. 2225-2229.
- (43) Fleet, R., Lavoie, K., y Beitman, B.D. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000. 48, 347-356.
- (44) Bueno, A.M., y Buceta, J.M. Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio. Madrid: Dykinson. 1997.
- (45) Havik, O.E., y Maeland, J.G. Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 1990. 34, 271-285.
- (46) Moser, D.K., y Dracup, K. Anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 1996. 58, 395-401.

## BIBLIOGRAFÍA

- Solano Ruiz María del Carmen y Siles Gonzáles José. “Las Vivencias del paciente coronario en la Unidad de Cuidados Críticos”. (Universidad de Alicante- España 2005)
- De Medeiros Martins Santos Francisca Lúgia y Araujo Thelma Leite “Viviendo el Infarto: Los significados de la Enfermedad según la perspectiva del Paciente”. (Brasil-2007).
- Solano Ruiz Carmen, Siles González José, Fernández de Freitas Genival. “Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio”. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, España. (2008).
- Zaranza de Souza Moema y Méndez de Oliveira Vera Lucia. “Vivenciando el infarto: experiencia y expectativas”. (Río de Janeiro 2005)
- Carneiro Mussi Fernanda. “Vivencias de mujeres frente al dolor en el infarto del miocardio”. Sao Paulo, Junio -2006.
- Bazán Miriam “Vivencias del paciente que adolece de infarto Agudo de Miocardio en la UCC – INCOR- Es Salud, 1998”

# **ANEXOS**

## ÍNDICE DE ANEXOS

| <b>ANEXO</b> |   | <b>Pág.</b> |
|--------------|---|-------------|
| A.           | Instrumento   | I           |
| B.           | Consentimiento informado                            | III         |
| C.           | Tabla de Concordancia – Prueba Binomial             | IV          |
| D.           | Entrevista a Profundad Desarrollada (Degrabaciones) | V           |
| E.           | Matriz de Procesamiento y Análisis de Datos         | VIII        |

## ANEXO A

### INSTRUMENTO

#### GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

ENTREVISTA N:

SEUDONIMO:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

PROCEDENCIA:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

OCUPACIÓN:

HORA DE INICIO:

HORA DE TÉRMINO:

LUGAR:

**OBJETIVO:** recolectar declaraciones acerca de las vivencias de los pacientes que padecieron infarto agudo de miocardio.

#### **PRESENTACIÓN**

Muy buenos días Sr. (A).....Mi nombre es Ana Cecilia Villanueva Ríos, Lic. Enfermera, estudiante de la segunda Especialidad de Cardiología de la UNMSM.

El presente instrumento tiene como objetivo conocer acerca de las experiencias vividas por los pacientes que sufrieron su primer evento de miocardio en el servicio de Rehabilitación Cardíaca del INCOR. En esta oportunidad se le va a realizar una entrevista con la finalidad de obtener su testimonio.

Para poder obtener la totalidad de su declaración se hará uso de una grabadora lo cual garantizará la veracidad de la información. Se le agradece anticipadamente su participación y colaboración, garantizándole que la información que usted me brinde será confidencial y se utilizará solo para los fines mencionados.

- 1) Dígame usted ¿qué recuerda o cuáles fueron sus sentimientos después de su evento de Infarto de miocardio?
- 2) ¿Esos sentimientos como afectaron en su vida social, familiar en su trabajo?
- 3) Ahora que se encuentra en este servicio de Rehabilitación Cardíaca ¿Cuáles son sus experiencias?
- 4) ¿Cómo ha influenciado en su recuperación?
- 5) ¿Cómo se siente ahora?

### **GUÍA DE OBSERVACIÓN**

Objetivo: observar las actitudes o comportamiento de los pacientes que expresan sus emociones y sentimientos después de haber padecido su primer evento de infarto agudo de miocardio, durante la entrevista a profundidad.

Fecha:

Lugar:

Hora de inicio:

Hora de término

N de observación:

**Aspecto físico del paciente coronario (imagen personal, etc.)**

**Postura al conversar**

**Expresiones faciales**

**Movimientos corporales**

## **ANEXO B**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo..... a través del presente expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “Pacientes con infarto agudo de miocardio después de su primer evento: Relato de experiencias vividas en el programa de Rehabilitación Cardíaca”.

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma. Así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se brinda será solo y exclusivamente para fines de la investigación, siendo utilizada adecuadamente y con la máxima confidencialidad firmo el presente documento expresando mi consentimiento.

-----  
Firma

## ANEXO C

### TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL

#### JUICIO DE EXPERTOS

| ITEMS | NUMERO DE JUECES |   |   |   |   |   |   |   | P     |
|-------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
|       | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |       |
| 1     | 1                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 2     | 1                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 3     | 1                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 4     | 1                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 5     | 1                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0.035 |
| 6     | 1                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 7     | 1                | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0.035 |

#### LEYENDA:

Favorable = 1 (SI)  
Desfavorable = 0 (NO)

Si  $p < 0.05$  la concordancia es **SIGNIFICATIVA**



## ANEXO D

### ENTREVISTA A PROFUNDIDAD DESARROLLADA

ENTREVISTA N: 01

SEUDONIMO: SOL

EDAD: 63

ESTADO CIVIL: CASADO

PROCEDENCIA: CUZCO

GRADO DE INSTRUCCIÓN: SUPERIOR

OCUPACIÓN: ADMINISTRADOR

HORA DE INICIO: 3:00pm

HORA DE TÉRMINO: 4:00pm

LUGAR: Sala de consejería.

