



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**“EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
AL EGRESO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD”.**

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERIA)

PRESENTA:

EEC Maricela Nampulá Maheda.

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. María del Pilar Sosa Rosas.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE DE 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Al Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (PME-UNAM) y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por todo el apoyo brindado para el desarrollo del presente proyecto de investigación, me siento honrada por la oportunidad de pertenecer a una comunidad de profesionales que se han formado en el campo de la investigación científica.

Dra. María del Pilar Sosa Rosas gracias por su magistral contribución como Directora de Tesis, agradezco su apoyo en cada momento, pero sobre todo la confianza que depositó en mí a lo largo de éste camino, sus enseñanzas me han hecho mejor enfermera y mejor persona, fue un honor trabajar con usted, espero sea el primero de muchos proyectos para contribuir con la Salud de las personas en Chiapas.

Dra. Gandhi Ponce Gómez, agradezco la oportunidad que brindó a mis colegas enfermeros en Chiapas para tener acceso a una formación de calidad como Maestros en Enfermería a través del PME-UNAM, me siento muy afortunada de coincidir con usted de nuevo y compartir gratos momentos, siempre le tendré mucho aprecio y cariño.

Al Instituto Tecnológico “Amado Nervo” por todas las facilidades otorgadas como sede externa del PME-UNAM en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

A la Lic Gema Stiker y Tere Garibay, por el apoyo en todas las gestiones del PME.

A todos los docentes del PME-UNAM que han influido de manera decisiva en mi trayectoria, gracias a ustedes he crecido humana y profesionalmente.

A quienes han contribuido con el desarrollo de la Tesis desde que nació hasta el momento de su culminación: Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez, Dr. Juan Pineda Olvera, Dra. Martha Lilia Bernal Becerril, Dra. Virginia Reyes Audiffred y Dra. Liliana González Juárez, gracias por todas sus enseñanzas, por su dedicación y apoyo incondicional.

A quienes me inspiraron a través de éstos dos años de formación como Maestra en Enfermería: Dra. María Mercedes Arias Valencia, Mtra. Victoria Fernández García, Mtra. María Carolina Ortega Vargas, Dra. Juana Eloira Suárez Conejero, y Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales, fue un honor para mí contar con ustedes como docentes.

*A mis colegas y compañeros con quienes viví muchas experiencias durante más de dos años.
Adriana, ¡superamos la prueba!*

Miguel Ángel eres mi mayor inspiración, a pesar de ser tan pequeño me has enseñado mucho y cada día aprendo más de ti con tu amor y tu inocencia; tu paciencia me ha permitido cumplir un sueño, agradezco a Dios por enviarte a mi vida, eres mi tesoro, mi mayor proyecto; gracias bebé, sabes que te amo y que me siento muy orgullosa de ser tu mamá.

A Mamá que siempre ha velado por mi bienestar y me ha apoyado en la búsqueda de mi felicidad, has estado en las buenas y en las malas para ayudarme a crecer en todo momento, gracias a ti he aprendido que con esfuerzo y trabajo constante todo es posible, no tengo palabras para agradecer todo lo que has hecho por mí; gracias por concederme el honor de ser tu hija.

Papá, en cualquier rincón del Universo donde te encuentres, con todo mi cariño.

A Lety, Eliana y Karla Alejandra, quienes siempre han estado dispuestas a ayudar para emprender cada proyecto importante y por motivarme para no desistir, además de hermanas son grandes amigas.

Fidel, gracias por tu apoyo incondicional, estoy muy agradecida por tu paciencia, por escuchar mis alegrías, mis tristezas, mis éxitos y mis fracasos, por estar presente en los momentos de prosperidad y también en los de adversidad, por brindarme grandes momentos, por estar conmigo cuando más lo he necesitado, sabes que eres muy especial para mí, estoy muy complacida por todo lo que me has ofrecido, no sé como agradecer lo que has hecho por mí, gracias por todo, especialmente por tu amistad y cariño.

A todas las personas que hicieron posible cumplir con éste sueño que perseguí desde hace muchos años; hoy tengo la convicción de seguir superando mayores desafíos y cumplir más sueños

A todos los pacientes y familias, quienes a través de sus voces y experiencias le dieron vida a cada una de las páginas siguientes, sus voces representan la de todos los Chiapanecos orgullosos de nuestras raíces y de nuestra grandeza.

A Dios y al Universo entero.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. YVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **21 de agosto del 2017**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **MARICELA NAMPULA MAHEDA** con número de cuenta **508009215**, con la tesis titulada:

“EXPERIENCIA DE PERSONAS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AL EGRESO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD”

bajo la dirección de la Doctora María del Pilar Sosa Rosas

Presidente : Doctora María Susana González Velázquez
Vocal : Doctora María del Pilar Sosa Rosas
Secretario : Doctora María de los Ángeles Godínez Rodríguez
Suplente : Doctora Silvia Crespo Knopfler
Suplente : Doctora Virginia Reyes Audiffred

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd, Mx. , a 01 de septiembre del 2017.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Contenido

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	11
I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO/PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
II. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE.	20
2.1 Experiencias y vivencias de la enfermedad.....	22
2.2 Rehabilitación cardiaca y prevención secundaria.....	24
2.3 Adherencia al tratamiento.....	26
2.4. Afrontamiento.....	27
2.5. Bienestar espiritual.	28
2.6 Etnicidad y género.	28
2.7 Transición-Alta hospitalaria.....	29
2.8 Calidad de vida.....	30
2.9 Apoyo Social.....	30
2.10 Intervención educativa.....	31
III. OBJETIVOS.....	33
3.1 Objetivo general.....	33
3.2 Objetivos específicos.....	33
IV. REFERENTE TEÓRICO.....	34
4.1 Propuesta de referente teórico: Teoría de la Acción Social de Alfred Schütz (Fenomenología Social).....	34
4.2 Antecedentes de la fenomenología social.....	35
4.3 La teoría de la acción social.....	37
4.4 El concepto de experiencia.....	38
4.5 Elementos que conforman la fenomenología social.....	39
4.6 Conceptos centrales.....	41
4.6.1 <i>Experiencia</i>	41
4.6.2 <i>Mundo de la vida</i>	41
4.6.3 <i>Realidad social</i>	42
4.6.4 <i>Acción social</i>	42
4.6.5 <i>Intersubjetividad</i>	42
V. METODOLOGÍA.....	43
5.1 Diseño.....	43
5.2 Contexto.....	44
5.3 Participantes.....	45
5.4 Técnica de recolección de información.....	47
5.4.1 <i>Entrevista semiestructurada</i>	47
5.4.2 <i>Audio-grabación de entrevista</i>	48
5.5 Análisis de datos.....	48
5.5.1 <i>El análisis temático desde la fenomenología social</i>	48

	7
5.6 Temporalización.....	49
5.7 Criterios de rigor.....	50
5.8 Consideraciones éticas del estudio.....	50
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	53
6.1 Descripción de los participantes.....	53
6.2 Categorías y subcategorías.....	59
6.2.1 PRIMERA CATEGORÍA: “ADAPTÁNDOSE AL CAMBIO”.....	61
6.2.1.1 <i>Cambios en la dinámica de vida</i>	61
6.2.1.2 <i>Recuperando la confianza y seguridad</i>	69
6.2.2 SEGUNDA CATEGORÍA: “APOYO PARA LA VIDA”.....	75
6.2.2.1 <i>Espiritualidad</i>	75
6.2.2.2 <i>Red social</i>	78
VII. CONSIDERACIONES FINALES.	83
7.1 APORTACIONES A LA DISCIPLINA.....	86
7.2 APORTACIONES A LA PRÁCTICA.....	86
7.3 APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN	88
7.4 APORTACIONES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	89
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
IX. ANEXOS	107
ANEXO 1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LA LITERATURA.....	107
ANEXO 2 GUÍA DE ENTREVISTA	109
ANEXO 3 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	111
ANEXO 4. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES.....	114
ANEXO 5. CLASIFICACIÓN DE CATEGORÍAS.....	114

RESUMEN

“EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AL EGRESO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD”

Introducción. La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte a nivel mundial; actualmente existen alternativas de tratamiento en la fase aguda, y posterior al alta hospitalaria destacan los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca, sin embargo, en el Estado de Chiapas, dentro del contexto donde se desarrolló el presente estudio no se ofrecen éstos programas en las instituciones de salud, las personas son rehospitalizadas por complicaciones, desconociéndose sus experiencias dentro del contexto social. **Objetivo.** Comprender las experiencias de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, dentro del contexto de la realidad social. **Material y Método.** Estudio cualitativo, fenomenológico-social, técnica de muestreo por conveniencia; recolección de información mediante entrevista con guía semi-estructurada. Los informantes cumplieron con el criterio de selección de haber egresado de instituciones de salud por cardiopatía isquémica; se les solicitó autorización para audiograbar la entrevista; se realizó transcripción y análisis de contenido temático. **Hallazgos.** Emergieron dos categorías: “Adaptándose al cambio” y “Apoyo para la vida”. La experiencia al egreso hospitalario representó un proceso de transición caracterizado por: temor, angustia tras el impacto causado por la enfermedad, modificación de actividades, además de un proceso interactivo donde las personas encuentran en la espiritualidad y el apoyo social la seguridad para recuperarse de las limitaciones de la enfermedad y prolongar la vida. **Conclusiones.** El conocimiento de las experiencias de personas dentro de su contexto sociocultural representa un área de oportunidad para orientar intervenciones de enfermería desde la planificación del alta, instrumentar el seguimiento individualizado a fin de mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones de la enfermedad.

Palabras Claves. Cardiopatía Isquémica, Enfermería Cardiovascular, Alta del Paciente, Investigación Cualitativa.

RESUMO

“EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS COM DOENÇA ISQUÊMICA CARDÍACA NO MOMENTO DA ALTA DE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE”.

Introdução. Doença isquêmica cardíaca é a principal causa de morte em todo o mundo; atualmente há tratamento alternativo na fase aguda e pós-alta incluem programas de prevenção secundária e reabilitação cardíaca, no entanto, dentro do contexto onde este estudo foi desenvolvido não esses programas são oferecidos em instituições de saúde, as pessoas eles são readmitidos por complicações, sem saber as suas experiências dentro do contexto social. **Objetivo.** Compreender as experiências de pessoas com doença isquêmica cardíaca no momento da alta de instituições de saúde, no contexto da realidade social. **Material e Métodos.** Técnica de amostragem qualitativa fenomenológica social, a conveniência; coleta de informações por meio de entrevista semi-estruturada guia de profundidade. Informantes conheceu os critérios de seleção se formaram em instituições de saúde por doenças isquêmicas do coração; Eles foram solicitou autorização para audiogravar a entrevista, transcrição e análise de conteúdo temática foi realizada. **Resultados.** Emergiram duas categorias: "Adaptação às mudanças" e "apoio para a vida". Experiência na alta hospitalar representou um processo de transição caracteriza-se por medo, angústia após o impacto causado pela doença, a modificação de actividades, bem como um processo interativo onde as pessoas encontram espiritualidade e de segurança apoio social para se recuperar de limitações da doença e da vida prolongar. **Conclusões.** O conhecimento das experiências de pessoas dentro de seu contexto sociocultural representa uma área de oportunidade para orientar as intervenções de enfermagem de planejamento da alta, a implementação de monitoramento individualizado para melhorar a qualidade de vida e prevenir as complicações da doença.

Descritores. Isquemia Miocárdica, Enfermagem Cardiovascular, Alta do Paciente, Pesquisa Qualitativa

ABSTRACT**“PERSONS’ EXPERIENCES WITH ISCHEMIC HEART DISEASE POST-DISCHARGE”.**

Introduction. Ischemic heart disease is the most important cause of death around the world; there are currently alternatives for treatment and post-discharge, health professionals can offer Secondary Prevention and Cardiac Rehabilitation programmes; however, within the context in this study, these programs are not offered in Health Institutions, people are rehospitalized by complications and nursing professionals does not know how is the experience post-discharge within social context. **Aim.** Understand persons’ experiences with ischemic heart disease post-discharge within social context. **Methods.** Qualitative, phenomenological-social study, convenience sampling; data were collected after written formed consent in recorded in-depth interviews with semi-structured guide to 7 men whose were discharged for ischemic heart disease. Data were analysed using qualitative content analysis **Findings.** Two categories were identified: “Adapting to change” and “Support for life”. The hospital discharge experience was a transition process characterized by fear, stress, anguish caused by impact of disease, modification of activities, and an interactive process where persons find in spirituality and social support the security to recover for limitations of disease and prolong life. **Conclusion.** Knowledge about persons’ experiences within sociocultural context is an opportunity to guide nursing interventions from discharge planning, to implement individualized follow-up in order to improve the quality of life and avoid complications of the disease.

Keywords. Myocardial ischemia, Cardiovascular Nursing, Patient Discharge Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la investigación en la disciplina de enfermería es un elemento fundamental no sólo para el desarrollo de la práctica asistencial, sino además para generar evidencia y difundir conocimiento científico de impacto para las políticas públicas con el objetivo de promover una mejora en la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades desde los tres niveles de atención.

Por su parte, la cardiopatía isquémica representa una de las grandes preocupaciones para la salud pública, y en ese sentido los profesionales de enfermería deben estar sensibilizados para desarrollar estrategias desde la investigación, la formación de recursos humanos y la gestión del cuidado, aportando con ello herramientas necesarias para la instrumentación de programas adaptados a las necesidades de las personas desde su contexto sociocultural. Existe evidencia científica que ha sustentado en los últimos años que la instrumentación de programas de apoyo y seguimiento, así como programas de rehabilitación cardíaca (particularmente domiciliarios) adaptados al contexto de las personas y liderados por profesionales de enfermería, proveen resultados satisfactorios para la calidad de vida de las personas, lo que se traduce en disminución de costos para los servicios de salud; es por ello que cobra gran trascendencia el abordaje de las personas con afecciones cardiovasculares desde el ingreso hospitalario hasta el egreso.

Así mismo, es importante mencionar que el Estado de Chiapas, localizado al sureste de la República Mexicana, tiene características muy particulares tales como: diversidad socio-cultural, rezago social, educativo y en materia de salud no es la excepción, sin embargo representa también una oportunidad de mejora para quienes requieren de atención específica como es el caso de personas que han egresado de instituciones de salud por cardiopatía isquémica, además de un reto para los profesionales enfermeros en incursionar en la investigación científica, especialmente la investigación cualitativa considerando aspectos socioculturales que rigen la dinámica de Chiapas.

De acuerdo con lo anterior, ha sido preciso el desarrollo de la investigación cualitativa con la finalidad de aportar una visión diferente respecto a las experiencias de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, por lo que los resultados del presente estudio se orientan hacia los aspectos que involucran la dinámica de vida de las personas, y el papel que desempeña el apoyo social para evitar complicaciones de la enfermedad, y por lo tanto, preservar la vida.

En el primer capítulo se abordan los aspectos de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad que han motivado el estudio del fenómeno en cuestión, considerando el impacto de la cardiopatía isquémica en la vida productiva de las personas a nivel mundial, en México y Chiapas, así como la problemática al egreso de las instituciones de salud y la necesidad de indagar sobre lo que sucede en el contexto. En el capítulo de revisión del estado del arte, se presentan los resultados de la búsqueda y selección sistemática en bases de datos científicas sobre los estudios que han abordado el fenómeno, tales como: experiencias y vivencias de la enfermedad, rehabilitación cardíaca y prevención secundaria, adherencia al tratamiento, afrontamiento de la enfermedad, bienestar espiritual, grupos vulnerables (etnicidad y género), calidad de vida, apoyo social e impacto de intervenciones educativas. Con base en lo anterior se describen el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.

Posteriormente, en el capítulo “Referente Teórico”, se encuentran los antecedentes y conceptos centrales de la Teoría de la Acción Social de Alfred Schütz: experiencia, mundo de la vida, realidad social, acción social e intersubjetividad que han permitido realizar el análisis de los resultados del estudio. En el capítulo de Metodología se establecen los criterios que se cumplieron para el desarrollo de un estudio cualitativo-fenomenológico: el contexto, el muestreo y selección de participantes, la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de la información, el análisis de contenido temático de los resultados, las consideraciones éticas del estudio y los criterios de rigor (auditabilidad, confirmabilidad, transferibilidad).

Por su parte, el capítulo de resultados y discusión contiene una descripción y análisis de las categorías y subcategorías que emergieron a partir de los discursos de los participantes, confrontándose con resultados de otros estudios similares de diversos países y reforzando a su vez con los conceptos centrales del referente teórico. En el capítulo de consideraciones finales se ofrecen las aportaciones que los resultados del presente estudio generan a la disciplina, práctica e investigación en enfermería, así como a las políticas públicas. Finalmente, en los anexos se presentan elementos que han sido de utilidad para el desarrollo del estudio: la estrategia de búsqueda de literatura, guía de entrevista, formato de consentimiento informado y datos sociodemográficos de los participantes.

I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO/PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte en todo el mundo¹. En el año 2012 murieron 17.5 millones de personas, que representan el 31% de todas las muertes registradas en el mundo; del total de fallecimientos, 7.4 millones se debieron a cardiopatía isquémica o coronaria¹.

En Estados Unidos la cardiopatía isquémica es la principal causa de morbilidad y mortalidad, representando una carga para los sistemas de salud debido a los costos del tratamiento, y la pérdida de productividad de las personas^{2,3}. Cada año, 2.5 millones de personas son hospitalizadas por enfermedad coronaria, el 20% será rehospitalizada por complicaciones subyacentes, y aproximadamente la misma proporción morirá dentro de un año de su evento inicial⁴.

Las enfermedades cardiovasculares no sólo se encuentran presentes en países desarrollados, sino que también se ven afectados en gran proporción países subdesarrollados, como el caso de México, donde precisamente la cardiopatía isquémica representó la primera causa de muerte en el año 2012 (13.3%), y en el sureste de la República, particularmente el Estado de Chiapas el comportamiento es similar⁵; así mismo, en un hospital de segundo nivel de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, representó la primera causa de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos⁶. El peso económico que las enfermedades cardiovasculares imponen a la sociedad, está relacionado con los gastos para atender la demanda generada por el tratamiento, sus complicaciones, la pérdida de productividad y años de vida potencialmente perdidos debido a incapacidad o muerte prematura⁷.

Un estudio realizado en el año 2002 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁷, estimó que el costo promedio anual de un caso de infarto agudo al miocardio es de \$71,825.00 pesos; es importante mencionar que no se han encontrado datos más actualizados al respecto en la literatura científica mexicana,

no obstante, es innegable la demanda económica y de atención que implica la enfermedad coronaria, que a su vez se encuentra determinada dentro de un contexto socio-cultural⁸, y en el tratamiento que puede llegar a ser inaccesible económicamente.