**P: ¿Qué recuerda o cuales fueron sus sentimientos después de su evento de infarto de miocardio?**

El día que me dio el infarto yo me levanté y sentí un dolor intenso en el pecho, luego entre al baño ya no pude resistir el dolor, le dije a mi esposa "llévame rápido a la clínica" de inmediato me traslada a la clínica en el carro, ella iba manejando, llegué a la clínica de un cardiólogo precisamente, en la clínica Pardo, entonces el médico me recibió comenzó a atenderme de inmediato y me dijo "ya no puedo atenderlo lo tengo que trasladar a un hospital más apropiado, es el del seguro social" entonces me llevó al hospital regional. Yo seguía con el dolor, ese dolor como si me estuvieran estrujando, apretando el corazón y también sentía adormecimiento en el brazo izquierdo y había sudor bastante sudor frio. Esos eran los síntomas que sentí en ese instante, cuando llegué al hospital regional, me atendió un médico joven de emergencia y me dijo que me iba a sacar de este cuadro que tenga confianza y me dijo "confíe en mí que lo voy a dejar bien"...

entonces eso me alentó pese a que me dolía bastante, no quería desmayarme, no quería cerrar los ojos porque ya en momentos quería desmayarme de dolor, me hicieron un cateterismo y me dijeron que la isquemia que tenía en el corazón era bien grande y no me pudieron operar, a lo mucho en la coronaria derecha pudieron colocar un stent, que era lo único que me pudieron hacer para sentirme mejor. Me pusieron el stent a partir de ahí yo quedé muy frustrado, muy deprimido, había dejado de trabajar. Durante tantos años lo había hecho y de un momento a otro encontrarme en una ciudad tan distinta a la mía, sin las comodidades que tenía, mi casa mi movilidad, eso me hacía sentir muy mal y aquí yo no tenía los recursos necesarios para vivir en una casa como la que tenía en el Cuzco, entonces tenía que vivir en el departamento que era la cuarta parte de la casa que yo tenía, entonces eso me hacía sentir muy deprimido, aumentaba mi angustia y mi malestar, me cansaba mucho, no podía ni caminar, no podía bajar las gradas.

**P: ¿Esos sentimientos como afectaron en su vida social, familiar en su trabajo?**

Esa es la parte más triste porque acostumbrado yo a tener un estándar de un ingreso económico alto que en ese tiempo ganaba, mi familia se sentía protegida y de un momento a otro llegar a Lima, estar en una situación económica más reducida, eso me hacía sentir mal y desprotegida la familia. entonces en esa situación yo era muy unido con mi familia, éramos 5 personas, 3 hijas, mi esposa, nos queríamos mucho, siempre estábamos juntos, algunas veces nos íbamos a una pequeña casa de campo, siempre estábamos disfrutando de la familia del hogar íntimo que uno tiene y venir aquí y alejarme de ellos, mis esposa, mis hijas se quedaron en el Cuzco, una de mis hijas decidió

venir aquí conmigo, ella tenía que estudiar, era una situación muy complicada y todito eso me hacía que me sienta completamente impotente y lo grave era que ya no podía seguir trabajando ya mis energías mi edad era imposible trabajar y que ya no podía tener una vida como la anterior, no captaba la nueva forma de cómo manejar mi enfermedad, era la parte más difícil.

**P: ¿Ahora que se encuentra en Rehabilitación Cardíaca, cuáles son sus experiencias, como ha influenciado en su recuperación, cómo se siente ahora?**

Después de haber asistido al programa me siento entusiasta y sé que debo cumplir con todas las indicaciones para sentirme bien en todo sentido, ahora lo que me toca vivir lo aprovecharé de la mejor forma, yo tengo la suerte de entender el programa de rehabilitación cardíaca.

## ANEXO E

### MATRIZ DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

PRIMER MOMENTO:

**Respuestas de la pregunta: ¿Qué recuerda o cuales fueron sus sentimientos después de su evento de infarto de miocardio?**