Sobre lo descrito anteriormente, es preciso expresar que el origen de la enfermedad coronaria se debe entre otras cosas, a factores que se relacionan estrechamente al fenómeno de la globalización, ya que el concepto de “modernidad” ha introducido estilos de vida que propician factores de riesgo como la obesidad, tabaquismo, hipertensión y estrés. Así mismo, otro aspecto relacionado con el tratamiento de la enfermedad coronaria es la mercantilización de los servicios de salud⁹⁻¹¹, que propicia el desarrollo de la industria farmacéutica y los servicios especializados subrogados, bajo la concepción de que el cuidado de la salud es una guerra incesante contra la enfermedad⁹, restando importancia a la prevención primaria y secundaria.

De acuerdo con lo anterior, existe a partir de las instituciones y profesionales sanitarios, un discurso donde se determina que la salud depende principalmente de la persona, cuando realmente los profesionales de la salud, particularmente de enfermería, deben cumplir con esa labor considerando una perspectiva socio-cultural. Sin embargo, no existe equidad en este sentido, ya que particularmente en los países subdesarrollados como México, y particularmente en el Estado de Chiapas, no todas las personas tienen posibilidades de acceso al tratamiento, lo que interfiere en el seguimiento a las recomendaciones de salud; dicha efectividad ha sido comprobada a través de diversos trabajos.¹²

Las instituciones de salud en México que ofrecen atención a personas con enfermedad coronaria, se encuentran situadas en las principales ciudades, y particularmente en el Sureste de la República, en el Estado de Chiapas se localizan en la capital del Estado, Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de las Casas, Comitán de Domínguez, y Tapachula de Córdova y Ordóñez, éstos centros funcionan como hospitales de concentración, donde las personas ingresan a las

unidades de urgencias, cuidados intensivos y hospitalización, cuando requieren tratamiento especializado, son referidas a un tercer nivel de atención, generalmente a la ciudad de Tapachula de Córdova y Ordóñez, localizada a 371 kilómetros de Tuxtla Gutiérrez⁵, a la Ciudad de México, o en su defecto, la unidad de segundo nivel envía el caso a un servicio subrogado, conformado por instituciones privadas; si no se presentan complicaciones durante el procedimiento intervencionista y/o la estancia intrahospitalaria, los pacientes son dados de alta en promedio a los siete días después del ingreso⁶.

A partir de la atención directa ha sido posible observar que la persona expresa muchas dudas e inquietudes acerca del tratamiento, los cuidados que precisa y cómo será la vida después de la enfermedad bajo las siguientes interrogantes: ¿cómo será el tratamiento?, ¿cómo podré cuidarme?, ¿será posible realizar las actividades de antes?; éstas preocupaciones representan un momento crítico y de inseguridad porque la misma persona debe gestionar su propio cuidado, y de acuerdo a Urzainqui y colaboradores¹³, el egreso hospitalario es un periodo de transición de la protección y seguridad dentro de la institución de salud, al afrontamiento individual, que representa para la persona y su familia un estado de indefensión.

De ésta forma, es importante mencionar que las personas llevan un seguimiento al egreso hospitalario, a través de la consulta externa de la institución de salud, sin embargo, existe alta demanda en las instituciones, tan es así que las personas se trasladan desde ciudades lejanas a la capital del Estado y dentro de éste contexto, los enfermeros desconocen lo que sucede respecto cómo es la experiencia de las personas sobre el cuidado al egreso hospitalario.

Agregado a lo anterior, no existe evidencia sobre si la persona con enfermedad coronaria a su egreso tiene dudas, necesidades, inquietudes o dificultades para la persona y el cuidador primario; se desconoce si al egreso hospitalaria se genera un impacto económico al núcleo familiar por el gasto que puede representar el

tratamiento farmacológico, y cómo el tratamiento en general repercute en la reinserción a la vida cotidiana, laboral o productiva.

Por otro lado es evidente que las personas con enfermedad cardiovascular establecida, tienen un riesgo muy alto de presentar episodios isquémicos recurrentes, que han sido evidentes al generarse el reingreso por complicaciones que finalizan incluso con la mortalidad, documentándose además en la literatura científica que los reingresos están relacionados -a una mayor- presencia de factores de riesgo cardiovascular¹⁴.

Existen idealmente programas de prevención secundaria (PS), desarrollados dentro de instituciones de salud en México, tales como el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Vhávez” o el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, que se enfocan a mejorar los hábitos de vida de personas con enfermedad cardiovascular, y rehabilitación cardíaca (RHC), definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiópatas una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como sea posible en la sociedad”¹⁵⁻¹⁶. En este sentido, los profesionales de enfermería desempeñan un rol fundamental, no sólo en la atención oportuna especializada, sino en la recuperación y reincorporación a la vida mediante estrategias donde en primera instancia, de acuerdo con Burdiat¹⁷, es necesario tener como objetivo inicial lograr que la persona comprenda la enfermedad coronaria, la acepte y erradique preconceptos.

Un momento oportuno para el seguimiento de las personas con enfermedad coronaria, es el abordaje en el momento del alta hospitalaria, o bien, en la consulta externa, ya que en esta fase tiene una gran importancia la labor de soporte para la persona y su familia, sobre todo en lo que implican los cuidados y el tratamiento de la enfermedad coronaria, que se relaciona con los cambios en la vida cotidiana, y por ende, medidas de prevención secundaria; donde el profesional de enfermería, como se ha mencionada, podría desempeñar un rol fundamental.

Sin embargo, las instituciones de salud en el Estado de Chiapas no se han desarrollado programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca, así mismo, a partir del alta hospitalaria no se establece el seguimiento domiciliario, por lo que es difícil identificar las necesidades reales de las personas para el cuidado, ya que el acceso al tratamiento puede dificultarse en virtud de que se ha descrito en la literatura científica que las personas experimentan depresión, ansiedad, angustia, frustración, desinterés, e incluso falta de motivación¹⁸.

Por lo descrito anteriormente, el proceso de adaptación a la nueva situación de las personas con cardiopatía isquémica, de acuerdo con Granados y Corral¹⁹, representa un reto y autocontrol persistente, pero además existen otras determinantes descritas por Castellano y colaboradores²⁰ relacionadas con aspectos sociales, ambientales, con el sistema de salud, que tienen que ver con el acceso a servicios que permitan el seguimiento oportuno, integral, preventivo, y a su vez, dependen de otros factores fundamentales, como características demográficas, aspectos económicos, cultura y globalización, considerando que ésta última es excluyente para quienes son vulnerables socialmente. Así mismo, el carácter étnico y de género le asigna otras implicaciones, tales como: el rol que desempeñan las personas dentro del contexto social, las barreras socioculturales que el idioma puede representar, la diversidad cultural, los usos y costumbres, cuya influencia en el cuidado de la enfermedad resulta medular.

Derivado de lo anterior, es importante conocer, describir y comprender cómo es la experiencia de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud desde una perspectiva cualitativa: fenomenológica-social, ya que en la dinámica de las personas muchas veces es posible tener la información sobre lo que deben de hacer para cuidar su salud, pero no es una tarea sencilla por razones determinadas por aspectos sociales como el alto costo del tratamiento farmacológico, la dificultad de acceso a los servicios de salud, y por ende, a programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca, así como estilos de vida saludables.

El enfoque interpretativo-constructivista hará posible conocer la realidad en la que se encuentran inmersos los principales actores sociales: las personas con cardiopatía isquémica, desde la propia experiencia (subjetividad), logrando un acercamiento más personalizado, lo que no sería posible con un enfoque reduccionista.

Se considera que las situaciones mencionadas con anterioridad pueden ser mejor comprendidas desde el contexto donde se encuentran las personas, a partir de la interacción social en la vida diaria, e identificando las acciones de cuidado o medios disponibles con los que cuentan para gestionar el tratamiento y evitar complicaciones de la enfermedad a fin de reconocer las necesidades de las personas y ofrecer la atención mediante un seguimiento o acompañamiento individualizado, considerando los factores sociológicos y culturales.

De ésta forma, la presente investigación puede contribuir al desarrollo de nuevos horizontes para la disciplina de enfermería, mediante una propuesta que permita reorganizar el cuidado, la educación, la administración, y una línea de investigación sobre aspectos inexplorados a partir de la comprensión del significado subjetivo de las acciones de las personas para la resolución de problemas en el mundo de la vida, asociados al proceso salud-enfermedad.

De acuerdo a lo descrito anteriormente, se plantea la siguiente **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cómo es la experiencia de las personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, dentro del contexto de la realidad social?

II. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE.

En el presente capítulo se lleva a cabo una descripción de resultados obtenidos en la búsqueda sistemática de la literatura científica relacionada con las experiencias de personas con cardiopatía isquémica. De forma inicial se detallan las herramientas empleadas para la búsqueda de información, los criterios de selección con base a la lectura crítica, y la clasificación de acuerdo a temáticas abordadas.

Las enfermedades cardiovasculares, y en particular la cardiopatía isquémica se han estudiado desde diferentes puntos de vista dentro de la comunidad científica, en áreas como psicología, medicina, rehabilitación, y en enfermería no es la excepción; así mismo, una considerable cantidad de literatura científica ha sido publicada en las últimas décadas desde perspectivas teórico-metodológicas diversas.

Para conocer los antecedentes que existen relacionados al estudio de la cardiopatía isquémica, se recurrió a una revisión de la literatura mediante una estrategia de búsqueda documentada y sistematizada de la información en bases de datos especializadas, principalmente: Medline/Pubmed, producida por la National Library of Medicine, actualmente la más utilizada en ciencias de la salud a nivel mundial, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), que contiene información de revistas, monografías, tesis, y normas de práctica profesional de más de 50 especialidades de enfermería y otras ciencias afines, CUIDEN, la base de datos de la fundación Index de España, la base de datos SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual de Salud (BVS), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), base de datos producida por BIREME, (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud), considerando tales bases de datos de interés en enfermería cardiológica.²¹

Se utilizaron términos de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), traducción al español de los MeSH (Medical Subject Headings of Medline), teniendo como palabras clave: “cardiopatía isquémica”/“myocardial ischemia”, (DeCS/MeSH), “experiencia”/“experiences” (DeCS/MeSH), “prevención secundaria”/“secondary prevention” (DeCS/MeSH), “alta del paciente”/“patient discharge” (DeCS/MeSH). Se revisaron artículos que fueron publicados en el periodo comprendido entre 2011 y 2015, el asunto principal fue “cardiopatía isquémica” y “rehabilitación cardíaca”, en la especialidad o asunto de la revista se indicó “enfermería” y/o “cardiología”.

Otra estrategia de búsqueda consistió en el uso de términos alternativos: “rehabilitación cardíaca”, “cardiac rehabilitation”, “investigación cualitativa”, “qualitative research”, “fenomenología”, “phenomenology”, “alta hospitalaria”, “hospital discharge” en las revistas: “European Journal of Cardiovascular Nursing”, “Nursing Research”, “Qualitative Health Research”, “Journal of Clinical Nursing”, y “Enfermería en Cardiología”, indexadas en las bases de datos Pubmed/Medline, CINAHL y CUIDEN/Index-España. Así mismo, de los artículos encontrados, revisados y relacionados al fenómeno, como las metasíntesis, o revisiones sistemáticas, se empleó la búsqueda indirecta, con el método denominado “buscar perlas” o “pearling”²³, al utilizarse sus referencias para encontrar más artículos. (Ver Anexo 1).

Para los estudios cualitativos que abordaron las experiencias de personas con cardiopatía isquémica, se empleó la metodología CASPe (Critical Appraisal Skills Programme en Español), que fue de utilidad para excluir aquellos donde los investigadores no definieron claramente los criterios de rigor en la formulación de las entrevistas, análisis de datos, y no reflexionaron críticamente sobre el papel que desempeñaron durante el proceso de investigación, así como el conflicto de intereses dentro del proceso.

Se incluyeron un total de 44 estudios, mismos que fueron procesados en tablas de evidencias, donde pudieron identificarse conceptos principales, objetivos, el diseño

metodológico, contexto del estudio, las características de los participantes, el tipo de muestreo, el proceso de recolección de información, los resultados obtenidos y las conclusiones, que permitieron agrupar sistemáticamente en temas.

Del total de artículos revisados e incluidos, 23 se publicaron en Europa, 15 en América, 5 en Asia y 1 en Oceanía; se encontraron un meta-análisis, una meta-síntesis, dos revisiones sistemáticas; 17 artículos emplearon diseño metodológico cuantitativo (desde ensayos clínicos aleatorizados, hasta estudios de cohorte y descriptivos), 21 de diseño cualitativo (incluyendo fenomenología y teoría fundamentada en datos), y finalmente, 2 tesis utilizaron un diseño mixto; en su mayoría, los trabajos fueron desarrollados dentro de la disciplina de enfermería.

De lo anterior, se tiene que la cardiopatía isquémica ha sido estudiada desde las siguientes perspectivas:

2.1 Experiencias y vivencias de la enfermedad.

En todo el mundo se han estudiado desde el enfoque cualitativo las experiencias de hombres y mujeres tras presentar enfermedad coronaria. Los hallazgos de Gómez, Casajús y colaboradores²³, así como por parte de Kazimiera, et., al.²⁴, sugieren que la experiencia después de la enfermedad representa una lucha cotidiana por recuperar o restablecer el equilibrio en la vida, que no es la misma de antes y representa también una amenaza que propicia una batalla física, emocional y existencial, así como la idea de representar una carga para la familia, y aunque sea difícil adaptarse a la nueva condición, las personas están dispuestas para generar cambios, aunque necesitan mayor información para lograrlo.

Así mismo, de acuerdo con autores como Guevara²⁵, la experiencia que representa la cardiopatía isquémica como una amenaza a la vida, influye en los aspectos físicos y emocionales de las personas, de tal forma que les permite reflexionar sobre la importancia de cuidar de sí, y por ende, enfrentar las situaciones de estrés mediante la autorregulación y el autocontrol. Es preciso

mencionar que Hutton y Perkins en el año 2008²⁶, destacaron que los pacientes confían en sus capacidades para actuar sobre los factores de riesgo, pero también consideran que los enfermeros no cuentan con suficientes conocimientos para proporcionar recomendaciones, hallazgo de sumo interés, considerando la necesidad de contar con mayores elementos para asumir la importancia del rol por parte del profesional enfermero; así mismo, Kazimiera et., al.²⁷, documentaron que las personas expresan que los profesionales de salud no se fijan en las necesidades de sus familiares como cuidadores, temática que no ha sido encontrada en otros estudios.

NECESIDAD DE APOYO Y SOPORTE EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN.

Sobre la experiencia de los cuidadores principales, Solano y colaboradores²⁸ en un estudio fenomenológico-social publicado en el año 2008, describieron las vivencias de esposas cuyas parejas egresaron del hospital tras haber presentado un infarto agudo de miocardio, evidenciando la necesidad de apoyo y soporte en la rehabilitación de la enfermedad en el domicilio, ya que los hallazgos arrojaron que las esposas consideraron un momento difícil en sus vidas tanto el proceso agudo de la enfermedad, como la vuelta al domicilio, pues el hecho de tener un rol de cuidador primario, repercutió en el abandono del empleo, la sobrecarga de trabajo al tener una persona dependiente, y la dificultad para tomar decisiones sobre el problema, generando un sentimiento de soledad.

Respecto a la sexualidad, la enfermedad cardíaca tiene influencia en la relación de pareja, según mujeres que requirieron apoyo de profesionales de salud, pues para ellas representa una experiencia de ansiedad al necesitar información para reanudar la sexualidad después de la enfermedad, misma que puede afectar la relación de pareja, de acuerdo con una publicación de Søderberg y colaboradores en el año 2013²⁹.

Derivado de lo anterior, los estudios que abordan las experiencias de personas con cardiopatía isquémica, muestran la importancia de comprender la enfermedad desde la perspectiva de quien enfrenta la realidad. En México, se ha prestado escasa atención a la experiencia de hombres y mujeres después de un evento asociado a cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, debido a que los estudios cuantitativos realizados hasta el momento no permiten analizar y comprender las acciones sociales en el mundo de la vida, desde el punto de vista de la propia persona.

2.2 Rehabilitación cardíaca y prevención secundaria.

La literatura científica plantea una preocupación relacionada al tratamiento óptimo y recuperación de las personas mediante acciones de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca. Estudios que a continuación se detallan han identificado la experiencia de hombres y mujeres con enfermedad coronaria, con implicaciones significativas para la prevención, tratamiento y rehabilitación, tales como los siguientes:

Los estudios cualitativos como los de Urzainqui¹³ han revelado que con la rehabilitación cardíaca la persona experimenta mayor seguridad y apoyo social, y por el contrario, quienes no participan en un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRHC), presentan un mayor desconocimiento de la enfermedad, del tratamiento, así como ansiedad y miedo. Así mismo, Bruce y Gambogi et., al³⁰⁻³¹, han comprobado la reducción de riesgo de eventos recurrentes, y la mortalidad global a corto y mediano plazo, asociado a intervenciones de prevención secundaria. En otro estudio comparativo de Gómez y colaboradores³² realizado entre pacientes que formaban parte de un programa de rehabilitación cardíaca y quienes no tenían acceso, se documentó que los pacientes con eventos recurrentes fueron quienes tuvieron peor hábito de ejercicio, peor percepción de salud, mayor ansiedad, depresión y obsesión.

Por otra parte, estudios de Expósito-Tirado, et., al., Rojo, et., al, y Camponogara, et., al⁴⁰⁻⁴², abordaron pacientes que habían completado un PRHC y PS, tras sufrir un evento coronario, mismos que mostraron baja mortalidad; la mortalidad puede deberse a una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, como tabaquismo, sobrepeso y obesidad; además ha sido evidente que en algunos casos las personas desconocen la cronicidad de la enfermedad, aunque consideran que los cambios de hábitos son necesarios para mayor calidad de vida y reducción complicaciones tras nuevos eventos.

Un ensayo clínico aleatorizado publicado en Noruega por Jorstad y colaboradores en el año 2013³⁶, tuvo como principal hallazgo que un programa de seguimiento para prevención secundaria coordinado por profesionales de enfermería, en comparación con la atención habitual, conduce a una reducción del riesgo cardiovascular, al encontrarse una disminución en el número de rehospitalizaciones en los primeros 12 meses posteriores al alta hospitalaria, así como un número menor de consultas de emergencias, en pacientes que asistieron al mencionado programa.

De lo anterior, es posible expresar que la literatura científica coincide en la reducción de reingresos hospitalarios por complicaciones, y mejora de síntomas debido a la instrumentación de programas de prevención secundaria, favoreciendo de ésta manera una reducción de gastos tanto para las personas y sus familias, como para los sistemas de salud. Los PRHC son considerados eficaces, sin embargo, son poco utilizados: Cano y colaboradores³⁷ (2012) mencionaron que en España, la población que accede a los PRHC es escasa, alrededor de un 2-3%.

Así mismo, la literatura científica ha descrito las principales razones para no asistir a rehabilitación cardíaca: de acuerdo a una metasíntesis publicada por Neuubeck y colaboradores en el año 2011³⁸, éstas razones fueron: la dificultad de acceso al transporte, aspectos sociales, económicos, situaciones personales como sentir vergüenza por participar en tales programas, la no aceptación de la enfermedad, la angustia que representa el tratamiento de la enfermedad, aspectos culturales y

lingüísticos que repercuten la dificultad para comprender las razones de origen de la enfermedad coronaria, el propósito de la rehabilitación cardíaca, o las recomendaciones del personal de salud.

Recientemente, se han desarrollado alternativas que facilitan el acceso y la participación en PRHC, como el caso de los PRHC domiciliarios, donde se ha visto favorecido el seguimiento de personas con enfermedad cardiovascular, generando mejor adherencia al tratamiento. Un ensayo clínico aleatorizado de Brotons y colaboradores³⁹, demostró que una atención domiciliaria bien estructurada y desarrollada por personal de enfermería capacitado, resulta efectiva en la reducción de los reingresos hospitalarios, la morbimortalidad y en la mejora de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de las personas.

Por lo anteriormente descrito, con los programas de rehabilitación cardíaca domiciliarios, es posible considerar alternativas para pacientes con problemas de acceso por cuestiones demográficas (origen étnico), geográficas (de zonas rurales), laborales, edad avanzada, o bajo nivel socioeconómico. Sin embargo, además de las razones sociales y económicas que dificultan el acceso a los PRHC, es una realidad que las instituciones de salud no han contribuido a la difusión e implementación de estos programas, y por lo tanto, es desconocida la información para las personas.

2.3 Adherencia al tratamiento.

Respecto a las intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento en las personas con cardiopatía isquémica, evidencia reciente sobre la materia descrita por Ho y colaboradores⁴⁰, sugiere que el cuidado de enfermería mediante el acompañamiento de las personas con éste padecimiento, permite la reducción de factores de riesgo y readmisiones hospitalarias; estudios multidisciplinarios como los de Rossi, et., al., Wan, et., al., y Huffman, et., al.⁴¹⁻⁴³, han encontrado que el uso de medicamentos eficaces en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria disminuyó entre el momento del egreso hospitalario y tres años de seguimiento; así mismo, las recomendaciones relacionadas con la toma de

tratamiento farmacológico, modificación de dieta, ejercicio regular, apoyo familiar-social, y evitar sustancias tóxicas como alcohol y tabaco, mejoran la adherencia al tratamiento, siempre y cuando existan motivaciones positivas y optimismo.

De la misma forma, las motivaciones anteriormente mencionadas, se establecen desde la propia persona, la familia y los profesionales de salud, ya que en otros estudios como el de Hernández en el año 2015⁴⁴, los niveles de no adherencia al tratamiento en pacientes con rehabilitación cardíaca, eran mayores debido a aspectos relacionados con los proveedores de servicios de salud, derivado de una menor utilidad de estrategias educativas y asesorías para mejorar el estilo de vida.

Castellano en el año 2014²⁰, describió que la mitad de la reducción en la mortalidad cardiovascular se debe al tratamiento farmacológico. Sin embargo, a través de revisiones sistemáticas⁴⁵ se ha documentado que el número de pacientes que se adhieren al tratamiento farmacológico es bajo por razones multifactoriales, como el caso de personas de países de ingresos medios o bajos, donde es inaccesible económicamente hablando, por motivos sociales, culturales, relacionados con los servicios de salud, con el paciente y con los profesionales de salud.

2.4. Afrontamiento.

De acuerdo a la literatura revisada, el afrontamiento de la enfermedad coronaria puede centrarse en la negación, lo que repercute en la comprensión del significado de la seriedad o gravedad de la misma, tal como Salminen-Tuomaala y colaboradores lo documentaron en el año 2012⁴⁶. El estudio citado, describe además que el afrontamiento puede tener diversas vertientes: un afrontamiento equilibrado que permite la aceptación de la enfermedad, la búsqueda de apoyo en la familia, actitudes positivas hacia el futuro, y el refugio espiritual; el afrontamiento centrado en la acción, permite mantener la vida cotidiana a través de la implementación de nuevos roles dentro de la familia, y con los cuidadores principales; por su parte, el afrontamiento centrado en la enfermedad se manifiesta

en la preocupación sobre las complicaciones de la misma, lo que dificulta el seguimiento de las recomendaciones relacionadas con el tratamiento, repercutiendo por ende, en las complicaciones de la enfermedad.

2.5. Bienestar espiritual.

La revisión de la literatura también permitió considerar aspectos existenciales y religiosos^{47, 48} que contribuyeron de manera significativa al bienestar de pacientes con cardiopatía isquémica, pues coadyuvaron a la aceptación y adaptación a la nueva situación de vida. Las creencias espirituales ayudan a los pacientes a encontrar el significado y propósito en la vida, para hacer frente a los problemas derivados de las enfermedades físicas y espirituales. La comprensión de la enfermedad para hombres musulmanes, consiste en la aceptación como parte de la vida y una prueba divina, que a su vez les permite buscar atención y tratamiento. La comprensión de elementos espirituales proporciona a los profesionales de enfermería una base fundamental para ofrecer cuidados centrados en poblaciones culturalmente diversas.

2.6 Etnicidad y género.

Respecto a la perspectiva de género, un meta-análisis publicado en el año 2015 por Galick y colaboradores⁴⁹, concluyó que las mujeres perciben ser estereotipadas por parte del personal salud, quienes pueden considerar que sus síntomas se asocian a situaciones de estrés y no propiamente de la enfermedad. Así mismo, Sutton⁵⁰ reportó como hallazgo principal en su estudio, que las mujeres perciben mayor seguridad física y social al participar en un programa de rehabilitación cardíaca, lo que contribuye a la adherencia al tratamiento, sin embargo, la participación en éstos programas puede verse afectada por el estado civil y el rol que desempeñan las mujeres en el hogar, la posición económica, la inaccesibilidad por razones de localización geográfica, o incluso por el hecho de que dentro del contexto donde fue desarrollado el estudio, las mujeres son referidas en menor proporción para participar en PRHC.

Otros estudios como el de King-Shier y colaboradores del año 2015⁵¹, han planteado la necesidad de comprender factores étnicos asociados a la identificación y reconocimiento de los síntomas del síndrome coronario; éstos factores son básicamente: el lenguaje como una barrera que dificulta la comunicación, y por ende, la expresión de problemas, la sensación de ser una carga para las instituciones de salud, o no tener confianza, o “familiaridad” con el enfoque biomédico y mercantilista del sistema, representando la causa principal de la demora del paciente en la búsqueda de atención para recibir un tratamiento temprano y adecuado, como ocurre en pacientes del Sur de Asia y en mujeres principalmente.

2.7 Transición-Alta hospitalaria.

Diversos estudios han explorado las experiencias de personas con cardiopatía isquémica durante la fase de transición del alta hospitalaria. La fase de transición, descrita por Yasuhara y colaboradores⁵² comprende el momento del alta hospitalaria, donde las personas experimentan confusión y ansiedad relacionadas al propio cuidado que requiere la enfermedad y la dinámica de vida.

Un estudio cualitativo publicado recientemente en Noruega⁵³, identificó en el momento del alta hospitalaria las metas y recursos con las que contaban las personas para adherirse al tratamiento, así como las barreras que podrían dificultar la mencionada adherencia. Los hallazgos indicaron que los pacientes tuvieron dificultades para comprender el contexto de la vida después de la enfermedad coronaria; así mismo, las personas expresan además ansiedad, inseguridad y desánimo por no comprender las causas desencadenantes, y los síntomas derivados de complicaciones de la enfermedad, sin embargo, los pacientes reconocen que el apoyo de familiares y amigos es un recurso importante con el que se cuenta para la mejora del estilo de vida; por otra parte, se han reflejado las limitaciones en cuanto a la interacción de los profesionales de salud con las personas, propiciando un cuidado despersonalizado, mismo que impacta

de manera negativa en la planificación del alta hospitalaria, dificultando la orientación e información satisfactoria para las personas y sus familiares.

2.8 Calidad de vida.

En cuanto a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), ésta ha sido estudiada ampliamente en países como Colombia, con Rojas⁵⁴, quien asoció la adherencia al tratamiento con la CVRS de personas con Infarto Agudo de Miocardio (IAM); en Suecia y España, Bergman y Colaboradores^{55,56}, así como Abreu⁵⁷, y Tanguino-Rosero y colaboradores⁶⁸, describieron que las personas con incertidumbre, duda e inseguridad sobre el control y cuidado de la enfermedad, tienen menor calidad de vida, y por lo contrario, quienes se encuentran en un PRHC, tienen un impacto en la calidad de vida, al repercutir en la motivación, brindando una expectativa positiva de vivir para crear conciencia sobre la enfermedad y tomar medidas para prevenir complicaciones.

2.9 Apoyo Social.

Un elemento importante para las personas con cardiopatía isquémica después del alta hospitalaria, es el apoyo social. En el 2012, Stevens y Thomas⁶⁸ estudiaron a 8 mujeres que egresaron del hospital después de un IAM, quienes consideraron necesario participar en un grupo de apoyo. Dentro de las redes de apoyo, un estudio de cohorte publicado por Green y colaboradores, en el año 2013⁶⁰, demostraron que vivir sin pareja se asocia con menor actividad física después de un Síndrome Coronario Agudo (SCA), en relación con quienes si viven con una pareja o cónyuge. Además de la importancia de la orientación en el momento del alta hospitalaria, Eriksson y colaboradores⁶¹ han descrito que el profesional de enfermería debe identificar la necesidad de apoyo que siente no sólo la persona con la enfermedad, sino la familia y en especial la pareja.

Otros estudios han revelado que las necesidades de quienes han sobrevivido a una enfermedad coronaria, representan una oportunidad para buscar apoyo. Sjöström-Strand, Ivarsson y Sjöberg⁶² documentaron que los pacientes con bajo

apoyo social tienen peor estado de salud y más síntomas depresivos; por su parte, Eriksson, Asplund y Svedlund en el año 2009⁶¹, también documentaron que después del alta hospitalaria, los pacientes pueden conformar una red de apoyo para satisfacer sus necesidades y comenzar a desarrollar la confianza para afrontar el futuro. Todo lo anterior significa que es posible encontrar dentro del enfoque fenomenológico-social de la enfermedad coronaria, una alternativa para comprender las determinantes de sus complicaciones y de los medios para llevar a cabo el tratamiento eficiente.

2.10 Intervención educativa

La efectividad de una intervención educativa antes del alta hospitalaria de pacientes con cardiopatía isquémica, ha sido identificada en estudios cualitativos como el de Eshah⁶³, publicado en el año 2013, el cual concluye que la educación previa al alta motiva a los pacientes a adherirse a un estilo de vida saludable. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta el contexto social e individual del paciente, como lo expresaron Vega y colaboradores⁶⁴ en el año 2014, por lo que el profesional de enfermería debe reconocer durante el desarrollo de una intervención educativa, las circunstancias que influyen en las necesidades de las personas para cumplir con las recomendaciones de cuidado y tratamiento, y **permanecer en contacto cuando los pacientes necesitan información y apoyo.**

La cardiopatía isquémica representa un cambio inesperado en la vida de las personas y con quienes interactúan, ocasionando situaciones que repercuten en aspectos emocionales, económicos y sociales, donde las personas involucradas están obligadas a adoptar nuevos roles. Además, estudios fenomenológicos han expuesto que al regresar a casa, las personas enfrentan dificultades en cuanto a los cuidados, y la dinámica de vida⁶⁵.

La literatura científica que ha abordado las experiencias de las personas ante la enfermedad coronaria sirven de referencia para comprender el fenómeno, sin

embargo, no se ha definido cómo es la experiencia de las personas una vez que se ha generado el egreso hospitalario desde una perspectiva fenomenológica-social; en las revisiones presentadas, están puestos en marcha programas de PS y RHC, pero hoy en día, particularmente en el Estado de Chiapas, no se encuentran establecidos éstos programas, no se ha abordado el problema especificándose lo que sucede con los aspectos relacionados al cuidado y el tratamiento en el hogar, existiendo así un vacío en el conocimiento, por lo que el desarrollo de éste estudio ofrecerá una propuesta que permitirá desarrollar estrategias para dirigir desde un enfoque diferente, el rol del profesional enfermero.

III. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo general.

Comprender las experiencias de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, dentro del contexto de la realidad social.

3.2 Objetivos específicos.

- Describir las acciones sociales de las personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, dentro del entorno sociocultural.
- Identificar los motivos de las acciones sociales de las personas con cardiopatía isquémica.
- Describir el acervo de conocimientos forjado a través de las experiencias de personas con cardiopatía isquémica.
- Identificar elementos relevantes de las experiencias de personas con cardiopatía isquémica.

IV. REFERENTE TEÓRICO.

En el presente capítulo se desarrolla una propuesta de conceptos centrales de acuerdo al referente teórico del trabajo. En primer lugar, se describen los antecedentes de la fenomenología social, con la finalidad de contextualizar los elementos para el posterior análisis de la información recabada. Así mismo, se exponen los elementos principales de la teoría de la acción social, que emerge de la fenomenología social propuesta por el sociólogo alemán Alfred Schütz.

4.1 Propuesta de referente teórico: Teoría de la Acción Social de Alfred Schütz (Fenomenología Social).

El conocimiento y comprensión de las experiencias de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, representa un sendero para el profesional de enfermería que permite el acercamiento al mundo de la vida y la realidad donde se encuentran los principales actores sociales del fenómeno, tales aspectos, involucran el planteamiento de retos para la disciplina, particularmente en el cuidado de la salud cardiovascular, de acuerdo con Herrera y colaboradores⁶⁶; es pertinente considerar además el cuidado desde una perspectiva epistemológica, integrado en la vida diaria, conforme a José Siles y Carmen Solano⁶⁷ lo expresan, está influenciado por el contexto social, político, ideológico, religioso, y científico donde es posible identificar al máximo las necesidades que requieren las personas, considerando que una situación de enfermedad se relaciona con factores socioeconómicos, emocionales y espirituales.

Al comprender la influencia del contexto socio-cultural de las personas en el tratamiento de un padecimiento crónico, como lo es la cardiopatía isquémica, Pinto y colaboradores⁷⁹ han puntualizado que es posible considerar el rol que desempeña el profesional de enfermería como una acción social, dentro del escenario del mundo de la vida, donde se determinan relaciones con otras personas (intersubjetivas), construyendo a partir de las experiencias y la intersubjetividad, la realidad de las personas dentro de ese contexto socio-cultural,

por lo que la atención debe dirigirse más allá del entorno hospitalario, en virtud de que una situación de enfermedad es mejor comprendida desde la perspectiva de quien la padece, ya que engloba la existencia de la persona en su vida social, su entorno, su trabajo, su dinámica de vida y sus relaciones con otros.

En ese sentido, es necesario abordar conceptos útiles para el desarrollo la base teórica de éste trabajo a partir de las acciones de cuidado humano, las relaciones con otros sujetos, y las necesidades de las personas dentro del contexto de la experiencia que representan éstos conceptos para ellas mismas, la participación del profesional enfermero en éste sentido, y las aportaciones que han sido referencia para la práctica asistencial, puesto que es importante considerar que desde la perspectiva epistemológica, es necesario integrar el cuidado dentro de la vida diaria de las personas.

Derivado de lo anterior, a continuación se expresan elementos teórico-conceptuales que representan un referente para el estudio de las experiencias de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, en el contexto de la realidad social. Para comprender el fenómeno descrito, es necesario ubicar el concepto de experiencia dentro de la tradición de la fenomenología social, propuesta por Alfred Schütz.

4.2 Antecedentes de la fenomenología social.

Dentro del estudio de las ciencias sociales, ha existido la necesidad no sólo de explicar los fenómenos, sino de comprenderlos e interpretarlos dentro de la realidad social, fundamentándose en dos tradiciones de la filosofía de la ciencia: la tradición aristotélica, defensora de la búsqueda de la comprensión e interpretación de los fenómenos, y la tradición galileana orientada al análisis experimental y objetivo⁶⁹⁻⁷¹. A principios del siglo XIX, fue Augusto Comte quien consideró los fenómenos sociales como independientes de las acciones de los individuos, rechazando todo conocimiento que no se haya formado de manera objetiva,

considerándose de ésta forma el primer representante del positivismo, y en emplear el término “sociología” para referirse a la ciencia de la sociedad.

Sin embargo, es importante considerar que han surgido nuevas propuestas o alternativas para la construcción del conocimiento en las ciencias sociales, que se relacionan con la comprensión e interpretación de los fenómenos. La crítica al positivismo se orientó hacia el cuestionamiento sobre ¿cómo las ciencias sociales no interpretan o comprenden los fenómenos derivados de las acciones de las personas, a partir del paradigma naturalista?

Al respecto, el sociólogo alemán Max Weber, consideró necesario interpretar y contextualizar los fenómenos vinculando efectos y causas a partir de la individualidad, aportando con ello una metodología comprensiva para la sociología⁷²⁻⁷³. Previamente por su parte, dentro del campo de la filosofía, Edmund Husserl⁷⁴, a principios del siglo XX, expresó la necesidad de comprender la espiritualidad humana, dentro de un mundo práctico y natural que no se cuestiona. De ésta forma, el sociólogo Alfred Schütz, es quien retoma los elementos anteriormente citados para construcción de las bases fenomenológicas de la sociología, considerando las relaciones intersubjetivas entre las personas, así como la experiencia determinada por un contexto sociocultural, como lo es el escenario del mundo de la vida.

Derivado de lo anterior, se tiene que la fenomenología social es una corriente del campo de la sociología con fuertes elementos derivados de la perspectiva fenomenológica, cuyo enfoque social presta atención en los procesos que se relacionan con las personas, las acciones sociales, la intersubjetividad y la vida cotidiana.

4.3 La teoría de la acción social.

La comprensión de los fenómenos para la fenomenología social, es derivada de la reflexión sobre las acciones intersubjetivas de las personas dentro de un contexto socio-cultural. El estudio de tales relaciones se expresa con claridad a partir del pesnamiento de Max Weber, quien situó el concepto de acción social como centro de su teoría.