| INFORMANTE        | DISCURSO  | REDUCCION  |
|-------------------|---|--|
| <p><b>SOL</b></p> | <p>El día que me dio el infarto yo me levanté y sentí un dolor intenso en el pecho, luego entre al baño ya no pude resistir el dolor, le dije a mi esposa “llévame rápido a la clínica” de inmediato me trasladó a la clínica en el carro, ella iba manejando, llegué a la clínica de un cardiólogo precisamente, en la clínica Pardo, entonces el médico me recibió comenzó a atenderme de inmediato y me dijo “ya no puedo atenderlo lo tengo que trasladar a un hospital más apropiado, es el del seguro social” entonces me llevó al hospital regional. Yo seguía con el dolor, ese dolor como si me estuvieran estrujando, apretando el corazón y también sentía adormecimiento en el brazo izquierdo y había sudor bastante sudor frío. Esos eran los síntomas que sentí en ese instante, cuando llegué al hospital regional, me atendió un médico joven de emergencia y me dijo que me iba a sacar de este cuadro que tenga confianza y me dijo “confíe en mí que lo voy a dejar bien”... entonces eso me alentó pese a que me dolía bastante, no quería desmayarme, no quería cerrar los ojos porque ya en momentos quería desmayarme de dolor, me hicieron un cateterismo y me dijeron que la isquemia que tenía en el corazón era bien grande y no me pudieron operar, a lo mucho en la coronaria derecha pudieron colocar un stent, que era lo único que me pudieron hacer para sentirme mejor. Me pusieron el stent a partir de ahí yo quedé muy frustrado, muy deprimido, había dejado de trabajar. Durante tantos años lo había hecho y de un momento a otro encontrarme en una ciudad tan distinta a la mía, sin las comodidades que tenía, mi casa mi movilidad, eso me hacía sentir muy mal y aquí yo no tenía los recursos necesarios para vivir en una casa como la que tenía en el Cuzco, entonces tenía que vivir en el departamento que era la cuarta parte de la casa que yo tenía, entonces eso me hacía sentir muy deprimido, aumentaba mi angustia y mi malestar, me cansaba mucho, no podía ni caminar, no podía bajar las gradas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sentí un dolor intenso en el pecho.</li> <li>• Como si me estuvieran estrujando, apretando el corazón.</li> <li>• no quería desmayarme, no quería cerrar los ojos.</li> <li>• Me pusieron el stent a partir de ahí yo quedé muy frustrado, muy deprimido, había dejado de trabajar.</li> <li>• de un momento a otro encontrarme en una ciudad tan distinta a la mía, sin las comodidades que tenía, mi casa mi movilidad, eso me hacía sentir muy mal y aquí yo no tenía los recursos necesarios para vivir.</li> <li>• eso me hacía sentir muy deprimido, aumentaba mi angustia y mi malestar.</li> <li>• me cansaba mucho, no podía ni caminar, no podía bajar las gradas.</li> </ul> |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p style="text-align: center;"><b>MAR</b></p>    | <p>Yo tuve un dolor fuerte al pecho como una opresión como si un embolo te bajaran el aire al máximo ese dolor intenso que tuve fue precedido de algunos más o menos 15 días antes pero leves, rápidos y no le preste mucha atención, y mi presión estaba en 170 sobre 110 recuerdo, en ese rato me fui al hospital, yo decía que será? pues ya me pasará pensé no. Yo tengo confianza con el médico, conversamos y me dijo... "sabes que.... Tienes que irte a Lima para un tratamiento mejor" entonces "te voy a internar" entonces yo le dije ¿qué me van a internar? ¿Qué tan mal estoy ?me dijo no para no preocuparme que solo necesito ser monitorizado. Jueves me internaron y viernes ya me trajeron acá, me colocaron un Stent farmacológico, entonces desde ahí se me quitaron todos los dolores del pecho. Yo ya no le tengo miedo a nada yo estado preso acá en Castro Castro por cuestiones políticas en el año noventa, yo estaba preso en las condiciones más difíciles en ese tiempo. No era una sorpresa la muerte, una cosa es la muerte peleando y otra muy diferente en la cama de un hospital eso fue lo que pensé pero ya pues me acomode y ahora estoy listo para todo. Yo me doy cuenta que aquí la gente es mayor por 15 años entonces yo pienso como me ha podido dar a mi tan joven porque yo tengo 50 años.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• dolor fuerte al pecho como una opresión como si un embolo te bajaran el aire al máximo.</li> <li>• yo decía que será? pues ya me pasará pensé.</li> <li>• me colocaron un Stent farmacológico, entonces desde ahí se me quitaron todos los dolores del pecho.</li> <li>• Yo ya no le tengo miedo a nada.</li> <li>• No era una sorpresa la muerte.</li> <li>• yo pienso como me ha podido dar a mi tan joven.</li> </ul> |
| <p style="text-align: center;"><b>OCEANO</b></p> | <p>Yo lo que sentí es un apretón en el pecho y el brazo izquierdo me comenzó a doler, solamente he tomado media taza de chocolate y un pedazo de panteón y sentí como buffff como si me encendiera y me comenzó apretar el pecho y a doler el brazo izquierdo, al principio tenía miedo, ya cuando me dio el infarto y me dijeron que me iban a derivar a lima yo dije bueno pues, tendré que experimentar algo pues, tendré que saber cómo es estar en un hospital yo nunca estado en un hospital, yo siempre decía tengo el seguro pero no quisiera nunca utilizarlo entonces en esos momentos yo lo que hice era tranquilizarme. Me atendió la doctora, me puso vías me puso algo para mejorar entonces dije estoy en manos de los doctores, ya los doctores deben saber lo que tengo aparte de que sufre de la presión, entonces la Dra. Me dijo Ud. está haciendo un cuadro de infarto, bueno miedo no tuve lo que si dije, estoy en manos de los doctores y yo confío en las manos de los doctores y ellos saben lo que tengo. , pensé pues será la primera vez que yo pise un hospital yo nunca estado internado, pero yo sentía porque yo sudaba, estaba sudando sudando, sudando entonces me quitaron toda la ropa me pusieron una bata me quitaron toda la ropa, me dijeron tranquilícese que de aquí lo vamos a derivar a vitarte, una enfermera se me acerco y me dijo ya me están dando los medicamentos necesarios</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sentí como buffff como si me encendiera y me comenzó apretar el pecho y a doler el brazo izquierdo.</li> <li>• al principio tenía miedo.</li> <li>• tendré que experimentar algo.</li> <li>• tendré que saber cómo es estar en un hospital.</li> <li>• yo nunca estado en un hospital.</li> <li>• miedo no tuve lo que si dije, estoy en manos de los doctores y yo confío en las manos de los doctores.</li> </ul>      |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>OCÉANO</b></p>  | <p>así que Ud. No se preocupe, eso <b>prácticamente a mí me tranquilizó</b>. Entonces desde ese momento que yo salí desde Chosica hasta vitarte he tratado de estar lo más tranquilo posible, en esos momentos lo que yo <b>he pensado, en mi familia, en mis hijos</b> , pero yo decía, bueno si me tengo que ir a un hospital y me tiene que operar o algo que tengo yo, lo dejo en manos de los doctores, miedo miedo no tengo , yo decía tengo que sobrepasar esto, <b>no pensaba en nada lo único que pensaba es estar tranquilo</b> y que todos mis órganos ayuden a su corazón. Me dijeron, nosotros vamos hacer el cateterismo para tratar de salvar lo más que se pueda, Ud. tiene que firmar una orden aceptando, ya doctor le dije, yo dentro de mi decía con tal que me apoyen me ayuden, a q mi corazón lo van a salvar, yo acepto.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• eso <b>prácticamente a mí me tranquilizó</b>.</li> <li>• <b>he pensado, en mi familia, en mis hijos.</b></li> <li>• <b>no pensaba en nada lo único que pensaba es estar tranquilo.</b></li> </ul>   |
| <p style="text-align: center;"><b>JÚPITER</b></p> | <p>Cuando me sucedió el infarto yo estaba en mi centro de trabajo, laborando normalmente y <b>sentí un dolor intenso como si me estuviesen apretando por ambos lados del pecho tanto la espalda como la parte delantera, yo nunca imagine q a esta edad me iba a dar a mí</b> no. He bueno <b>lo primero que hice es pensar en mi familia</b>, yo soy casado tengo 2 hijos pequeños todavía y ahora como se van a quedar ellos, si es que me pasase algo, eso fue lo que pensé. Me vieron rápido ahí, hablaban en clave que yo no entendía, pucha que dije.. "ya no salgo no", porque yo no podía hablar, si escuchaba si sentía lo que estaban ellos ahí diciendo. <b>Yo ya estaba pensando que yo ya me iba de este mundo</b> pues no y bueno pensando también como iban a quedar <b>mi familia mis hijos, iban a quedar desamparados</b>. Básicamente eso es lo que yo pensé en eso pero gracias a dios no pasó, la atención fue oportuna y bueno me salvaron.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sentí un dolor intenso como si me estuviesen apretando por ambos lados del pecho.</li> <li>• yo nunca imagine q a esta edad me iba a dar a mí.</li> <li>• Yo ya estaba pensando que yo ya me iba de este mundo.</li> <li>• mi familia mis hijos, iban a quedar desamparados.</li> </ul>   |
| <p style="text-align: center;"><b>TIERRA</b></p>  | <p>Me dio a las 6 de la mañana durmiendo, me levanté, primero sentí adormecimiento en el brazo izquierdo y me fui al baño porque me dio náuseas y yo pensé que arrojando me iba a pasar y no me pasó, ya cuando salgo del baño y me tomo un vaso de agua es ahí cuando me empieza el dolor de pecho , es un dolor... "<b>no sentí que me moría</b>" te soy sincero, pero si <b>sentí un dolor fuerte</b>, no es como que te pegan <b>es un dolor fastidioso como agobiante</b>, es un dolor en la cual, sientes que te falta algo, <b>es un dolor desesperante que te oprime que te fastidia y que estas desesperado</b>, que te sientas no sabes que hacer, no me desmaye, lo único que yo quería era que me pasara, <b>no pensé que me iba a morir no tuve miedo, pero si sentía que me tenía q curar, me ponen un stent en la vena, no me desmaye solo aguantaba el dolor</b>, ya cuando salgo de la sala, yo ya <b>salgo sin dolor me sentía bien</b>, es ahí donde empieza mi tortura, yo hice un comentario y dije a qué hora me voy? Me dijeron te vas a ir pero a cuidados intensivos porque tu</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• no sentí que me moría.</li> <li>• sentí un dolor fuerte.</li> <li>• dolor fastidioso como agobiante.</li> <li>• dolor desesperante que te oprime que te fastidia y que estas desesperado.</li> <li>• no pensé que me iba a morir.</li> <li>• no tuve miedo, pero si sentía que me tenía q curar.</li> <li>• me ponen un stent en la vena.</li> <li>• no me desmaye solo aguantaba el</li> </ul> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>TIERRA</b></p> | <p>corazón está en situación moderada, por el infarto que había aguantado, y ahí empieza mi tortura mi calvario, porque no estado acostumbrado a estar internado, a estar enfermo, y cuando me llevan a cuidados intensivos, medite, medite sobre la vida, sobre las cosas que había hecho sobre mi vida, me di cuenta que el dinero no sirve para nada, te puede realizar en algunas cosas como persona pero en lo espiritual, en la vida no sirve el dinero, te puede dar el infarto más grande del mundo el dinero no te salva, te puedes morir ahí, yo creo que me he salvado por lo divino, por dios y de ahí valoré más las cosas, valoro más las cosas, trato de ser menos sarcástico, trato de ser menos materialista.</p> | <p>dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• salgo sin dolor me sentía bien.</li> <li>• ahí empieza mi tortura mi calvario.</li> <li>• no estado acostumbrado a estar internado, a estar enfermo.</li> <li>• medite sobre la vida.</li> <li>• me he salvado por lo divino, por dios.</li> <li>• trato de ser menos sarcástico, trato de ser menos materialista.</li> </ul> |
|--|--|--|