Más adelante, Alfred Schütz reafirma en su teoría que la acción social se encuentra determinada por la interacción humana o intersubjetividad, dentro del mundo de la vida o contexto social-cultural, donde además las personas utilizan su acervo de conocimientos originado por las experiencias propias que permiten orientar tales acciones hacia un fin.

De acuerdo con Schütz, la acción social⁷⁵⁻⁷⁶:

- Es una conducta significativa para quien actúa.
- Representa el hilo conductor para la comprensión de los significados
- Establece contacto con otra persona.
- Se orienta hacia la conducta del otro (lo que es dado por quienes nos rodean, experiencias intersubjetivas).
- La persona se da cuenta del significado de la conducta del otro y la interpreta.

Así mismo, las acciones sociales poseen motivaciones: los “motivos para” surgen de la conciencia de las personas, representan las expectativas y los objetivos propuestos a futuro, así como la finalidad de las acciones y los “motivos por” justifican las acciones dentro del contexto que representa el mundo de la vida, haciendo alusión al contexto, las experiencias vividas y al acervo de conocimientos.⁷⁵

4.4 El concepto de experiencia.

Al tener la fenomenología social como propósito fundamental la descripción de la experiencia a partir de sus actores principales, es posible retomar el concepto de experiencia como eje central. En el campo de la filosofía, utilizado por primera vez por Edmund Husserl, el concepto de experiencia⁷⁷⁻⁷⁹, habla del “ser-ahí”, del ser en el mundo, y de la acción humana; el sentido de la experiencia es la comprensión de la realidad desde la perspectiva de quien la vive, a partir de la constitución de significados. El término “significado” de Husserl, es utilizado por Schütz para fundamentar el sentido fenomenológico de la sociología, que puede ocurrir en la conciencia de la persona (subjetivo), dentro de un contexto socio-cultural (objetivo).

El concepto de experiencia propuesto por Husserl, como arriba ha sido expresado, tiene su principal proyección en la fenomenología social de Alfred Schütz, quien a su vez retomó conceptos de la nueva sociología comprensiva y antipositivista propuesta por Max Weber, para exponer todo aquello que los actores experimentan, por lo general como no problemático o incuestionable en el mundo de la vida a partir de la subjetividad, que de acuerdo con Nuñez⁸⁰, representa un elemento clave para comprender la acción humana, misma que se lleva a cabo dentro de un escenario conformado por objetos y sujetos. La fenomenología social como corriente del campo de la sociología al inclinarse en la subjetividad, posee de ésta forma un enfoque que presta atención en procesos dinámicos donde intervienen los sujetos, las acciones, la intersubjetividad o relaciones entre sujetos, y el mundo de la vida, introduciendo con todo ello el término “experiencia”.

Con relación a lo anterior, la experiencia, según Schütz y su discípulo Luckmann⁸¹⁻⁸³, se encuentra delimitada dentro de un contexto que es dado por naturaleza, por parte de predecesores e instituciones conformadas, o de otra forma dicho, por estructuras sociales y culturales, que no son cuestionables hasta que surgen situaciones problemáticas, donde las personas tienen que buscar nuevas soluciones para resolver esas situaciones problemáticas, construyendo de ésta

forma la propia realidad social. En síntesis, la experiencia de las personas o sujetos sociales, se edifica dentro del escenario del mundo de la vida cotidiana, que se refiere al contexto socio-cultural y el acervo de conocimientos transmitidos por quienes interactúan con cada persona, y por la experiencia particular obtenida o vivida, éstos elementos son de utilidad para emprender acciones sociales típicas, o respuestas estandarizadas para la resolución de problemas, mientras no surjan situaciones problemáticas.

Retomando los elementos anteriores, tenemos que, en el mundo de la vida cotidiana, las personas con cardiopatía isquémica llevan a cabo acciones típicas o estandarizadas para vivir el día a día en el contexto de las estructuras sociales objetivas (institucionales), y en las estructuras subjetivas y culturales, donde se construye la propia realidad, siempre y cuando no se presenten situaciones fuera del alcance de las posibilidades de resolución.

4.5 Elementos que conforman la fenomenología social.

Un componente de donde parte Schütz para darle sentido a la fenomenología social, es el concepto “acción social” de Max Weber, quien la describió como una conducta humana interna o externa, donde el mismo sujeto le imprime un sentido de intencionalidad, que se orienta a una finalidad u objetivo obtenido a partir de diversos medios⁷²; sin embargo, Schütz enfatiza al respecto que todas las acciones aunque no intencionadas, son sociales, cuya característica particular es la tipicidad, es decir, la acción social es estandarizada y se lleva a cabo a partir del conocimiento obtenido. Así mismo, Herrera⁸⁴ resalta que Schütz retoma de Husserl el término “mundo de la vida”, que es aquél donde las personas ejercen sus actividades, y que es apropiado mediante la lógica, el aprendizaje o la tradición.

Para la fenomenología social propuesta por Schütz, las acciones sociales están sujetas a los límites de las estructuras sociales y culturales del mundo de la vida, que como se ha descrito, es incuestionable para los actores sociales agregando

como componente la intersubjetividad, puesto la persona por naturaleza es un ser social, y se encuentra inmersa en un mundo que se comparte con otros sujetos; así mismo, el mundo de la vida se crea a partir de objetos y sucesos que la persona interpreta y transforma mediante las acciones sociales, encontrándose determinadas por el acervo de conocimientos previos, conformándose por la lógica, el aprendizaje o la tradición, y que le dan ese motivo para operar dentro y sobre la realidad. De ésta forma, las personas con cardiopatía isquémica orientan su tratamiento dentro de un contexto social y cultural, emprendiendo acciones que comparten con las personas que las rodean, mediante la lógica, el acervo de conocimientos y la ejecución constante.

Sin embargo, el acervo de conocimientos originados por experiencias previas, tiene un carácter deficiente si una experiencia nueva no se adecúa hasta lo que ahora ha sido considerado como incuestionable o no problemático, y por lo tanto, como lo plantean Schütz y Luckmann⁸¹, la realidad del mundo de la vida exige una re-estructuración de la propia experiencia, existiendo así una motivación no sólo para cuestionar, sino para reflexionar y buscar un nuevo sentido a las acciones, propiciando así una realidad enriquecida y distinta.

La realidad social, de acuerdo con Roitman⁸⁵, es una forma cultural subjetiva de representar el mundo, y el resultado de la acción del hombre en su entorno en interacción con otros individuos, que se construye y transforma continuamente. Por su parte, Berger y Luckmann⁸⁶, consideraron que la realidad social se construye a partir de una realidad objetiva que está ahí independientemente de quien la observa, conformada por instituciones, y una realidad subjetiva, que no es aislada, sino que se encuentra dentro de una dinámica de relaciones sociales entre las personas (intersubjetividad), y la interpretación que la propia persona hace sobre lo que observa y le rodea.

Para las personas con cardiopatía isquémica, la realidad objetiva es comprendida por las instituciones de salud, el hogar, y todos los procesos dinámicos que se derivan de la relación con las personas que le rodean: la familia, los amigos, los

colegas y los profesionales de la salud, en especial de enfermería, mientras que la realidad subjetiva se encuentra determinada por la comprensión e interpretación que las personas hacen de los procesos del mundo de la vida, en este caso, de cómo llevan a cabo el tratamiento, y cómo las personas que le rodean contribuyen en ello.

La intersubjetividad ofrece la certeza y seguridad plena a las personas de la existencia del mundo de la vida cotidiana, y de lo confiable que puede ser, porque los demás sujetos que le rodean lo perciben de forma similar, lo que repercute en las personas con cardiopatía isquémica la aceptación de la enfermedad para llevar a cabo el tratamiento. No obstante, esa identidad se ve amenazada por la problemática que cuestiona el mundo de la vida, al no existir formas estandarizadas, tipificaciones o recetas para emprender una acción social relacionada con el tratamiento.

4.6 Conceptos centrales.

Una vez planteado el referente teórico que constituye el soporte de éste estudio, se derivan los conceptos principales del fenómeno a explorar, a partir de la fenomenología social de Alfred Schütz.

4.6.1 Experiencia.

La experiencia es el acervo de conocimientos transmitidos por otras personas o adquiridos por las circunstancias o acontecimientos que determinan la ejecución prolongada de una acción social o conducta de la persona en el mundo de la vida, dentro del contexto socio-cultural y se orienta a producir un resultado⁷⁵.

4.6.2 Mundo de la vida.

Es el ámbito contextual de la persona, que simplemente se presupone en la actitud del sentido común; es incuestionable, por el simple hecho de haberse constituido antes de la existencia del sujeto, hasta que surgen situaciones

problemáticas donde no es posible llevar a cabo acciones sociales típicas; es un mundo social y cultural donde el sujeto se relaciona o interactúa de diversas formas.⁸¹⁻⁸²

4.6.3 Realidad social.

Es el medio físico y sociocultural que constituye un aspecto del mundo de la vida, que se conforma por instituciones sociales, donde la persona participa, interviene y ocupa una posición, no sólo en términos de espacio físico o de su status y rol dentro de un sistema social, sino también una posición moral e ideológica, que se construye a partir del acervo de conocimientos y la intersubjetividad.^{74,81-82}

4.6.4 Acción social.

La acción social es una conducta estandarizada o típica orientada a alcanzar un objetivo, y aunque pueda o no planearse, se lleva a cabo dentro de un contexto socio-cultural⁷²⁻⁷³. En el mundo de la vida, las personas con cardiopatía isquémica llevan a cabo acciones a partir de la relación con otros.

4.6.5 Intersubjetividad.

Relaciones dentro un contexto socio-cultural que determinan un sentido a las acciones, y generan un conocimiento. Éstas relaciones se desarrollan básicamente con la familia, los amigos, los colegas, y los profesionales de la salud⁸².

V. METODOLOGÍA.

El diseño de investigación permite la implementación de un estudio para responder a las preguntas sobre el fenómeno. La investigación cualitativa es de especial importancia para el estudio de relaciones sociales, orientándose hacia el análisis a partir de la subjetividad de las personas dentro de sus contextos. Derivado de lo anteriormente expresado, en el presente estudio se desarrolló la perspectiva cualitativa, en virtud de que permitió un acercamiento a las interpretaciones que las personas hacen acerca de cómo viven, sienten y piensan, a partir del entorno social⁸⁷. Con lo anterior fue posible comprender a las personas dentro de su propia realidad, alcanzando una visión integral del fenómeno de estudio.

5.1 Diseño.

El presente estudio es de enfoque cualitativo, fenomenológico y descriptivo. Conforme a lo expresado por De Souza, de los abordajes cualitativos, la fenomenología es el que ha tenido mayor aplicación y relevancia en el área de la salud⁸⁸, y para fines de éste trabajo, ésta tradición es la que ofreció la mejor posibilidad para aproximarse al fenómeno para comprenderlo desde la subjetividad de los principales actores y con ello permitió la reflexión interpretativa de las experiencias.

Así mismo, la fenomenología considera la comprensión de los fenómenos a partir de aspectos comprendidos de la interacción social; así mismo, Solano, Rubio y colaboradores⁸⁹⁻⁹⁰ coinciden en que la disciplina de enfermería precisa de la fenomenología para poder otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos de interés, que en este caso es la experiencia, permitiendo conocer la necesidad de re-estructurar una atención integral de las personas después del egreso de las instituciones de salud, favoreciendo a partir de la comprensión del fenómeno un análisis crítico y reflexivo sobre cómo el profesional brinda la atención a las personas.

5.2 Contexto.

El estado de Chiapas se localiza en el sureste de la República Mexicana, y cuenta con una extensión superficial de 73,311 Km², que representa el 3.8% de la superficie total del territorio nacional. Colinda al norte con el Estado de Tabasco, al este con la República de Guatemala, al sur con el Océano Pacífico y la República de Guatemala y al oeste con los Estados de Oaxaca, Veracruz y el Océano Pacífico.

El estado cuenta con 118 municipios, de acuerdo con el censo de población y vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)⁹¹, se encuentra dividido en 15 regiones socioeconómicas: I Metropolitana, II Valle Zoque, III Mezcalapa, IV De los Llanos, V Altos Tsotsil-Tzeltal, VI Frailesca, VII De los Bosques, VIII Norte, IX Istmo-Costa, X Soconusco, XI Sierra Mariscal, XII Selva Lacandona, XIII Maya, XIV Tulijá Tzeltal-Chol, y XV Meseta Comiteca-Tojolabal. El censo de población y vivienda 2010 refiere además que la población total del Estado es de 4,796,580 habitantes, y los cinco municipios con mayor concentración poblacional son: Tuxtla Gutiérrez, la capital del Estado, Tapachula de Córdova y Ordóñez, Ocosingo, San Cristóbal de las Casas y Comitán de Domínguez.

Chiapas es un Estado con diversidad cultural, en virtud de que más de un millón de habitantes son indígenas agrupados en etnias que poseen características particulares, manifestados en patrones religiosos y culturales, de los cuales, el 37.9% son tseltales, y el 34.5% tsotsiles⁹². Es importante mencionar además que otros grupos representativos son los Cho'les, Mames, Tojolabales, Zoques y Lacandones.

Según el Consejo Nacional de Población⁹³, Chiapas es la segunda entidad con el más alto grado de marginación a nivel nacional; para el año 2012, la entidad se ubicó en el último lugar nacional de Índice de Desarrollo Humano (IDH), 44 de los 118 municipios del Estado se encuentran clasificados con alto y muy alto grado de

rezago social; en éstos 44 municipios habitan 1,445,007 personas, que representan un 30.12% de la población estatal.

Dentro de las características educativas, el INEGI⁹¹ reporta que el 59.6% de la población cuenta únicamente con educación básica, y sólo el 9.8% con educación superior, mientras que el 16.5% no cuenta con ninguna instrucción educativa. En cuanto a los servicios de salud, tenemos que de cada 100 personas, 57 tienen derecho a servicios médicos de alguna institución pública o privada (56.8%), que comprenden el Instituto Mexicano del Seguro Social con el 13%, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado el 4.7%, y al Seguro Popular el 37.3%, mientras que el 41.7% no tiene acceso a servicios médicos institucionales. Es importante mencionar que los hospitales de concentración se encuentran en su mayoría en la capital del Estado, Tuxtla Gutiérrez, así como en Tapachula de Córdova y Ordoñez, San Cristóbal de las Casas y Comitán de Domínguez, donde las personas, en particular con cardiopatía isquémica acuden en busca de atención médica.

En la capital del Estado, Tuxtla Gutiérrez, se encuentran cuatro hospitales públicos de segundo nivel de atención, que funcionan como hospitales de concentración para derechohabientes de las ciudades principales del Estado: San Cristóbal de las Casas, localizada a 57 Km, Comitán de Domínguez, localizada a 149 Km, Tapachula de Córdova y Ordoñez localizada a 371 Km, y Ocosingo a 150 Km de la capital del Estado.

5.3 Participantes.

La estrategia de muestreo es de utilidad para seleccionar a los informantes o participantes del estudio, definiéndose como unidades de selección de individuos específicos que permiten responder a la pregunta de investigación. Con la finalidad de acceder a las personas con cardiopatía isquémica que representaron lo mejor posible el fenómeno de estudio al egreso de la institución de salud, la elección de informantes obedeció a la necesidad de emplear en principio el

muestreo secuencial “snowball” o “bola de nieve”, que consistió en llevar a cabo una selección gradual a partir de un primer informante que a su vez recomendó a un segundo participante, por otro lado, se utiliza la técnica de muestreo intencional homogéneo, mismo que permite seleccionar y describir un grupo muy específico y particular en profundidad, como son los casos de hombres egresados de una institución de salud por cardiopatía isquémica dentro de un año de egreso⁹⁴ ya que coincidiendo con Suri, permitió describir en profundidad un grupo particular de sujetos con perfiles y características particulares sobre el fenómeno de estudio, mismo que posee implicaciones para la práctica de enfermería (el cuidado)⁹⁵⁻⁹⁶

El perfil de los participantes consistió en hombres que cumplieron con la condición de ser egresados hace un año de una institución de salud tras haber presentado cardiopatía isquémica, sin importar que haya sido el primer o subsecuente evento, debido a que fue el primer acercamiento al fenómeno dentro del contexto donde se desarrolló el estudio (no hay estudios previos documentados); así mismo, los participantes aceptaron participar en la investigación previo consentimiento informado; éstos participantes proporcionaron la mejor y más rica información sobre el fenómeno que se investiga, y aportaron elementos interesantes para el análisis en profundidad del mismo, a partir de la subjetividad. Cabe destacar que se identificaron los participantes mediante la letra “P” de “Participante” y número progresivo: P1: Participante 1, P2: Participante 2, P3: Participante 3, P4: Participante 4, P5: Participante 5, P6: Participante 6 y P7: Participante 7.

En cuanto al número de participantes, se determinó el muestreo por el criterio de saturación, definido por Strauss y Corbin⁹⁷ como la recolección de datos guiada por las unidades de significado y conceptos derivados de otros datos obtenidos con antelación, con la finalidad de comparar al máximo acontecimientos o sucesos para identificar propiedades y dimensiones de las categoría emergentes y hacerlas más densas, obteniéndose así la saturación de datos.

5.4 Técnica de recolección de información.

5.4.1 Entrevista semiestructurada.

La entrevista con guía semiestructurada es la estrategia principal que se utilizó en el proceso del trabajo de campo, cuyo propósito, acorde con Álvarez-Gayou⁹⁸, es obtener descripciones del mundo de la vida de los informantes o entrevistados derivados de la interpretación de los fenómenos a partir de los discursos.

Se diseñó una guía de entrevista semiestructurada (Anexo 2), consistente en preguntas orientadoras a partir de los conceptos centrales descritos derivados del referente teórico, con la finalidad de que los temas claves sean explorados; es necesario expresar que se realizó una entrevista “piloto” de tal forma que ha permitido confirmar si las preguntas son comprensibles para el participante, así como reestructurarlas acorde con el diseño y propósito del estudio; se lleva a cabo un total de diez entrevistas, de las cuales sólo se incluyen siete para el presente estudio, en virtud de que tres de los participantes no cumplieron con los criterios tanto de selección como de saturación de la información; es importante mencionar que la investigadora pudo formular las preguntas de acuerdo a la información que los participantes proporcionaron durante la entrevista, de tal forma que se agotaron todos los elementos de relevancia.

Durante la entrevista, se consideraron elementos descritos por Taylor y Bogdan⁹⁹; fue necesario crear un clima de confianza entre el investigador y entrevistado para hablar libremente sobre su propia experiencia, por lo que al momento de contactar a los informantes, se solicitó cita vía telefónica, o a través de un intermediario (persona que conoce al participante), para llevarla a cabo en el domicilio o lugar de preferencia, con objeto de ofrecer un sentido privado y confidencial. Una vez obtenido el consentimiento de los participantes tras explicarse las generalidades, características y objetivos del estudio, las entrevistas tuvieron una duración aproximada entre treinta y noventa minutos, con ello fue posible contar con la mejor y mayor información posible acerca del fenómeno. Durante el proceso, la

investigadora evitó expresar sus opiniones, ya que el flujo de información se produjo de forma unilateral.