**Respuestas de la pregunta: ¿Esos sentimientos como afectaron en su vida social, familiar en su trabajo ?**

| INFORMANTE                                    | DISCURSO  | REDUCCIÓN  |
|---|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>SOL</b></p> | <p>Esa es la parte más triste porque acostumbrado yo a tener un estándar de un ingreso económico alto que en ese tiempo ganaba, mi familia se sentía protegida y de un momento a otro llegar a Lima, estar en una situación económica más reducida, eso me hacía sentir mal y desprotegida la familia. entonces en esa situación yo era muy unido con mi familia, éramos 5 personas, 3 hijas, mi esposa, nos queríamos mucho, siempre estábamos juntos, algunas veces nos íbamos a una pequeña casa de campo, siempre estábamos disfrutando de la familia del hogar íntimo que uno tiene y venir aquí y alejarme de ellos, mis esposa, mis hijas se quedaron en el Cuzco, una de mis hijas decidió venir aquí conmigo, ella tenía que estudiar, era una situación muy complicada y todo eso me hacía que me sentía completamente impotente y lo grave era que ya no podía seguir trabajando ya mis energías mi edad era imposible trabajar y que ya no podía tener una vida como la anterior, no captaba la nueva forma de cómo manejar mi enfermedad, era la parte más difícil</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• parte más triste.</li> <li>• me hacía sentir mal y desprotegida la familia.</li> <li>• completamente impotente.</li> <li>• ya no podía seguir trabajando.</li> <li>• era imposible trabajar.</li> <li>• ya no podía tener una vida como la anterior.</li> <li>• no captaba la nueva forma de cómo manejar mi enfermedad.</li> </ul> |
| <p style="text-align: center;"><b>MAR</b></p> | <p>Estoy en campaña señorita obviamente todo esto me retiene un poco, entonces, estamos luchando, mis actividades definitivamente han disminuido, mi físico, tengo una limitación, me cuido también en la alimentación. Yo antes tenía una concepción de ser yo inmortal pero claro asimilo la muerte, definitivamente tengo una limitación, por ejemplo no puedo agarrar mi cultivadora para cultivar mi chacra, camino normal como una hora, mis</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• mis actividades definitivamente han disminuido.</li> <li>• mi físico, tengo una limitación.</li> <li>• concepción de ser yo inmortal.</li> </ul>  |