5.4.2 Audio-grabación de entrevista.

Las entrevistas fueron audiograbadas previa autorización de los participantes, aumentando con ello la exactitud de la recolección de datos ya que la audio-grabación es una evidencia importante de las palabras exactas de la información que proporcionaron los participantes, lo que permite a la investigadora la transcripción de dicha información palabra por palabra, y con ello estructurar las conversaciones en una forma susceptible de análisis más detallado¹⁰⁰.

5.5 Análisis de datos.

La estrategia de análisis de información dentro de la investigación cualitativa, y particularmente en éste estudio, tiene como objetivo principal comprender el fenómeno en profundidad, por lo que se propuso el análisis de contenido temático, debido a que permitió identificar mejor la información, reconociendo elementos cuya presencia y frecuencia, poseen un significado para el objeto de estudio; para lograr lo anterior, se llevó a cabo una etapa de pre-análisis, donde a partir de la transcripción de las entrevistas, se determinaron unidades de registro (palabra, clave o frase), la delimitación del contexto con la reducción de los textos a palabras y expresiones significativas, para identificar, seleccionar y clasificar las categorías¹⁰¹⁻¹⁰².

5.5.1 El análisis temático desde la fenomenología social.

Considerando que la fenomenología social tiene la finalidad de comprender la realidad de las personas dentro de un contexto socio-cultural determinado, el uso del análisis temático fue pertinente como procedimiento para la sistematización y tratamiento de los datos, de tal forma que con ello se identificó e interpretó cómo se construye la experiencia desde los mismos actores sociales.

Es por ello, que de acuerdo al marco epistémico-metodológico de la fenomenología social de Schütz, se tiene que el análisis propuesto consistió en organizar, identificar, analizar detalladamente y describir temas emergentes para mejor comprensión del fenómeno de estudio a partir de la subjetividad y el contexto de los participantes. Para el cumplimiento de los elementos anteriores, el análisis se desarrolló a través de las siguientes fases propuestas por Mieles, Tonon y Alvarado¹⁰³:

1. Familiarización con los datos, a partir del ordenamiento y clasificación a partir de la transcripción de las grabaciones, así como la lectura exhaustiva del material transcrito; se analizaron palabras, frases e ideas para la construcción de categorías empíricas (aprehensión).
2. Generación de códigos iniciales, que consistió en identificar unidades de significado objeto de análisis y agrupación para definir categorías estableciendo la conexión entre cada uno de los temas por códigos. Se determinó la codificación inductiva (a partir de los datos), y/o codificación teórica.
3. Búsqueda de temas. Una vez realizada la codificación, se procedió a delimitar temas que englobaron, describieron y organizaron la información, de tal forma que fue posible la interpretación y descripción.
4. Revisión de temas. A partir del análisis de las categorías.
5. Definición y denominación de temas de forma definitiva (temas-subtemas).
6. Redacción del informe final. Descripción de los temas y subtemas.

5.6 Temporalización.

Se llevaron a cabo entrevistas con guión temático semi-estructurado entre los meses de Julio de 2016 y Junio de 2017. Durante el proceso, se adecuó la guía de entrevista, en relación con los datos recabados y el análisis para responder la pregunta de investigación.

5.7 Criterios de rigor.

Los criterios de rigor aplicados en el desarrollo de la investigación, obedecieron a la auditabilidad, transferibilidad, credibilidad, consistencia o confirmabilidad¹⁰⁴, que determinaron la adecuación o concordancia teórico-epistemológica entre el problema que se investigó y el referente teórico. Para mantener la credibilidad y confirmabilidad, se evitó realizar prejuicios sobre la realidad estudiada, ya que los hallazgos tienen como característica la auditabilidad, donde los datos son susceptibles de verificación por los informantes que participaron en el estudio, mediante la conservación de las transcripciones originales de las entrevistas y audiograbaciones, garantizando con ello el criterio de auditabilidad.

Para el cumplimiento de los criterios mencionados, se realizó la descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Se cumplió con la consistencia de los datos mediante la descripción detallada del proceso de recolección, análisis e interpretación y a fin de garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes, se realizaron transcripciones textuales de las entrevistas.

Respecto a lo anterior, para la fenomenología social de Alfred Schütz, es imprescindible cumplir con la consistencia lógica, la interpretación de la subjetividad y la adecuación entre la propia experiencia del sujeto y la interpretación-descripción de la investigadora. Finalmente, para evaluar la relevancia y logro de los objetivos planteados, se contrastaron los hallazgos obtenidos en el proceso de investigación con la teoría.

5.8 Consideraciones éticas del estudio.

El presente estudio se desarrolló bajo principios éticos, prevaleciendo el respeto a la dignidad de las personas, de acuerdo a la Declaración de Helsinki¹⁰⁵, así mismo, se consideró el respeto a las creencias y el ambiente donde se encuentran, según el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de

México¹⁰⁶; así mismo, la investigación se desarrolló de acuerdo con los cuatro principios de bioética descritos en 1979 por Tom L. Beauchamp y James F. Childress¹⁰⁷: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Durante el desarrollo de todo el proceso de investigación se mantuvo la confidencialidad y anonimato de los informantes, asignándose códigos o pseudónimos para cada uno de ellos, así mismo, la investigadora informó a los participantes los hallazgos, asegurando que los datos sean usados adecuadamente, solicitando a las personas que validen la interpretación de sus experiencias; para ello, se diseñó una carta de consentimiento informado por escrito (Anexo 3), donde se explicó de forma clara en qué consistió el estudio, su justificación, el objetivo general, se reafirmó la confidencialidad de la información e identidad de la persona, aclarando en todo momento las dudas que surgieron, considerando además la autonomía de los participantes, estableciendo las condiciones necesarias con la finalidad de que puedan decidir libremente sobre su participación.

Así mismo, se explicó a los entrevistados el propósito y procedimiento de la entrevista, sobre el acceso a la información obtenida de la misma por parte de la investigadora, el derecho de la investigadora a publicar toda la entrevista o parte de ella, siempre en condiciones de confidencialidad y la fidelidad de la transcripción.

El formato de consentimiento informado fue firmado por cada participante, la investigadora y uno o dos testigos; así mismo, los participantes conservaron una copia del consentimiento informado, ajustándose con ello a las directrices del Código de Nüremberg¹⁰⁸, sobre lo esencial del consentimiento voluntario, sin la intervención de vicios de la voluntad, o cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño u otro factor.

Dentro de los aspectos legales, se consideró una investigación que no utiliza intervención alguna que represente riesgo para la vida e integridad de las personas, de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud¹⁰⁹.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente capítulo contiene una organización sistemática de la información, así como el correspondiente análisis detallado de los discursos de los participantes, obtenidos a partir de la metodología descrita en el capítulo anterior. En primer lugar, se presenta la información sociodemográfica de los participantes y posteriormente se exponen las unidades de significado de los discursos analizados, así como las agrupaciones en temas, subcategorías y categorías.

6.1 Descripción de los participantes.

Los participantes del presente estudio, fueron hombres que cumplieron con la característica de haber sido hospitalizados por presentar cardiopatía isquémica; las edades oscilan entre los 43 y 68 años. Los participantes tienen antecedentes de riesgo cardiovascular, tales como: heredo-familiares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabaquismo, consumo de alcohol y exposición a humo por uso de leña para cocinar. En el Anexo 4, se presentan los datos sociodemográficos más relevantes de los informantes, cuyas entrevistas fueron analizadas para efectos de presentación de éste capítulo.

PARTICIPANTE NÚMERO 1 (P1).

Es un profesor rural de 64 años de edad, desde hace mucho tiempo se dedica a dirigir organizaciones campesinas, es originario del Municipio de Copainalá, localizado a 69 Km de la capital del Estado Tuxtla Gutiérrez, donde reside desde hace más de veinte años; es casado por tercera ocasión, con cuatro hijos, el más pequeño de ellos de tres años de edad con su actual esposa. Ha tenido tres hospitalizaciones por cardiopatía isquémica, la primera en el año 2005, y la última en el 2016; considera que el infarto fue consecuencia de una insuficiencia renal que padece desde hace muchos años: “sigo cargando la insuficiencia renal desde hace 20 años, y ya el infarto”, además de diabetes. Con el primer infarto que presentó en el año 2005, fue enviado a la Ciudad de México por parte de la institución de salud a la que pertenece como derechohabiente (Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado –ISSSTE-), donde recibió la noticia que la mitad de su corazón estaba “perdido” por el infarto, situación que le impactó negativamente, por lo que durante los primeros tres años se mantuvo aislado, con agustia y mucho temor, hasta que le realizaron un cateterismo cardiaco, que le brindó seguridad al estar en mejores condiciones y volver a hacer su vida normal. Menciona que su caso es distinto a los demás, ya que debido a que ha apoyado a muchas personas tiene una red de amigos médicos que se movilizan cuando necesita apoyo; su actual esposa lo apoya en los cuidados habituales de alimentación, cumple con su tratamiento farmacológico de forma permanente, e incluso hasta donde le sea posible económicamente compra medicamentos de patente, pues considera que tienen mejor efecto que aquellos que le proporciona la institución de salud. Una de las motivaciones que tiene para cuidarse y vivir más tiempo es su hijo menor; opina que el sistema de salud “simulado”, que únicamente se preocupa por cubrir el requisito de brindar la atención, “que son muy pocos los médicos y los agentes de salud que están comprometidos realmente con la enfermedad y con el paciente” y es mejor prevenir las enfermedades desde la niñez.

PARTICIPANTE NÚMERO 2 (P2).

Es un odontólogo, de 52 años de edad, originario y residente de San Cristóbal de las Casas, Chiapas; es casado y vive con su esposa. Fue hospitalizado en el año 2016 por haber presentado un Infarto Agudo al miocardio. Fue trasladado a Tuxtla Gutiérrez, donde le realizaron intervencionismo coronario, describiéndolo como un proceso traumático para él mismo porque se complicó durante el mismo, por lo que estuvo hospitalizado dos días en la unidad de terapia intensiva de un hospital particular, y posteriormente durante diez días en un hospital público. Al egresar de la institución de salud, comenta que le recomendaron realizar su vida normal, sin embargo él tenía muchas dudas e inquietudes sobre qué era reintegrarse a una vida normal, por lo que investigó por su cuenta a través de internet obtuvo información sobre cuidados para personas que han tenido un infarto, acudió a consulta con cardiólogo particular, y debido a la orientación de un amigo

cardiólogo, se realizó estudios en la Ciudad de México para estratificación de riesgo cardiovascular, lo que le proporcionó mayor confianza para reintegrarse a sus actividades. Refiere que no se le dificulta llevar a cabo las recomendaciones alimenticias, así como el tratamiento farmacológico, que lo único que se le dificultó al principio fue realizar actividad física porque no estaba habituado, pero ahora lo ha superado. Su familia, en especial su esposa y una red de amigos médicos han sido de gran soporte para mantenerse en un estado óptimo, además de su afición por la música, ya que en sus tiempos libres se dedica a un grupo musical que ha conformado con amigos y familiares.

PARTICIPANTE NÚMERO 3 (P3).

Es un comerciante activo de 45 años de edad, casado con una enfermera, tiene tres hijos: dos de ellas enfermeras de profesión y el más pequeño estudiante de bachillerato; es originario de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Es diabético y se infartó en el año 2015, y el ISSSTE le subrogó un cateterismo cardiaco (angioplastia coronaria) y considera los médicos hicieron un buen trabajo porque no ha sentido mayores molestias. Reconoce que aún no puede evitar el consumo de alcohol, que le gusta la “buena comida” en grandes cantidades, por lo que se le dificulta cumplir con las recomendaciones alimenticias e incluso ha suspendido en ocasiones su tratamiento farmacológico cuando acude a fiestas o convivios. A pesar de lo anterior, ha tratado de alimentarse lo más sano posible, pero considera que siente que ha “fallado”, y cuando acude a consulta siente pena porque lo pueden “regañar” por no llevar a cabo las medidas necesarias para mantenerse en buenas condiciones.

Otra de las razones que le dificultan llevar a cabo una alimentación adecuada, es que la mayor parte del tiempo come en la calle debido a que en casa nadie cocina; sabe que es lo que debe hacer para cuidarse, sin embargo expresa que es fácil “caer en tentación” , y además es necesario “vivir intensamente”; una de las preocupaciones que tiene es el hijo más pequeño quien aún no ha concluido sus

estudios, siente temor de que en un futuro se complique su padecimiento, por lo que expresa que quisiera que el final de su vida llegue de forma instantánea.

PARTICIPANTE NÚMERO 4 (P4).

Es originario de Tuxtla Gutiérrez, de 43 años de edad y trabaja como vigilante en una escuela; es casado y tiene una hija que estudia la carrera de trabajo social; no es derechohabiente a una institución de salud en particular, por lo que fue hospitalizado en el año 2016 a causa de un infarto agudo al miocardio en un hospital para población abierta, que a su vez tiene convenio con una institución privada donde se llevó a cabo angioplastia coronaria. Modificar sus hábitos alimenticios fue muy difícil, pero considera que actualmente se ha adaptado, por otra parte, se le dificulta adquirir por su cuenta el tratamiento farmacológico, ya que es caro y la institución de salud donde fue atendido no cuenta con éste, a pesar de ello, no ha interrumpido el tratamiento.

Las personas que lo han apoyado principalmente en su cuidado han sido su esposa e hija; así mismo, expresa que sobrevivir a la enfermedad es una nueva oportunidad que le ayuda a valorar y apreciar más la vida, y por lo tanto cuidarse. Las preocupaciones que lo motivan a seguir adelante son su familia, el trabajo y la ayuda de Dios.

PARTICIPANTE NÚMERO 5 (P5).

Es originario de Tuxtla Gutiérrez, de 52 años de edad, profesor de educación física y vive en unión libre con una maestra de educación primaria. Desde hace muchos años participa en maratones, y durante uno de ellos tuvo un desfallecimiento que lo motivó a realizarse estudios donde fue confirmado que tenía un problema con tres arterias coronarias; a partir de ahí le realizaron un cateterismo cardiaco (angioplastia), y en la actualidad aún participa en maratones.

A pesar de ser derechohabiente al ISSSTE, prefirió acudir con cardiólogo particular y posteriormente al Instituto Nacional de Cardiología, puesto que un familiar lo apoyó para ser atendido allá. La razón por la cual no acude al ISSSTE es porque no le da “confianza definitivamente”.

En un inicio cuando le dieron el diagnóstico y recomendaron evitar la actividad física, se estresó demasiado porque el ejercicio es una pasión para él, aunque después del tratamiento intervencionista aún tuvo un gran temor al participar en maratones, por lo que expresa que se encuentra en un proceso de “recuperar la confianza”; anteriormente creía que con realizar mucha actividad física compensaba el exceso en la alimentación y actualmente cumple con las medidas complementarias al tratamiento. Su esposa ha sido el mayor apoyo que ha tenido para cuidarse, y también una gran motivación para estar bien y vivir la vida disfrutando.

PARTICIPANTE NÚMERO 6 (P6).

Taxista de 60 años de edad, tiene dos hijos de su anterior matrimonio y actualmente vive en unión libre por segunda ocasión con una maestra de educación primaria; es originario de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Fue hospitalizado por primera vez en el año 2013 debido a un infarto agudo al miocardio, así mismo, ha tenido dos rehospitalizaciones más: en Junio y Diciembre de 2016 respectivamente. Tiene antecedentes heredo-familiares de enfermedad cardiovascular.

Reconoce que en los dos primeros infartos se confió al sentirse bien, por lo que no cumplió con las recomendaciones alimenticias y sobre todo interrumpía el tratamiento farmacológico. Su esposa es quien ha sido un gran apoyo en el tratamiento farmacológico, en la alimentación y cuidados cotidianos.

Es derechohabiente del ISSSTE y en una ocasión anterior fue rechazado para un cateterismo cardiaco (angioplastia coronaria) en tercer nivel, actualmente se

encuentra en espera de respuesta de trámite, y comenta que a pesar de ya tener información por parte de su cardiólogo, tiene muchas dudas y temores sobre el procedimiento.

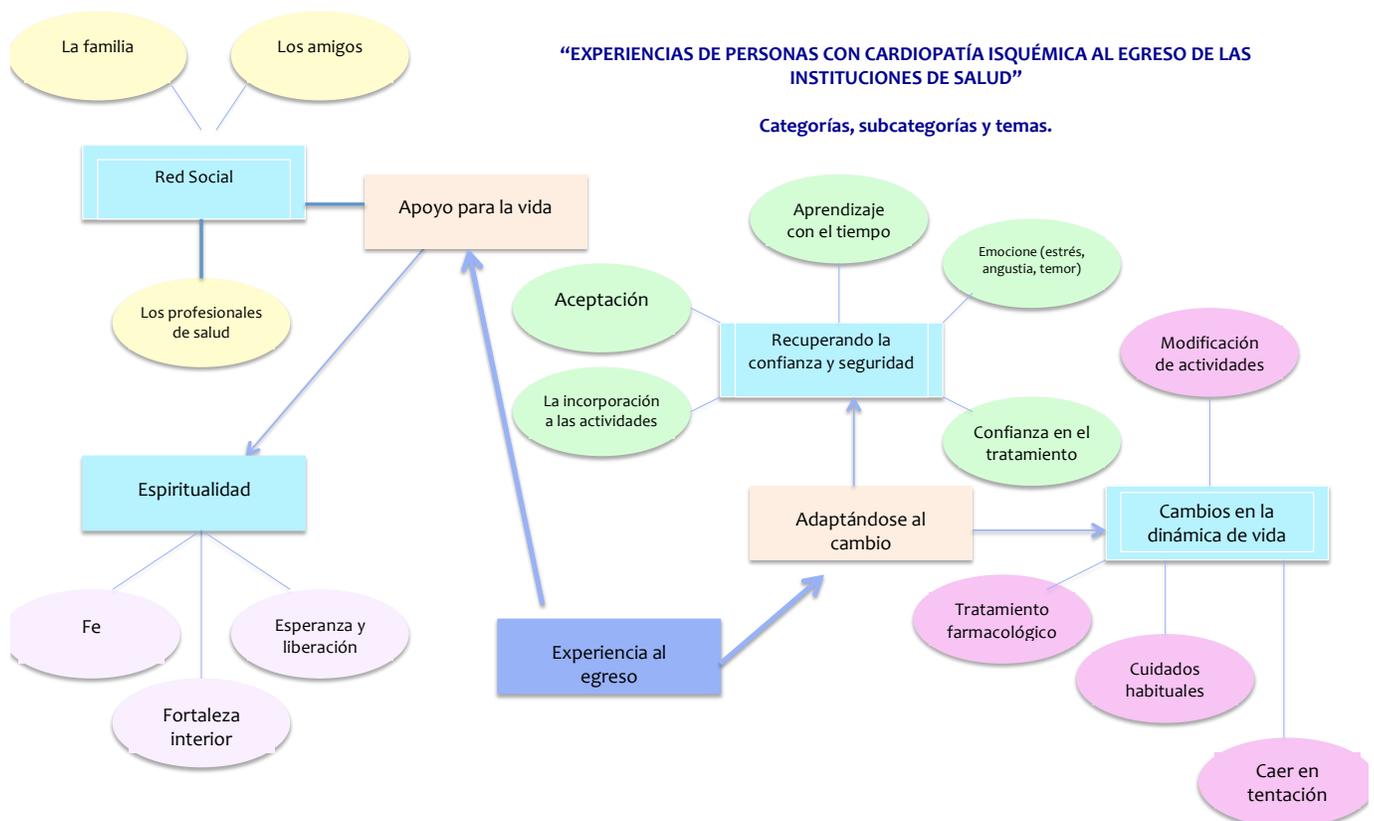
PARTICIPANTE NÚMERO 7 (P7).