|                       |  |  |
|-----------------------|--|--|
| <p><b>MAR</b></p>     | <p>relaciones con mi pareja son normales no tengo ningún problema por ese lado, pero claro <b>en el esfuerzo hay limitaciones y eso de alguna manera me frustra.</b> entonces tengo que acomodarme, yo soy bien temperamental me gusta hacer mis cosas o me comprometo rápidamente con mis cosas y cuando leí la especificación del paciente coronario aquí me sorprendió porque yo prácticamente hago lo contrario, entonces desde ahí me <b>he tenido que moderar un poco y hacer cosas que no hacía antes.</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• asimilo la muerte.</li> <li>• esfuerzo hay limitaciones y eso de alguna manera me frustra.</li> <li>• he tenido que moderar un poco.</li> <li>• hacer cosas que no hacía antes.</li> </ul>  |
| <p><b>OCEANO</b></p>  | <p>Yo la verdad después que me ha pasado esto inclusive cuando me dieron la dieta, me dijeron que ya no iba a comer nada, que no sé cuánto, entonces al principio me chocó, como que ya pues la comida sin sal sin sabor, pasaba, tengo un negocio al principio como que un poquito <b>me molestaba, renegaba.</b> en mi casa por las cosas que pasaba en el día, y ya prácticamente lo he dejado de lado. En mi vida social, bueno, antes si nos íbamos a una reunión a tomar unos traguitos y bueno me he vuelto prácticamente abstemio, bueno solo ahora tomo en reuniones familiares. En esa parte me afectado <b>me siento cohibido no, este cambio me ha generado stress</b> pues, <b>el no tener otro ingreso, el querer ayudar a mi familia el querer ayudar a mis hijos.</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• me molestaba, renegaba.</li> <li>• me siento cohibido.</li> <li>• generado stress.</li> <li>• el no tener otro ingreso.</li> <li>• el querer ayudar a mi familia, el querer ayudar a mis hijos.</li> </ul>  |
| <p><b>JÚPITER</b></p> | <p>Obviamente que el ritmo de vida que yo tenía antes era un poco más acelerado se podría decir así, ahora ya es un poco más pausada, antes vivía el momento. <b>Si me cuesta todavía al cambio y lo tengo q hacer por el bien de mi salud.</b> Este tipo de enfermedades les da a personas mayores de 55 años, si me está costando todavía definitivamente. En mi vida social, bueno yo soy una persona alegre me gusta salir, tomar mis cervecitas, cosa q ahora no lo puedo hacer, al principio si <b>me afecto yo no quería salir</b> porque todo el mundo estaba alegre y yo como se dice ahí a un costadito ahí mirando, <b>me senti así como reprimido, aislado.</b> En mi trabajo bueno si me afecto, del 100% ahora me lo han bajado, porque ahora están pendientes de mí, <b>me molesta un poco,</b> me siento un poco inútil, yo lo puedo hacer al menos que me dejen intentarlo, pero si me siento inútil, definitivamente me sentí un poco mal.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si me cuesta todavía al cambio.</li> <li>• lo tengo q hacer por el bien de mi salud.</li> <li>• me afecto.</li> <li>• no quería salir.</li> <li>• me sentí así como reprimido, aislado.</li> <li>• me molesta un poco.</li> <li>• si me siento inútil.</li> </ul> |
| <p><b>TIERRA</b></p>  | <p><b>no le echo la culpa a nadie, todo esto, es cuestión mía</b> ha sido mi culpa, no de mi esposa ,de mi familia de mis amigos, todo ha sido cuestión mía, por no hacer caso y a creerme una persona que nunca me voy a enfermar, aquí me han atendido bien , yo no pensé que había gente, personas daban todo por ti en la cual tu no le das nada a cambio y me di cuenta que acá en el hospital INCOR, hacen todo por ti, por salvarte la vida y doy gracias a dios por haber conocido a esa gente valorable. <b>Me di cuenta de la calidad humana, yo creo que dios me puso una prueba,</b> para darme cuenta de que en la vida hay que saberla vivir, si la vives</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• no le echo la culpa a nadie.</li> <li>• es cuestión mía.</li> <li>• Me di cuenta de la calidad humana.</li> <li>• creo que dios me puso una prueba.</li> <li>• He dejado mi trabajo.</li> </ul>   |



|  |  |   |
|--|--|---|
| <p style="text-align: center;"><b>TIERRA</b></p> | <p>mal te vas a morir y van a decir este compare no hizo nada bueno. <b>He dejado mi trabajo y eso me deprime un poco</b>, bueno tengo mi negocio, que ahora lo ve mi esposa, antes yo lo veía, era un poco autoritario quería hacerlo todo. Mi vida social sigue siendo lo mismo lo único es que ya no tomo, me he dado cuenta que no necesitas tomar para divertirte, lo he comprendido ahora. Mi vida después del infarto iba a cambiar un poco, <b>si quiero vivir tengo que hacer caso sino me muero</b>. Mi castigo sería regresar a un hospital no por la atención sino por estar encerrado y no ver la calle, porque yo sé si vuelvo a comer carnes rojas a fumar a tomar, sé que voy a regresar sé que me va a dar otra vez un infarto.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• eso me deprime un poco.</li> <li>• era un poco autoritario quería hacerlo todo.</li> <li>• lo único es que ya no tomo.</li> <li>• si quiero vivir tengo que hacer caso sino me muero.</li> </ul> |
|--|--|---|