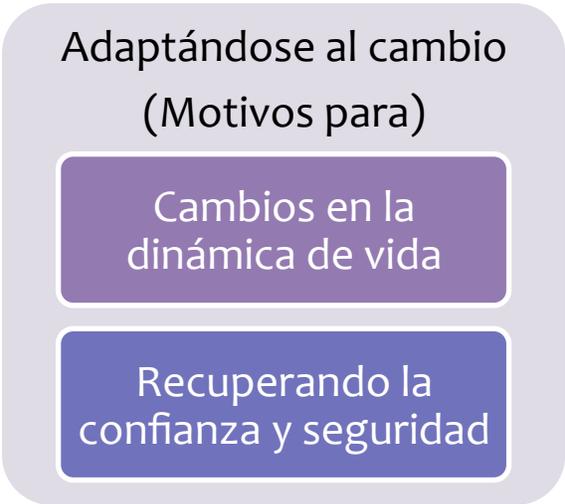
Es originario de Tonalá, Chiapas, un municipio localizado en la Región Costa del Estado de Chiapas; tiene 64 años de edad, vive con su esposa que es ama de casa y los tres hijos viven de manera independiente, uno de ellos indocumentado en Estados Unidos. Fue hospitalizado por primera vez por un Infarto al miocardio en el año 2003, en ese entonces era derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y fue enviado a tercer nivel en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde le realizaron un cateterismo cardiaco, pero no pudieron resolver el problema de oclusión arterial, posteriormente se reincorporó rápidamente a su vida laboral, ya que trabajaba como pescador e incluso tuvo confianza en continuar con los mismos hábitos alimenticios.

Posteriormente presentó un infarto en el año 2008 y reconoce que continuó con la misma dinámica de vida; para Octubre del año 2016 fue hospitalizado de nuevo por infarto en un hospital de alta especialidad en Tapachula, situación que complicó aún más su estado de salud, actualmente requiere cirugía de revascularización coronaria y se encuentra realizando los trámites y cumpliendo con lo necesario para poder ser intervenido lo más pronto posible; al principio no aceptaba la cirugía a corazón abierto pero debido a su condición general ya que tiene dolor y fatiga permanente. La familia ha sido un apoyo incondicional para él.

6.2 Categorías y subcategorías.

Una vez realizado el proceso de transcripción de las entrevistas, se llevó a cabo lectura y relectura de las mismas, identificándose unidades significativas para análisis, que a su vez han permitido la agrupación por temas, subcategorías y categorías preliminares. Las categorías definitivas se delimitaron al cumplirse el criterio de saturación de datos; es así que de acuerdo con los discursos de los participantes, la experiencia al egreso de las instituciones de salud comprende: la adaptación al cambio y el apoyo para la vida. Así mismo, es posible realizar un análisis de los elementos identificados a la luz de teorías y otros trabajos realizados que han abordado las experiencias de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud.





6.2.1 PRIMERA CATEGORÍA: “ADAPTÁNDOSE AL CAMBIO”.

Para las personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, el proceso de **ADAPTACIÓN AL CAMBIO**, de acuerdo con la teoría de la acción social de Alfred Schütz, se determina por la motivación, al identificarse acciones que se emprenden con la finalidad de obtener un resultado a largo plazo, desarrollándose de forma continua. Con base en lo anterior, dentro de ésta categoría se identifican los “motivos para” de las acciones que las personas llevan a cabo con la finalidad de alcanzar un objetivo, un resultado, que en este caso, es preservar la vida, la condición del estado de salud, y evitar complicaciones.

La categoría “adaptándose al cambio” se conforma por dos subcategorías: cambios en la dinámica de vida, y recuperando la confianza y seguridad.

6.2.1.1 Cambios en la dinámica de vida

A partir del egreso hospitalario por una enfermedad como la cardiopatía isquémica, los cambios en la dinámica de vida involucran una serie de acciones sociales, de acuerdo con la fenomenología social de Alfred Schütz, caracterizadas por la ejecución de conductas que se llevan a cabo con la intención de producir un resultado, que en éste caso es evitar complicaciones, conservar el estado de salud, y por ende, la vida. Tales conductas son intersubjetivas, es decir, intervienen otros sujetos que rodean a las personas en cuestión, con la finalidad de lograr el cumplimiento de los objetivos, y a su vez son subjetivos, se encuentran dentro de la conciencia de los sujetos. Los cambios en la dinámica de vida son acciones que realizan las personas sobre los hábitos anteriores, es decir, a partir de la inserción de nuevas conductas encaminadas a modificar aspectos como la alimentación, la actividad física, el tratamiento farmacológico, el desempeño de nuevos roles, y un proceso de adaptación a la nueva condición de salud caracterizado por temores, aislamiento, hasta llegar a la aceptación de la enfermedad y con ello mantener el bienestar, evitar complicaciones y vivir.

Al egreso de la institución de salud, la persona y su familia se encuentran frente a una realidad determinada por el cambio de la dinámica de vida, de los roles que se desempeñan, así como la necesidad de implementar medidas para reintegrarse a la vida social y laboral, como se sustenta en los siguientes discursos:

“Cambia todo, cambian tus relaciones sexuales, cambian tus relaciones de trabajo, cambian tu alimentación, cambian tu disciplina para tus medicamentos”. (P1)

“En la mañana trabajo uno o dos pacientes y rápido, entonces me la fui llevando muy leve, hasta que después me dijeron que ahora sí hiciera mi vida normal, sin miedos, si abrí los dos turnos, tal vez si reduje un poquito mi horario pero sobre todo para que me de tiempo de ir a hacer ejercicio”. (P2)

“Pues si ha cambiado porque se puede decir que el cambio es algo pesado no poder hacer nada, no poder ayudar, no poder siquiera recoger algo” (P7)

Los primeros años son descritos como un periodo donde se mantiene depresión, aislamiento, preocupación y angustia, en virtud de que la enfermedad generó un gran impacto. Así mismo, después de conocer la nueva condición de salud, las personas experimentan diversos temores al regresar al hogar, tales como sentimientos de estrés, observándose en los discursos a continuación.

“Me dieron de alta y estuve en mi casa, escondido, descansando todo el tiempo, arrinconado, no salía a ninguna parte, estuve encerrado, enclaustrado realmente tres años. En las noches me despertaba gritando desesperadamente. (P1).

“La verdad si salí con, con miedo, porque no es una cosa sencilla lo que me pasó. Esa era mi preocupación: si iba a poder hacer lo que hacía de por sí, si iba a quedar bien, si iba a vivir, si podía trabajar” (P4)

“A mi cuando me dicen <no vas a poder a hacer el mismo tipo de ejercicio> me empieza un estrés porque toda mi vida ha sido mi pasión, y eso me estresaba más que no pudiera yo hacerlo, me estresaba demasiado” (P5)

“Pues le digo que estaba acostumbrado a salir, y me sentía mal, me sentía deprimido, necesitaba volver a mi actividad” (P6)

También se expresan sentimientos de temor y desesperación relacionados con el tratamiento de la enfermedad y el riesgo inminente de que pueda presentarse una complicación, e incluso la muerte.

“Es una angustia que siente que se va a morir en cualquier momento, temblaba, me estresaba demasiado. Sabes que es el impacto que te generó ” (P1).

“Era un temor a no querer a morir, a tener un infarto y no se pueda hacer nada”. (P5).

“El temor que he tenido siempre pues el cateterismo, sólo me han dicho cómo es, pero no sé así que se siente, ese es el temor.” (P6)

“A veces estoy durmiendo cuando siento el dolor, me despierto, y ahí es cuando entra no un temor sino una desesperación que no se quita con la pastilla” (P7)

Una de las preocupaciones fundamentales son las deficiencias y debilidades que se sienten para retomar de nuevo las actividades de la vida diaria, en virtud de que se considera que después de un infarto nada es igual, la dinámica de vida se modifica porque no es posible actuar como se hacía antes:

“Entonces cambias en tu dinámica de vida totalmente, después de un infarto ya nada es igual. Sientes que tienes deficiencias, debilidades, y ya no te sientes tan audaz como antes, esa es una de las preocupaciones fundamentales”.(P1)

“Fuimos a consulta al mes, el médico me dijo <empieza a hacer tu vida normal y empieza a hacer poco a poco tu vida, del trabajo aguántate un poquito, nada más trata de estar un ratito en la mañana, más descanso, más reposo y tu alimentación> a pesar de que nunca tuve colesterol, ni triglicéridos, ni hipertensión, ni nada de nada, todo fue por el sedentarismo y el hábito del tabaco”.(P2)

“La preocupación cuando salí del hospital era si podía trabajar, ahorita usted ve que por la edad, por los estudios ya no quieren dar trabajo”. (P4)

“Desde la segunda vez que me dio (el infarto) entonces desde ese tiempo no he podido trabajar” (P7)

Las preocupaciones que las personas manifestaron al regresar al hogar después de la hospitalización por un padecimiento crónico, suelen deberse al temor de tener nuevas complicaciones, y la reinserción a la vida laboral. Solano¹¹⁰ expuso de acuerdo con la teoría de la acción social de Alfred Schütz, en su trabajo sobre las vivencias de las personas que han sufrido un infarto agudo al miocardio tras un año de evolución, que los “motivos para” de las acciones sociales se encuentran

representados por las expectativas frente a la enfermedad, caracterizándose principalmente por incertidumbre y temor, elementos que se han encontrado en el proceso de recolección de datos de la presente investigación. Ayala en el año 2012¹¹¹ exploró la adaptación de personas con dispositivos de apoyo cardiovascular, y el resultado fue descrito como un proceso caracterizado por emociones negativas como la angustia, el temor, la inseguridad, producido por el desconocimiento de la enfermedad y los cuidados o medidas necesarias, así como el impacto generado por la experiencia cercana a la muerte. De la misma forma, Castañeda¹¹² en el 2014, así como Attebring, Et., al¹¹³ (2005), destacaron las preocupaciones sobre un futuro incierto. Tales datos coinciden con las respuestas emocionales de personas con cardiopatía isquémica al egreso hospitalario en el presente estudio, quienes refirieron preocupaciones sobre la reinserción laboral, temor y angustia

Zavala, Verdejo y Díaz-Loving, en el año 2015¹¹⁴ evidenciaron el estrés por las preocupaciones relacionadas con el empleo, la familia, así como el impacto económico, en pacientes con cardiopatía isquémica, factores que a su vez influyeron en rehospitalizaciones. Lo anterior coincide además con los casos presentados, ya que en algunos de ellos, las personas han tenido más de dos rehospitalizaciones.

“En el 2010 tuve una angina de pecho muy difícil, me dejó en paz hasta hace como dos meses, que volví a sentir una sensación de angustia otra vez como cuando te da un vacío en el pecho y sudaba demasiado, eso me llevó a que me hospitalizara” (P1)

“El primer infarto fue el 4 o 5 de mayo del 2013, pasaron como tres años y me vuelven a internar en Junio de 2016, entonces me volvieron a tratar otra vez cuatro o cinco días y el 8 de diciembre, fui al hospital y ahí detectaron pues me detectan que es un infarto otra vez” (P6).

“El infarto que me dio primero fue cuando tenía 50 años, me hospitalizaron como unos ocho días, la segunda vez fue más recio como unos 15-20 días y de ahí me dieron de alta y ahora por el mes de octubre (del 2016), me pegó de nuevo” (P7)

De acuerdo con los discursos de los participantes, el cambio en la dinámica de vida se determina por la modificación de rutina, de las actividades y el

cumplimiento de las recomendaciones necesarias para mantener el cuidado, tales cuidados implican una serie de medidas relacionadas, con el seguimiento de nuevos hábitos alimenticios, el tratamiento farmacológico y la actividad física, dentro de las posibilidades de la persona, con el objetivo de evitar complicaciones; a su vez, la persona se reintegra a sus actividades de tal forma que no involucre o comprometa de nuevo su estado de salud:

“He estado con medicamentos todos los días, lo que tengo es que soy muy cuidadoso con los horarios de mis medicamentos y la dosificación que me indican” (P1)

“Ya no hago cosas pesadas, trato de llegar lo más tranquilo porque se que si me agito, se me agita el corazón si cargo pesado, al hacer algo fuerte, late con más fuerza” (P3)

“El doctor me dijo que me cuidara, que esté tomando mis medicamentos, que tenga mi dieta, porque si yo me quiero ir en una semana, si me quiero morir, que yo coma de todo, que deje de tomar mis medicamentos y con eso” (P4)

“Entonces me instalan el stent, y me dan las recomendaciones, los cuidados y que podía hacer poco a poco, me dijeron que podía regresar a mi vida cotidiana únicamente con el cuidado del alimento y el medicamento controlado” (P5).

“Me dijeron que no debiera hacer esfuerzos pesados, que tuviera yo mucho cuidado, pero en la primera como yo lo tomé que era algo sencillo, si seguí trabajando casi un año más, vino el segundo infarto ya más recio, me evitaron el trabajo” (P7).

Particularmente, la actividad física representa una parte de los cambios en la dinámica de vida, porque en algunos casos las personas requieren incorporarla con la finalidad de complementar el tratamiento por considerarla como un apoyo al mismo, sobre todo porque comprenden que es parte del cuidado que requieren en conjunto con otros aspectos como el tratamiento farmacológico y la alimentación. Ésta actividad física se realiza de acuerdo a las posibilidades de las personas, sin comprometer el estado de salud y van desde realizar caminatas, hasta el uso de bicicleta:

“He estado apoyando mi tratamiento de medicamentos con caminar en promedio de 5 a 7 kilómetros diarios” (P1)

“Pues no hago mucho ejercicio, caminar nada más, levantar cosas pesadas no, porque es malo” (P4)

“Cuando fue el primer infarto si todavía hice caminatas, montaba yo bicicleta, pero ya la tercera vez, fíjese que no se ha dado que yo camine, que yo monte bicicleta, que yo haga ejercicio, pero yo creo que es necesario” (P6)

“Yo soy muy adicto casi al ejercicio mañana y noche y abusaba de la mala alimentación pensando que con el ejercicio lo eliminaba, entonces cuando me aclaran de que la mala alimentación se queda en las arterias, pues ya empiezo a cuidar la alimentación” (P5)

Conforme a lo anterior, dentro de los cambios en la dinámica de vida, los discursos de los participantes coinciden con los hallazgos de estudios publicados por Maldaner et. al¹¹⁵, Junehag et. al, en el año 2014¹¹⁶, así como Condon y McCarthy en el 2006¹¹⁷, donde pacientes con enfermedad cardiovascular incluyeron la necesidad de cambios en el estilo de vida al egresar de la institución de salud, tales como los hábitos alimenticios, la actividad física, el manejo del estrés, y las dificultades al inicio para realizar tales modificaciones. Simonÿ y colaboradores en el 2015¹¹⁸ describieron la actividad física como un elemento primordial en los estilos de vida de personas que se encuentran bajo rehabilitación cardiovascular, sin embargo, el presente estudio no coincide al respecto, en virtud de que los discursos de los participantes hacen mayor énfasis en la alimentación.

El cumplimiento de las recomendaciones alimenticias es de gran importancia para evitar nuevas complicaciones de la enfermedad coronaria. Sin embargo, aunque se tenga el conocimiento de cómo cumplir cabalmente con las medidas alimenticias, no es fácil lograrlo, ya sea por exceso de confianza, o por caer en tentación. Es pertinente mencionar además, que la persona comprende que la actividad física es importante, pero no la única medida que debe cumplirse, ya que es necesario modificar los hábitos alimenticios; en principio, el cumplimiento de las recomendaciones alimenticias puede ser descrito como difícil de llevar a cabo, en virtud de que estilo de vida tiene que modificarse.

“Compramos sal baja en sodio y más verduras, la comida lo que son carnes casi me alejé, pero te digo fue el cambio de alimentación más estricto”. (P2)

“Soy comerciante, entonces si estoy fuera de la casa, no puedo llevar una dieta bien la verdad. Sabemos los seres humanos lo que debemos comer y no estando enfermos, o estando sanos, sabemos que debemos llevar una dieta baja en grasas, baja en colesterol, pero somos reacios en seguirlo, lo más rico es lo prohibido. A veces caigo en tentación”. (P3)

“Al principio si dificultaba porque estaba acostumbrado a comer de todo y comer bastante, pero ahorita, pues ya lo que me dieron gracias a Dios lo he estado haciendo, ya bajé 10 kilos”. (P4)

“Si, es costoso adaptarse a esa alimentación que deja uno de comer eso, y de repente se come una comida prohibida. Me sigo cuidando con los alimentos, cosas de refrescos, de grasa y todo eso” (P7).

Considerando que las recomendaciones alimenticias son proporcionadas en mayor parte por profesionales médicos y no nutricionistas, los discursos hacen notar que la información recibida al respecto es generalizada y susceptible de propiciar dudas, por su parte, estudios como los de Chen y colaboradores¹¹⁹ (2016), han descrito las dificultades para ajustarse a los nuevos hábitos y por lo tanto, mantener una alimentación adecuada debido a la necesidad de mayor información, nivel de instrucción y costumbres de las personas.

De acuerdo con las experiencias de los participantes, al principio se cumplen con las recomendaciones debido al temor de presentar complicaciones de la enfermedad, sin embargo conforme transcurre el tiempo, la fuerza de voluntad para llevar a cabo hábitos alimenticios saludables puede verse modificada por exceso de confianza; un estudio que coincide al respecto, fue publicado en el año 2011 por Doyle, Fitzsimons, McKeown y McAloon¹²⁰, quienes describieron la fuerza de voluntad, la motivación propia, el temor de sufrir de nuevo un infarto, como factores por los cuales las personas deciden cumplir adecuadamente con los hábitos alimenticios, aunque requirieron de un apoyo adicional de tal forma que sea posible diseñar estrategias para brindar ese soporte necesario.

Por su parte, el cumplimiento del tratamiento farmacológico es un aspecto relevante para las personas, de tal forma que ellas mismas tienen que buscar

alternativas para asegurarse en la medida de lo posible, tanto adquirir como adherirse al tratamiento:

“Ahora si tienes que andar con la campanita que te dice: ¡hey, tus medicamentos!, ¡si!, ya tienes que ir cargando tus pastillas donde quiera que vas”(P1)

“Soy muy estricto yo, aquí tengo alarmas en el teléfono, en eso si soy muy exacto, no soy muy dado a tomar medicamentos pero ahora si cumplo”. (P2)

“De los medicamentos, la verdad yo si los compro, pues los tenemos que comprar, son gastos duros, son caros”(P4)

“Los medicamentos si trato que en la mañana estén presentes y todas las noches”(P6)

Por otro lado, existen situaciones donde es difícil cumplir con el tratamiento farmacológico después de un periodo de tiempo, a pesar de reconocer que se ha fallado al respecto:

“A mi me gusta beber, es mi problema, entonces de repente me salgo de mi, y de ahí si no me tomo mis pastillas, entonces ahí es cuando digo yo que fallo, pero de ahí por lo general trato lo más que se pueda”.(P3)

“Cuando salí del hospital con pastillas ya de por vida, pasó el tiempo, pero se vuelve uno a confiar otra vez, pasó un año y empecé a volver a mi misma vida de antes: trabajar y pues tomar en los convivios y cuando tomaba, dejaba de tomar mis pastillas”(P6)

“Llegó el tiempo que me controlé y ya andaba bien, la cosa que me fui con otro médico y me dijo que ya estaba bien que ya no tomara nada, ahí yo confiado pues dejé de tomar todos los medicamentos”(P7).

Es importante mencionar que la fenomenología social de Schütz expresa que las acciones sociales son intencionadas, y se llevan a cabo para cumplir un objetivo. En el caso de personas con cardiopatía isquémica, una vez que han egresado de las instituciones de salud, se enfrentan a un mundo de la vida o escenario diferente al que tenían antes de la enfermedad, a una realidad que ahora es cuestionable, y por tanto, es preciso construir un nuevo acervo de conocimientos,

forjado en el día a día, donde es preciso aprender a realizar los cuidados necesarios.

En cuanto a los cuidados de la enfermedad coronaria, los datos puntualizan dos vertientes principales: los cuidados relacionados con el tratamiento farmacológico de la enfermedad: y los no farmacológicos, mismos que pueden ser complementados con otros cuidados de mantenimiento; cada uno de los cuidados señalados, son imprescindibles para mantener la confianza en retomar las actividades diarias, sin embargo, es necesario mantener un equilibrio entre las recomendaciones no farmacológicas y las farmacológicas.

Al respecto, es pertinente citar a Collière¹²¹⁻¹²², quien describe los cuidados de tratamiento de la enfermedad, y los cuidados de costumbre o cuidados habituales, que engloban todas las recomendaciones no farmacológicas, representando un área de oportunidad para el trabajo de enfermería, donde es posible clarificar e identificar elementos que conforman el cuidado, basado en conocimientos, tecnología, así como creencias y valores.

6.2.1.2 Recuperando la confianza y seguridad

La adaptación al cambio además de relacionarse con un proceso encaminado a llevar a cabo los cuidados cotidianos, el cumplimiento de las medidas alimenticias y aquellos relacionados con el tratamiento de la enfermedad, involucra un proceso de recuperación de la confianza y seguridad obtenida a través de la propia persona, de la búsqueda de alternativas para sentirse en condiciones de realizar la reinserción a la vida lo mejor posible.

Recuperar la confianza y seguridad es una subcategoría que se define como un proceso que surge a partir de la necesidad de contar con alternativas para superar la dificultad de reanudar las actividades de manera independiente, y se logra mediante factores relacionados con el reconocimiento y aceptación de la condición de vida y salud, para asumir la responsabilidad de mantener el cuidado, la comprensión sobre los nuevos cambios en los estilos de vida, para finalmente lograr una independencia; lo anterior es un proceso gradual y continuo que va

desde la dependencia y el temor, hasta la confianza y optimismo sobre la posibilidad de hacer una vida normal, atribuidos a la motivación de vivir para estar con los seres queridos.

Inmediatamente al egreso de la institución de salud, los discursos de los participantes resaltan que cuando la persona se encuentra sola, crece la sensación de angustia y temor, razón por la cual se necesita forzosamente el apoyo de alguien a quien le tengan confianza, para recuperar la seguridad y tranquilidad.

“¿Qué otra cosa te puedo decir novedosa que pasa con los cardiópatas? Que cuando están solos, crece la sensación de angustia, necesitan forzosamente el apoyo de alguien a quien le tengan confianza y que tengan localizable; sabiendo que tienen eso, regresa un poco la confianza hacia la persona” (P1)”

“Al principio si tenía miedo y platicando con amigos que también sufrieron un infarto, me decían: <no te preocupes, tú vas a sentir pulsaciones y te vas a espantar y ya no vas a querer hacer eso que estabas haciendo porque ya sentiste que te agitaste> y si al principio si sentía yo, o presta uno más atención” (P2).

“Pero ahorita que me dio esto (el infarto), no me dejan salir solo” (P4)

Como se ha mencionado, un aspecto importante en el día a día de las personas con cardiopatía isquémica, es la aceptación de la nueva condición de vida y salud, encontrándose por un lado, la aceptación de la enfermedad, de la condición nueva tal y como presenta. La aceptación de la enfermedad es un proceso activo, donde la persona materializa todas las medidas posibles de manera optimista, para lograr la continuidad de la vida. Sin embargo, en otras situaciones, la aceptación de la enfermedad se vincula a un proceso de duelo e incluso negación de la condición de salud y gravedad por parte de las mismas personas:

“Ya tengo que empezar a entender que estoy viejo, me agacho, me levanto, me mareo, siento que me voy a caer, este entonces me detengo un rato hasta que pasa, y ya pasó, y empiezo a hacer mi vida normal, pero ya es una serie de cuidados” (P1)

“Pienso que hay otras personas que tienen su enfermedad más fuerte, tal vez o más. Estoy mal del corazón, es una parte esencial, pero hay que vivir intensamente la verdad” (P3).

“Si, el duelo, la aceptación, decir: ¿por qué a mi si hago tanto ejercicio y me cuido tanto?”.(P5).

Cuando las personas comprenden lo que implica la enfermedad en sus vidas y que la reinserción a las actividades de la vida diaria es un proceso que requiere tiempo, la situación exige tener que asumir el control de la situación a partir de medidas que permitan brindar seguridad, confianza y tranquilidad. Lo anterior determina que no es suficiente aceptar la enfermedad, sino que además es necesario empezar a retomar las actividades, y de esta manera superar las limitantes mediante acciones encaminadas a lograr un fin determinado: que en este caso es recuperar la confianza:

“La otra cosa que he estado pensando hacer, es andar (con) una plaquita, donde diga: <yo soy enfermo cardíopata, si algo me pasa, llamen a tal teléfono>, es decir, cositas como esas que le dan más seguridad para andar tranquilo”. (P1)

“Yo corría con un temor grande de que no se me elevara la frecuencia cardiaca y tuve que comprar un reloj que me de la frecuencia cardiaca. Ya lo voy controlando, con frecuencia cardiaca” (P5)

“Fíjese que cuando fue la primera vez, salí del hospital, les dije si podía trabajar, me dijeron que necesitaba tiempo para agarrar otra vez mi vida normal, entonces lo que hacía era acompañar a mi esposa a ir a caminar”, (P6)

La recuperación de la confianza y seguridad se construye al percibir la realidad, aceptarse a sí mismo para enfocarse en retomar las actividades, y llevar a cabo acciones intencionadas para mantener la vida y el bienestar, hasta lograr a comprobar que si es posible llevar a cabo la reanudación o incorporación a las actividades de manera normal.

“Si, ya tengo una vida, casi no he parado mis actividades sólo cuando me siento realmente mal. Entonces a lo mejor es la edad, tengo que empezar a entender que estoy viejo, empiezo a hacer mi vida normal, pero ya es una serie de cuidados” (P1).

“Ahora aprecio más la vida, antes decía: si me voy a morir, me voy a morir de algo, la verdad se arrepiente uno, ahorita valoro más la vida” (P4)

“Estoy en un proceso de recuperar la confianza porque te queda un temor, a partir de ahí llevaba cinco maratones corridos y ahorita acabo de terminar uno, entonces recupero la confianza, ya ví que si puedo llevar una vida normal, controlada” (P5).

Sólo en los primeros días cambia mucho, pues me da miedo de hacer algunas actividades que se forcen, pues ya después se va regularizando, trabajo normal, como normal, duermo normal, todo bien. (P6).

Con base en la fenomenología social de Schütz, dentro del escenario del mundo de la vida, las personas con cardiopatía isquémica disponen de un acervo de conocimientos que influye en las acciones sociales que llevan a cabo, mismas que se cuestionan al momento de regresar al hogar después de la hospitalización porque existe la necesidad de replantear o construir nuevos conocimientos para modificar la dinámica de vida, la alimentación, la actividad física, los cuidados habituales, el tratamiento farmacológico, y establecer con ello un proceso de recuperación de la confianza y seguridad:

“Yo me infarté hace 11 años, me llevó una escuela como de 8 años entender varias cosas”. (P1)

“Regresando aquí a la casa ¿qué tanto es la vida normal”, ¿qué tanto puedo hacer?, ¿qué si, qué no?, ¿qué es lo normal?, entonces empecé a investigar lo de la rehabilitación cardíaca, mientras pasaba el tiempo empecé a buscar en internet, videos y ahí vienen los ejercicios normales que debes hacer.” (P2)

De acuerdo con lo anterior, la adaptación al cambio representa para la persona un aprendizaje adquirido a través del tiempo, donde se logra comprender cómo llevar a cabo las medidas para el cuidado, y para recuperar la confianza e incorporarse a una vida normal. Siguiendo los conceptos de la teoría de acción social de Schütz, se identifica que el aprendizaje con el tiempo conforma el acervo de

conocimientos, que representa para las personas el cúmulo de experiencias antes, durante y después de la enfermedad, y se relaciona con la historia de vida de la persona, su entorno y las actividades de la vida diaria durante el proceso de adaptación al cambio. En este sentido, los discursos de los participantes son acordes a los hallazgos planteados por Kerr y Fothergill-Bourbonnais¹²³ en el año 2002, acerca del aprendizaje para vivir con las restricciones de la enfermedad y con ello ajustar regímenes alimenticios, farmacológicos y actividad física.

Estudios como los de Bhattacharyya, et., al, (2016)¹²⁴, Smith, et., al¹²⁵, y Egan, et., al., (2011)¹²⁶, también coinciden sobre la importancia del retorno a las actividades de la vida diaria, sin comprometer el estado de salud, la modificación de hábitos, la aceptación de la condición de salud, y por ende, la capacidad de superar las limitaciones del padecimiento, como parte esencial en el logro de recuperación de la confianza. Finalmente, acorde con los resultados del presente estudio se encuentra un estudio sobre experiencias de mujeres después de la enfermedad coronaria publicado por Wieslander y colaboradores en el año 2016¹²⁷, ya que se documenta la habilidad de adoptar un sentido de confianza a partir del proceso de recuperación y la vida diaria.

Así mismo, el proceso de recuperación de la confianza implica tener que tomar el control de la situación, como en los hallazgos de Dullaghan y colaboradores (2014)¹²⁸. Una metasíntesis publicada en el año 2012 por Mentrup y Schnep¹²⁹ muestra que personas con enfermedad coronaria establecen una nueva rutina de vida y cambios de la perspectiva respecto a su enfermedad, aunque por un lado persiste el temor de sufrir un nuevo evento cardiovascular; otro estudio como el de Ononeze et. al, en el año 2009¹³⁰, ha evidenciado que la experiencia de personas se encuentra representada por la necesidad de aprender a aceptar y vivir con la enfermedad; las aportaciones de los trabajos anteriores coinciden con los discursos de los participantes del presente estudio, quienes refirieron que aceptaron la enfermedad y sus limitaciones para reanudar recuperar la confianza y sus actividades, sin embargo, no se enfatiza concretamente cómo se lleva a cabo el proceso de recuperación de la confianza y seguridad, ya que ésta va más allá del trabajo de los profesionales de la salud, sino de la propia persona, de las

motivaciones que permiten a las personas llevar a cabo acciones intencionadas para recuperar la confianza y adaptarse al cambio propiciado al egreso de la institución de salud.

6.2.2 SEGUNDA CATEGORÍA: “APOYO PARA LA VIDA”

A fin de contar con un soporte necesario para lograr la reintegración a la dinámica de vida, las acciones o conductas intencionadas que ejecutan las personas requieren de la intervención de un componente social: las relaciones intersubjetivas, otro concepto importante para la fenomenología social. La intersubjetividad se refiere a las relaciones con otros sujetos e instituciones que rodean a las personas con cardiopatía isquémica. Es así que el apoyo para la vida es una categoría que se define como el elemento intersubjetivo conformado por el sentido de cercanía a un ser superior mediante la espiritualidad, las redes sociales (familia y amigos), así como los profesionales de salud, en quienes las personas con cardiopatía isquémica buscan un soporte para realizar las acciones necesarias para alcanzar sus objetivos: evitar complicaciones de la enfermedad y mantener la vida, representando además los “motivos por” de las acciones sociales, que se encuentran representados por el contexto de los individuos. Al egresar de las instituciones de salud, existe dependencia de otras personas para llevar a cabo las actividades, resaltando de ésta forma la importancia del apoyo espiritual, familiar, social, familiar, y por parte de las instituciones de salud.

El apoyo para la vida es una segunda categoría conformada por tres subcategorías: la espiritualidad, la red social conformada por la familia , los amigos, así como la atención recibida por parte de la institución de salud, durante el proceso de hospitalización, y al egreso. Todo lo anterior tiene un impacto significativo para el proceso de reintegración de las personas a la dinámica de vida, y conforma la experiencia.

6.2.2.1 Espiritualidad.

La adaptación al cambio es un proceso dinámico y no tan sencillo en virtud de que, después de la vuelta a la vida tras una experiencia cercana a la muerte, en un inicio la realidad se encuentra representada por angustia, inseguridad, y pérdida de independencia para la persona, por las dificultades de llevar a cabo la reanudación de actividades y medidas de cuidado; precisamente en estos casos

es donde el rol que desempeña la red social conformada por familia y amigos, los profesionales de salud (enfermeros, médicos, nutriólogos), y la espiritualidad en el acompañamiento de la persona con cardiopatía isquémica, es determinante, ya que fortalece la confianza para la reincorporación a la dinámica de vida. La espiritualidad es un componente que brinda el apoyo esencial para la vida, en virtud de que permite a las personas mantener la fe, el alivio, y la calma de forma inexplicable para sobrellevar la condición de salud, y es determinante para construir una fortaleza interior con el objetivo de superar los problemas:

“Espero en Dios que me funcione el mayor tiempo posible el corazón”. (P3)

“Desde que salí del hospital le di gracias a Dios por haberme dejado otra vez acá, con mi familia, con mi hija, con mi esposa.” (P4)

“Tenemos la confianza en Dios” (P7)

Como un proceso de gran impacto para la vida, las personas pueden atribuir la sobrevivencia gracias a la fe y plena seguridad y confianza a partir de una nueva oportunidad de vida, se refugian en el apoyo religioso con la esperanza de mantenerse positivos, mejorar el afrontamiento, y encontrar el significado y sentido a la vida después de la enfermedad, permitiendo el desarrollo de una fortaleza interior, con la finalidad de encontrar la aceptación de la enfermedad y el destino. Otro aspecto notable, con mucho significado dentro de los discursos, son las expresiones de fe en las acciones divinas de un ser supremo que permitió la resurrección o vuelta a la vida tras una experiencia cercana a la muerte; de ésta manera la espiritualidad se refleja en el agradecimiento por la oportunidad concedida para mantener la vida y la salud:

“Llegué al hospital grave, no supe de mí hasta el tercer día, que con Jesucristo resucité”(P1).

“Ahora que me dio el infarto, hablaba bien fuerte, le pedía a Dios que no me llevara de ésta manera, que me dejara estar vivo, que me dejara ver a mi esposa, a mi hija, a mi familia, y si gracias a Dios me lo concedió” (P4)

“La Biblia nos dice que Dios nos ofrece un cielo nuevo, una tierra nueva y todo, pero esta tierra que nos puso es algo maravilloso, algo hermoso, entonces no queremos dejarlo” (P7)

Así mismo, la espiritualidad incluso influye en la toma de decisiones de aceptar el tratamiento para prolongar la vida, en tener la voluntad para cuidarse y contar con lo necesario para lograrlo:

“Pues le digo que el problema que tenía del alcohol era muy fuerte, muy arraigado, pero bendito sea Dios lo estoy superando” (P6)

“Si Dios lo permite voy a volver, esa preocupación si anda uno, pero yo lo hice con la decisión confiando en Dios que si me va a volver a prestar la vida otro tiempo más” (P7)”

El desarrollo de la espiritualidad es un factor importante que forma parte de la experiencia de personas con cardiopatía isquémica al egreso hospitalario y coincide con lo documentado por Sánchez-Herrera¹³¹, quien enfatiza sobre el impacto favorable en la salud debido a las creencias y prácticas espirituales, situación que en los hallazgos presentados en ésta investigación no son excepción, en virtud de que los participantes reportaron que la creencia en Dios les ayuda a superar sus problemas y estar agradecidos por una nueva oportunidad de vida; así mismo, los datos del presente estudio convergen con los hallazgos de Momennasab y colaboradores (2012)¹³², al abordar la experiencia espiritual de musulmanes respecto a la búsqueda del apoyo espiritual para establecer una conexión con Dios y enfrentar el destino; por su parte, Silva¹³³ ha demostrado los aspectos religiosos como una estrategia de afrontamiento de la enfermedad cardiovascular para buscar atención y tratamiento, un aspecto que no se identificó en el discurso de los participantes del presente estudio, ya que la espiritualidad en éste caso brinda fortaleza interior, pero no es determinante para la búsqueda de atención, sino más bien en la toma de decisiones para contar con un tratamiento, al igual que los resultados del estudio de Galdas y colaboradores en el 2012¹³⁴.