**Respuestas a la pregunta: ¿Ahora que se encuentra en Rehabilitación Cardíaca, cuáles son sus experiencias, como ha influenciado en su recuperación, cómo se siente ahora?**

| <p style="text-align: center;"><b>INFORMANTE</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>DISCURSO</b></p>  | <p style="text-align: center;"><b>REDUCCION</b></p>   |
|--|---|---|
| <p style="text-align: center;"><b>SOL</b></p>        | <p>Después de haber asistido al programa <b>me siento entusiasta y sé que debo cumplir con todas las indicaciones para sentirme bien en todo sentido</b>, ahora lo que me toca vivir lo aprovecharé de la mejor forma, yo tengo la suerte de entender el programa de rehabilitación cardíaca.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• me siento entusiasta.</li> <li>• sé que debo cumplir con todas las indicaciones para sentirme bien en todo sentido.</li> </ul>   |
| <p style="text-align: center;"><b>MAR</b></p>        | <p><b>Ahora estoy listo para todo</b>, ahora vivo solo claro que tengo una pareja que la veo de vez en cuando ahora <b>estoy tratando de establecer mis relaciones con mis hijas de 11 y 9 años</b>. Yo soy un hombre político, <b>si me siento bien con mejor ánimo</b>, después del infarto obviamente he visto bastante solidaridad. <b>Yo estoy tratando de salir adelante en todo y no pienso parar en volver hacer una persona normal</b> o con las mismas cosas que fui antes, tengo que salir adelante sacar a mis hijas a que sean profesionales, ellas están estudiando y que esto no sea impedimento para seguir desarrollando mi vida normal.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahora estoy listo para todo.</li> <li>• estoy tratando de establecer mis relaciones con mis hijas de 11 y 9 años.</li> <li>• me siento bien con mejor ánimo.</li> <li>• estoy tratando de salir adelante en todo.</li> <li>• no pienso parar en volver hacer una persona normal o con las mismas cosas que fui antes.</li> </ul> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>OCÉANO</b></p>  | <p>Yo estoy poniendo de mi parte bastante, yo estuve leyendo bastante, sobre alimentación y saque una conclusión de todo eso no, de que el infarto o cualquier otra enfermedad son por una mala alimentación. Bueno ahora ya <b>estoy consciente de todo eso</b>, de que uno no debo estar estresado, tengo que tratar de buscar un trabajo y no estar estresado. Yo <b>antes llevaba una vida sedentaria, ahora yo ya entendi.</b><br/> <b>He mejorado mis hábitos alimenticios he bajado de 84 kilos ahora peso 76 kilos, me siento mejor</b> , ya puedo subir y bajar escaleras, yo estoy poniendo todo de mi parte <b>hago mis dietas, hago mis caminatas</b>, ya no me estoy dedicando en el día a trabajar, apoyo en mi casa. Para mí la rehabilitación me ha favorecido <b>he me siento bien y con ánimos, he comenzado a poner orden en mi vida</b>, todas la cosas a su tiempo, sé que de acá voy a salir bien y de aquí en adelante ya sé que puedo vivir cien años porque ya se la alimentación que debo de comer.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• estoy consciente de todo eso.</li> <li>• antes llevaba una vida sedentaria.</li> <li>• ahora yo ya entendi.</li> <li>• He mejorado mis hábitos alimenticios.</li> <li>• he bajado de 84 kilos ahora peso 76 kilos.</li> <li>• me siento mejor.</li> <li>• ya puedo subir y bajar escaleras.</li> <li>• Hago mis dietas, hago mis caminatas</li> <li>• me siento bien y con ánimos.</li> <li>• he comenzado a poner orden en mi vida.</li> </ul> |
| <p style="text-align: center;"><b>JÚPITER</b></p> | <p>Yo abusaba bastante del cigarro, para mí era mi desayuno y mi cena, mas con todas las cargas de tensión que tenía en el trabajo, en mi trabajo hay un poquito de presión y obviamente algunos problemitas en casa pero bueno, ya eso como le vuelvo a repetir está tratándose de cambiar pues no. El programa de rehabilitación si es muy buena, me ha servido para <b>mejorar y llevar una vida sana</b>, yo era una persona sedentaria no caminaba. Bueno <b>yo me siento bien, es algo nuevo para mí es un tipo de vida nueva</b> para mí que tengo que llevar y saber manejarlo, acá nos relajamos un poco más del día a día del trabajo y a parte que hacemos los ejercicios, salgo mejor anímicamente, mi vida ha cambiado para mejor, <b>me siento feliz, con ganas de seguir luchando.</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• mejorar y llevar una vida sana.</li> <li>• yo me siento bien.</li> <li>• algo nuevo para mí.</li> <li>• tipo de vida nueva.</li> <li>• me siento feliz.</li> <li>• con ganas de seguir luchando.</li> </ul>   |
| <p style="text-align: center;"><b>TIERRA</b></p>  | <p><b>Cumplo mis terapias, no necesito q me estén diciendo que me cuide</b>, desde que me dio no tomo no fumo, no como carnes rojas, jamonada, tomo mis pastillas a la hora. En mi familia me di cuenta que mi esposa valía un montón. Ahora me siento bien, <b>entendí que tener una mente sana y cuerpo sano es magnífico</b>, antes yo decía no necesito hacer ejercicios para sentirme bien, pero ahora que vengo acá a influenciado en que los ejercicios son magnificos para sentirse en forma. <b>He aprendido a tener más calma</b> porque yo era antes una persona muy fosforito me amargaba de todo ahora respiro hondo y trato de estar más tranquilo.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplo mis terapias.</li> <li>• no necesito q me estén diciendo que me cuide.</li> <li>• me siento bien.</li> <li>• entendí que tener una mente sana y cuerpo sano es magnífico.</li> <li>• He aprendido a tener más calma.</li> </ul>  |

- SEGUNDO MOMENTO:

**Respuestas de la pregunta: ¿Qué recuerda o cuales fueron sus sentimientos después de su evento de infarto de miocardio?**

| INFORMANTE    | REDUCCIÓN  | CÓDIGOS   | REDUCCIÓN FINAL   |
|---------------|--|---|---|
| <b>SOL</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sentí un dolor intenso en el pecho.</li> <li>• Como si me estuvieran estrujando, apretando el corazón.</li> <li>• no quería desmayarme, no quería cerrar los ojos.</li> <li>• Me pusieron el stent a partir de ahí yo quedé muy frustrado, muy deprimido.</li> <li>• sentir muy deprimido, aumentaba mi angustia y mi malestar.</li> <li>• me cansaba mucho, no podía ni caminar, no podía bajar las gradas.</li> </ul>         | <p><b>SDIP</b><br/> <b>CMEEAC</b><br/> <b>NQDNQCO</b><br/> <b>MPSAQFD</b><br/> <b>SDAMAM</b><br/> <b>MCNPCBG</b></p>                                      | <p><b>SDIP</b><br/> <b>CMEEAC</b><br/> <b>MPSAQFD</b><br/> <b>MCNPCBG</b><br/> <b>SDAMAM</b><br/> <b>DFCOCEIBAM</b></p> |
| <b>MAR</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• dolor fuerte al pecho como una opresión como si un émbolo te inyectarían y te bajarán el aire al máximo.</li> <li>• yo decía que será? pues ya me pasará pensé.</li> <li>• me colocaron un Stent farmacológico, entonces desde ahí se me quitaron todos los dolores del pecho.</li> <li>• Yo ya no le tengo miedo a nada.</li> <li>• No era una sorpresa la muerte.</li> <li>• como me ha podido dar a mi tan joven.</li> </ul> | <p><b>DFCOCEIBAM</b><br/> <b>YDQSYMP</b><br/> <b>MCSMQDP</b><br/> <b>YNTMN</b><br/> <b>NESLM</b><br/> <b>CMHPDTJ</b></p>                                  | <p><b>MCSMQDP</b><br/> <b>YDQSYMP</b><br/> <b>NESLM</b><br/> <b>CMHPDTJ</b><br/> <b>SBMECAYDBI</b><br/> <b>APTM</b></p> |
| <b>OCÉANO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sentí como bufff como si me encendiera y me comenzó apretar el pecho y a doler el brazo izquierdo.</li> <li>• al principio tenía miedo.</li> <li>• tendré que experimentar algo.</li> <li>• tendré que saber cómo es estar en un hospital.</li> <li>• yo nunca estado en un hospital.</li> <li>• miedo no tuve lo que si dije, estoy en manos de los doctores y yo confío en las manos de los doctores.</li> </ul>              | <p><b>SBMECAYDBI</b><br/> <b>APTM</b><br/> <b>TQEA</b><br/> <b>TQSCUUH</b><br/> <b>YNEUH</b><br/> <b>MNTEMDYC</b><br/> <b>PAMMT</b><br/> <b>HPMFH</b></p> | <p><b>TQEA</b><br/> <b>YNEUH</b><br/> <b>HPMFH</b><br/> <b>SDICMEALP</b><br/> <b>YNIQEIDAM</b></p>                      |

|                |  | NPNPET   | YEPQMIEM  |
|----------------|--|--|---|
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• prácticamente a mí me tranquilizó.</li> <li>• he pensado, en mi familia, en mis hijos.</li> <li>• no pensaba en nada lo único que pensaba es estar tranquilo.</li> </ul>  | <b>SDICMEAAP</b><br><b>YNIQEIDAM</b><br><b>YEPQMIEM</b><br><b>MFMHIQD</b>  | <b>YEPQMIEM</b><br><b>MFMHIQD</b><br><b>NSQMM</b><br><b>SDF</b> |
| <b>JÚPITER</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sentí un dolor intenso como si me estuviesen apretando por ambos lados del pecho.</li> <li>• yo nunca imagine q a esta edad me iba a dar a mí.</li> <li>• Yo ya estaba pensando que yo ya me iba de este mundo.</li> <li>• mi familia mis hijos, iban a quedar desamparados</li> </ul>  | <b>NSQMM</b><br><b>SDF</b><br><b>DFCA</b><br><b>DDQTOTF</b>  | <b>DFCA</b><br><b>DDQTOTF</b><br><b>SSDMSB</b>                  |
| <b>TIERRA</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• no sentí que me moría.</li> <li>• sentí un dolor fuerte.</li> <li>• dolor fastidioso como agobiante.</li> <li>• dolor desesperante q te oprime q te fastidia.</li> <li>• no pensé que me iba a morir.</li> <li>• no tuve miedo, pero si sentía que me tenía q curar.</li> <li>• me ponen un stent en la vena.</li> <li>• no me desmaye solo aguantaba el dolor.</li> <li>• salgo sin dolor me sentía bien.</li> <li>• ahí empieza mi tortura mi calvario.</li> <li>• no estado acostumbrao a estar internado, a estar enfermo.</li> <li>• medite sobre la vida.</li> <li>• me he salvado por lo divino, por dios.</li> <li>• trato de ser menos sarcástico, trato de ser menos materialista.</li> </ul> | <b>NPM</b><br><b>NTMSQTC</b><br><b>MPUS</b><br><b>NMDAD</b><br><b>SSDMSB</b><br><b>AEMTMC</b><br><b>NEAIAEE</b><br><b>MSV</b><br><b>MHSPDPD</b><br><b>TSMSMM</b> | <b>AEMTMC</b><br><b>NEAIAEE</b><br><b>MSV</b><br><b>MHSPDPD</b> |

Respuestas de la pregunta: ¿Esos sentimientos como afectaron en su vida social, familiar en su trabajo?

| INFORMANTE    | REDUCCIÓN  | CÓDIGOS   | REDUCCIÓN FINAL   |
|---------------|--|---|---|
| <b>SOL</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• parte más triste.</li> <li>• sentir mal y desprotegida la familia.</li> <li>• completamente impotente.</li> <li>• ya no podía seguir trabajando.</li> <li>• era imposible trabajar.</li> <li>• ya no podía tener una vida como la anterior.</li> <li>• no captaba la nueva forma de cómo manejar mi enfermedad.</li> </ul>                  | <b>PMT</b><br><b>SMYDLF</b><br><b>CI</b><br><b>YNPST</b><br><b>EIT</b><br><b>YNPTVCA</b><br><b>NCNFCMME</b> | <b>SMYDLF</b><br><br><b>CI</b><br><br><b>YNPST</b><br><br><b>NCNFCMME</b> |
| <b>MAR</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• mis actividades definitivamente han disminuido.</li> <li>• mi físico, tengo una limitación.</li> <li>• concepción de ser yo inmortal.</li> <li>• asimilo la muerte.</li> <li>• esfuerzo hay limitaciones y eso de alguna manera me frustra.</li> <li>• he tenido que moderar un poco.</li> <li>• hacer cosas que no hacía antes.</li> </ul> | <b>MADHD</b><br><b>MFTL</b><br><b>CDSYI</b><br><b>ALM</b><br><b>EHLVMF</b><br><b>HTMUP</b><br><b>HCQNHA</b> | <b>MFTL</b><br><br><b>ALM</b><br><br><b>HCQNHA</b>                        |
| <b>OCÉANO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• me molestaba, renegaba.</li> <li>• me siento cohibido.</li> <li>• generado stress.</li> <li>• el no tener otro ingreso.</li> <li>• el querer ayudar a mi familia, el querer ayudar a mis hijos.</li> </ul>  | <b>MMR</b><br><b>MSC</b><br><b>GS</b><br><b>ENTOI</b><br><b>EQAMFMH</b>                                     | <b>MMR</b><br><br><b>MSC</b><br><br><b>GS</b>                             |
|               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si me cuesta todavía al cambio.</li> <li>• lo tengo q hacer por el bien de mi salud.</li> <li>• me afectó.</li> </ul>   | <b>SMCEC</b><br><b>LTHPBDMS</b><br><b>MA</b><br><b>NQS</b>  | <br><br><b>EQAMFMH</b>  |

|                |  |   |  |
|----------------|--|---|--|
| <b>JÚPITER</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• no quería salir.</li> <li>• me sentí así como reprimido, aislado.</li> <li>• me molesta un poco.</li> <li>• si me siento inútil.</li> </ul>   | <b>MSRA</b><br><b>MMUP</b><br><b>SMSI</b>   | <b>NQS</b>                               |
| <b>TIERRA</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• no le echo la culpa a nadie.</li> <li>• todo esto, es cuestión mía.</li> <li>• Me di cuenta de la calidad humana.</li> <li>• creo que dios me puso una prueba.</li> <li>• He dejado mi trabajo.</li> <li>• eso me deprime un poco.</li> <li>• era un poco autoritario quería hacerlo todo.</li> <li>• lo único es que ya no tomo.</li> <li>• si quiero vivir tengo que hacer caso sino me muero.</li> </ul> | <b>NHCAN</b><br><b>TECM</b><br><b>MDCCH</b><br><b>CDPUP</b><br><b>HDMT</b><br><b>EMD</b><br><b>EPAQHT</b><br><b>LUEQNT</b><br><b>SQVTQHCSNM</b> | <b>SMSI</b><br><b>HDMT</b><br><b>EMD</b> |

Respuestas a la pregunta: **¿Ahora que se encuentra en Rehabilitación Cardíaca, cuáles son sus experiencias, como ha influenciado en su recuperación, cómo se siente ahora?**

| <b>INFORMANTE</b> | <b>REDUCCIÓN</b>   | <b>CÓDIGOS</b>  | <b>REDUCCIÓN FINAL</b>           |
|-------------------|--|---|----------------------------------|
| <b>SOL</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• me siento entusiasta.</li> <li>• sé que debo cumplir con todas las indicaciones para sentirme bien en todo sentido.</li> </ul>  | <b>MSE</b><br><b>SQDCTIPSBTS</b>  | <b>MSE</b>                       |
| <b>MAR</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahora estoy listo para todo.</li> <li>• estoy tratando de establecer mis relaciones con mis hijas de 11 y 9 años.</li> <li>• me siento bien con mejor ánimo.</li> <li>• estoy tratando de salir adelante en todo.</li> <li>• no pienso parar en volver hacer una persona normal.</li> </ul> | <b>AELPT</b><br><b>EEMRCMIH</b><br><b>MSBCMA</b><br><b>ETDSAET</b><br><b>NPVHPN</b> | <b>SMSBCMA</b><br><b>ETDSAET</b> |

|                       |  |   |  |
|-----------------------|--|---|--|
| <p><b>OCÉANO</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• estoy consciente de todo eso.</li> <li>• antes llevaba una vida sedentaria.</li> <li>• ahora yo ya entendi.</li> <li>• He mejorado mis hábitos alimenticios.</li> <li>• he bajado de 84 kilos ahora peso 76 kilos.</li> <li>• me siento mejor.</li> <li>• ya puedo subir y bajar escaleras.</li> <li>• Hago mis dietas, hago mis caminatas</li> <li>• me siento bien y con ánimos.</li> <li>• he comenzado a poner orden en mi vida.</li> </ul> | <p><b>ECDT</b><br/> <b>ALLVS</b><br/> <b>AYE</b><br/> <b>HMMHA</b><br/> <b>HBK</b><br/> <b>MSM</b><br/> <b>YPSYBG</b><br/> <b>HMDHMC</b><br/> <b>MSBYCA</b><br/> <b>HCPOEMV</b></p> | <p><b>ALLVS</b><br/> <b>HMMHA</b><br/> <b>MSM</b><br/> <b>MSBYCA</b><br/> <b>MSB</b><br/> <b>MSF</b><br/> <b>CGSL</b><br/> <b>MSB</b><br/> <b>HAATMC</b></p> |
| <p><b>JÚPITER</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• mejorar y llevar una vida sana.</li> <li>• me siento bien.</li> <li>• algo nuevo para mí.</li> <li>• tipo de vida nueva.</li> <li>• me siento feliz.</li> <li>• con ganas de seguir luchando</li> </ul>   | <p><b>MYLLVS</b><br/> <b>MSB</b><br/> <b>ANPM</b><br/> <b>TDVN</b><br/> <b>MSF</b><br/> <b>CGSL</b></p>   | <p><b>MSF</b><br/> <b>CGSL</b><br/> <b>MSB</b></p>   |
| <p><b>TIERRA</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplo mis terapias.</li> <li>• no necesito q me estén diciendo que me cuide.</li> <li>• me siento bien.</li> <li>• entendi que tener una mente sana y cuerpo sano es magnífico.</li> <li>• He aprendido a tener más calma</li> </ul>   | <p><b>CMT</b><br/> <b>NNEDQMC</b><br/> <b>MSB</b><br/> <b>EQTMSYCSEM</b><br/> <b>HAATMC</b></p>   | <p><b>HAATMC</b></p>   |