6.2.2.2 Red social

Además de la espiritualidad, la red social es una subcategoría que se define como el apoyo que las personas con cardiopatía isquémica reciben por parte de la familia y los amigos, de cuyo impacto dependen las motivaciones que impulsan el presente-futuro de las personas, de tal forma que puedan realizar los cuidados necesarios, la seguridad y la vida. Es pertinente enfatizar que los “motivos por” de las acciones sociales se determinan por el contexto de los individuos, donde se encuentran aquellos sujetos que interactúan en el mundo de la vida, como las instituciones sociales y las instituciones de salud. Quienes intervienen dentro de las redes de apoyo social son la familia y los amigos. La familia, en primera instancia, resulta ser un soporte imprescindible, tanto para la adherencia al tratamiento, la alimentación y la actividad física recomendada, como para el apoyo moral y la motivación para seguir adelante.

“Mi mujer es muy activa, muy segura, es rápida, entonces me da también cierta seguridad que esté. El hecho de que tengas un chamaco chico también te da ánimo para que hagas las cosas bien, te cuides lo mejor posible” (P1)

“Valoro mi vida y me voy a cuidar, estoy muy consciente de cuidarme, para prolongar mi vida lo más que se pueda, por la familia.” (P5)

“No queremos dejar a nuestros hijos, entonces por ese motivo estamos echándole todas las ganas” (P7)

Así mismo, el apoyo para la vida por parte de la familia es importante para mantener los cuidados necesarios: tanto en la alimentación, en la actividad física, como económicamente; es por ello, que la familia asume también la responsabilidad para mantener un acompañamiento a las personas:

“Tengo una esposa muy buena, la verdad le doy gracias a Dios que me la puso en mi camino porque ha estado en las buenas y en las malas, en todo.” (P4)

“Aquí mi esposa me apoya en la comida, en el ejercicio, en el <<no te excedas>>, en todo”(P5).

“Mi esposa, también mis hijos, económicamente, cuando voy a la cita ellos me ayudan.” (P7).

De las principales responsabilidades que asume la familia en el apoyo para la vida de las personas con cardiopatía isquémica, procurar hábitos alimenticios saludables es lo esencial, y básicamente las esposas se reflejan en los discursos de los participantes, ellas son quienes desempeñan el rol de contar lo necesario para cocinar y con ello mantener la alimentación adecuada, en caso contrario, al no ser posible mantener la alimentación saludable, las personas atribuyen tal situación al hecho de que en casa no cocinan.

“Mi esposa es la responsable de tener siempre verduras, frutas y de cocinar”. (P1)

“La verdad como en mi casa no cocinan, como en la calle” (P3)

“Mi esposa mi hija me apoyan en el cuidado, mi comida, en todo; a veces si se me antoja comer algo, unos taquitos, pero me lo aguanto, a veces mi esposa me hace unos taquitos de carne asada, sin grasa” (P4)

Por su parte, la red de amigos representa un soporte complementario para las personas, con la finalidad de buscar la atención requerida en las instituciones de salud, siendo en casos especiales de preponderante importancia:

“Tengo una red de amigos médicos que normalmente se mueven de inmediato cuando algo me pasa Yo creo que mi enfermedad la he llevado mejor que cualquiera porque tengo una serie de apoyos y amigos.” (P1)

“Tengo muchos amigos que me hablan cómo sigo, cómo estoy” (P4)

“Cuando me hicieron la angiogramía resulta que si tengo obstruidas tres arterias coronarias, entonces busco la manera de, de ser tratado en el hospital, tenía un sobrino que estaba ahí, y a través de él hago el contacto y me voy, estoy allá internado una semana en lo que me hicieron algunas pruebas y estudios” (P5).

Tal como se ha descrito con antelación, el apoyo social es un elemento clave para el afrontamiento de la enfermedad crónica, como en éste caso la cardiopatía isquémica, lo que concuerda con estudios como el de Vega y González¹³⁵ en el año 2009; al respecto, los participantes del presente estudio afirmaron que el apoyo social conformado por familia y amigos, tiene una influencia positiva en la experiencia de las personas, impacta en la dinámica de vida, y en los cuidados requeridos; por su parte, García y colaboradores en el 2015¹³⁶ identificaron que con el apoyo social existe acompañamiento a la persona en cada etapa de la enfermedad: desde el momento en que se presenta, hasta el regreso al hogar, esto último se encuentra reflejado en los discursos de los participantes del presente estudio, coincidiendo con una revisión sistemática publicada García, et., al¹³⁷, así como Simon y colaboradores en el año 2013¹³⁸, en virtud de que el apoyo social implica la adaptación de la familia a la nueva condición de salud de la persona que presenta el padecimiento, mediante cambios potenciales en la rutina y los estilos de vida.

Haber sido hospitalizado por cardiopatía isquémica, representa para los pacientes la supervivencia ante un estado de salud crítico, que requirió en su momento de atenciones y cuidados específicos, el egreso de la institución de salud se encuentra determinado por un momento en el que es de prioridad realizar modificaciones en la dinámica de vida, recuperar la seguridad y contar con el apoyo necesario para mantenerse con vida, coincidiendo con Karlsson y colaboradores¹³⁹ puesto que las experiencias y necesidades de personas al egreso hospitalario, implican cuidado propio dentro de las posibilidades, siendo necesario recurrir a la familia para encontrar apoyo.

Respecto a la atención recibida al egreso hospitalario por parte de los profesionales de salud, los discursos de los participantes determinan la influencia de la atención que se proporciona en el seguimiento de las recomendaciones sobre el tratamiento de la enfermedad. Es importante destacar que se presentan situaciones donde la persona tiene acceso al tratamiento farmacológico por parte

de la institución de salud. Así mismo, un elemento de vital importancia que brinda apoyo para mantener la vida, además de recuperar la seguridad en las personas, consiste en comprobar la efectividad del tratamiento y las recomendaciones que brindan los profesionales médicos, en virtud de que posibilita la reanudación de las actividades.

“Me dio cierta seguridad ya saber que de alguna forma con la revisión y los tratamientos ya estaba en mejores condiciones y me permitió volver hacer mi vida otra vez normal”. (P1)

“Estoy maravillosamente bien la verdad, muy bien porque me hicieron un buen trabajo. Desde hace dos años, me ha respondido bien el corazoncito”. (P3)

“Entonces creo que la intervención y el buscar a las personas profesionales que me ayudaron, pues detectaron bien ¿no?, le atinaron bien y eso me da la tranquilidad, la confianza”. (P5)

Un elemento importante al egreso hospitalario, se encuentra representado por el conocimiento de las medidas necesarias de cuidado, a partir de las recomendaciones que las personas recibieron por parte de los profesionales médicos:

“En cuanto a las recomendaciones, muchas verduras, poca grasa” (P3).

“De hecho los doctores nos dicen no grasas, no refrescos pero de una manera más general”. (P6).

“Me dijeron que no debiera hacer esfuerzos pesados, que tuviera yo mucho cuidado”. (P7).

Souza y Queluci¹⁴⁰ identificaron las necesidades de apoyo y orientación de pacientes con falla cardíaca al momento del egreso hospitalario, enfatizando la información oportuna como parte del plan de alta hospitalaria, e incluso la preparación para el egreso hospitalario, cuyo proceso resulta ser complejo. Los hallazgos anteriores son acordes con los resultados del presente estudio, ya que los participantes refirieron que recibieron información al egreso hospitalario por

parte de profesionales médicos, sobre los cuidados de la alimentación, la actividad física, el tratamiento farmacológico y la reinserción laboral.

De acuerdo con las categorías que emergieron a partir de los datos de los participantes, la experiencia después de una enfermedad coronaria representa un proceso que requiere reconstrucción de la realidad social, a partir de los cambios en los estilos de vida, el proceso de recuperación de la confianza, el apoyo social y la espiritualidad, descrito a su vez por Kristofferzon y colaboradores en el 2008¹⁴¹, y se documenta con las entrevistas de los participantes de éste trabajo.

Finalmente, es pertinente mencionar que considerando a los participantes abordados en el presente estudio, se coincide con una revisión sistemática publicada por Emslie en el 2004¹⁴², debido a que existen pocos estudios que han explorado exclusivamente las experiencias de hombres que egresaron de las instituciones de salud por cardiopatía isquémica, desde la perspectiva de rol social.

A partir de lo descrito con anterioridad, es importante mencionar que cada uno de los procesos que involucran la adaptación al cambio, y el apoyo para la vida de las personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, convergen en lo descrito por Meleis¹⁴³, pues la experiencia al egreso resulta ser una etapa de vida representada por eventos críticos, donde existe interacción entre las personas dentro del contexto ambiental, así como el cambio de roles, necesidades, demandas y expectativas.

VII. CONSIDERACIONES FINALES.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos en el presente estudio, es posible determinar que la experiencia de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, es un proceso dinámico que involucra no sólo a la persona enferma, sino a los actores sociales que interactúan diariamente en el escenario del mundo de la vida, tales como la familia, las redes sociales (amigos, iglesia) y los profesionales de salud.

La experiencia al egreso hospitalario representó un proceso de transición caracterizado por: temor, angustia tras el impacto causado por la enfermedad, modificación de actividades, un proceso interactivo donde las personas encuentran en la espiritualidad y el apoyo social la seguridad para recuperarse de las limitaciones de la enfermedad y prolongar la vida. Dentro de éste proceso dinámico, a partir de las categorías y subcategorías que emergieron en el proceso de recolección de datos, se concluye que la experiencia al egreso se encuentra representada en los siguientes términos:

La experiencia al egreso es un proceso de transición donde las personas llevan a cabo acciones intencionadas de forma persistente para adaptarse al cambio de un proceso de aparente salud, a un estado donde es necesario recuperar la confianza y seguridad, pues la vida se encuentra en riesgo si no se cumplen las medidas necesarias, justificándose de ésta forma los “motivos para” y los “motivos por” de las acciones sociales.

La experiencia al egreso hospitalario representa para las personas una adaptación al cambio de forma continua, un aprendizaje con el tiempo acerca de las medidas de cuidado pertinentes, la formación de un acervo de nuevos conocimientos dentro de un escenario diferente, como lo que significa el regreso al hogar después de un periodo de hospitalización por enfermedad crónica y principalmente sobre cómo es posible recuperar la confianza y seguridad ante la vivencia de un evento donde la vida estuvo en riesgo inminente.

La presente investigación permitió definir además que las personas logran recuperar la confianza y seguridad mediante un proceso que se origina a partir de la presencia de emociones negativas como estrés, temor y angustia, la necesidad de búsqueda de información acerca de la enfermedad y el tratamiento para propiciar un aprendizaje a través del tiempo para posteriormente aceptar la enfermedad e incorporarse de nuevo a las actividades de la vida diaria

Así mismo, la experiencia al egreso se encuentra determinada por la intersubjetividad. La persona es un ser social, y por tanto siempre se mantiene en interacción con otras personas para sobrevivir, por lo que dentro de la relación que existe entre la persona enferma y otros actores sociales involucrados en un proceso como el egreso hospitalario por una enfermedad coronaria, el apoyo para la vida representa un papel fundamental, existiendo de ésta forma tres aspectos donde es posible mantener un seguimiento y soporte para evitar complicaciones de la enfermedad: la espiritualidad, las redes sociales representadas por la familia, y los amigos, así como la institución de salud.

En lo que respecta a la espiritualidad y las redes sociales, las personas encuentran fortaleza, motivación y soporte para adaptarse al cambio y encontrar la seguridad y protección a fin de evitar complicaciones de la enfermedad y mantenerse en las mejores condiciones posibles, tales elementos involucran aspectos socioculturales, considerando que el Estado de Chiapas se caracteriza por la diversidad de creencias y costumbres.

Referente al papel que desempeñan los profesionales de salud, los participantes deducen que se ha ofrecido lo necesario para continuar viviendo, existe confianza en éste sentido, lo que representa un área de oportunidad particularmente para enfermería, para brindar atención y seguimiento más individualizado, desde la fase de hospitalización, como en la transición del alta hospitalaria y el hogar; cabe mencionar que la mayoría de los participantes tenía antecedentes heredo-familiares de enfermedad cardiovascular y han tenido reingresos hospitalarios, por lo que es importante seguir considerando la prevención desde el primer nivel de atención.

Una revisión sistemática publicada en el año 2016¹⁴⁴, deja en evidencia que las intervenciones educativas de enfermería, así como estrategias como uso de tecnologías de la comunicación encaminadas a promover el seguimiento, han demostrado ser de efectividad para mantener la adherencia farmacológica de personas con enfermedad cardiovascular. Santaularia y colaboradores¹⁴⁵, ha demostrado la eficacia de un programa de seguimiento efectuado por enfermeros para la supervisión de entrenamiento físico para reducir readmisiones hospitalarias y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, así como la reinserción laboral.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, el conocimiento de experiencias de personas dentro de su contexto sociocultural representa un área de oportunidad para orientar intervenciones de enfermería desde la planificación del alta, instrumentar el seguimiento individualizado a fin de mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones de la enfermedad.

- La experiencia al egreso es un proceso de adaptación, caracterizado por la modificación de las actividades, el cambio de roles dentro de un sistema social, como lo es la familia, incluso el temor y angustia tras el impacto que ha propiciado la enfermedad, y la misma experiencia cercana a la muerte. Todo ello representa para la persona la necesidad de gestionar por sí misma su propio cuidado.
- La experiencia al egreso es un proceso interactivo, donde la persona encuentra un soporte para la vida en las redes de apoyo social como la familia, y los amigos, principalmente, lo que confirma el carácter intersubjetivo de las acciones sociales dentro del escenario del mundo de la vida.
- Las expectativas a un determinado plazo comprenden la experiencia, puesto que todas las acciones tienen la intención de producir un resultado, que en este caso es mejorar los síntomas y prolongar la vida.

Finalmente, es pertinente expresar que la experiencia al egreso de las instituciones de salud, se refleja por una etapa de transición donde el profesional

enfermero tiene un área de oportunidad para emprender un seguimiento y cuidado personalizado desde la hospitalización, hasta la atención en el hogar. El presente estudio contribuye a la identificación de necesidades de las personas dentro de un contexto donde no se han desarrollado programas de rehabilitación cardiovascular.

7.1 APORTACIONES A LA DISCIPLINA

Es importante considerar que una de las atribuciones principales de la disciplina de enfermería se encuentra centrada en los núcleos conceptuales que orientan el cuidado de las personas, en este caso con enfermedades crónicas como la cardiopatía isquémica. Es preciso mencionar que actualmente dentro del contexto en el que se desarrolló el presente estudio, las personas con cardiopatía isquémica llevan a cabo la gestión propia del padecimiento, mediante acciones intersubjetivas que tienen como objetivo prolongar la vida y recuperarse de las limitaciones de la enfermedad.

De acuerdo con lo anterior, y considerando los hallazgos obtenidos, el presente estudio aporta una visión diferente a la disciplina dentro del contexto desarrollado en virtud de que es necesario sensibilizar y redireccionar el trabajo de enfermería encaminado hacia la prevención primaria y secundaria respectivamente, de tal forma que exista un impacto favorable para contribuir en el cuidado y el estado de salud de las personas.

7.2 APORTACIONES A LA PRÁCTICA

El conocimiento de las experiencias al egreso de las instituciones de salud, representa un área de oportunidad para profesionales de enfermería en la gestión del cuidado desde la planificación del alta, y el seguimiento individualizado, por lo que de acuerdo con los hallazgos descritos, se identifican las siguientes aportaciones a la práctica del presente estudio:

- Diseño de programas de prevención primaria, secundaria y rehabilitación cardiaca multidisciplinarios dentro de las instituciones de salud, así como la atención en el hogar.
- Establecer el abordaje de las personas con cardiopatía isquémica desde el ingreso para instrumentar grupos de apoyo.
- Capacitación y sensibilización a profesionales de enfermería con la finalidad de instrumentar programas de seguimiento individualizados para personas con cardiopatía isquémica y sus familias.
- Instrumentar un plan de alta de enfermería (al egreso hospitalario) para:
 - Identificar las necesidades de las personas antes, durante y después del egreso
 - Diseñar programas de rehabilitación domiciliarios. Ensayos clínicos aleatorizados han encontrado efectos favorablemente significativos en la calidad de vida relacionada con la salud, ansiedad actividad física, nivel de dependencia y medicación a través de seguimiento domiciliario de pacientes con infarto al miocardio durante varias semanas después del egreso¹⁴⁶,
 - Establecer un seguimiento personalizado y oportuno. Dentro del proceso posterior al alta hospitalaria, la persona es vulnerable a riesgos, por lo que las habilidades y el nivel de conocimientos para el cuidado son fundamentales, y dentro de estas condiciones es donde el trabajo de enfermería es fundamental.
- Iniciar una línea de investigación para justificar la necesidad de integrar la rehabilitación cardiaca dentro de la institución de salud, así como desarrollo de programas de atención domiciliaria donde el profesional enfermero lleve a cabo un seguimiento en el hogar de soporte para las personas que permita la disminución de factores de riesgo mediante intervenciones educativas encaminadas a la adherencia al tratamiento, así como el seguimiento de recomendaciones relativas a la alimentación, de tal forma que sea posible determinar si la atención domiciliaria puede asociarse a disminución de reingresos hospitalarios por complicaciones de la enfermedad.

7.3 APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN

Las categorías y subcategorías que emergieron a partir de los discursos de los participantes del presente estudio, permitieron identificar las pautas para el establecimiento de nuevas líneas de investigación con las cuales es posible tener una visión del fenómeno desde diferentes ópticas: desde lo cualitativo y cuantitativo respectivamente.

Lo anteriormente expresado, tiene la finalidad de contar con la mejor evidencia posible a fin de justificar la necesidad de nuevas estrategias para el cuidado de enfermería en los tres niveles de atención, haciendo mayor énfasis en la prevención primaria y secundaria. Las líneas de investigación que se deriven podrán indentificar:

- Las experiencias de mujeres con cardiopatía isquémica al egreso hospitalario, tomando en cuenta la perspectiva de género.
- Las experiencias de las/los cuidadores de personas con enfermedad coronaria. Si bien los hallazgos en el presente estudio reflejan únicamente el rol que desempeña la red social, particularmente la familia, en el apoyo para las personas con cardiopatía isquémica, es posible determinar líneas de investigación futuras que exploren las experiencias de los cuidadores, con la finalidad de ofrecer un cuidado de enfermería centrado en la familia después de la enfermedad coronaria, como lo propusieron Eriksson, Asplund, Hochwälder y Svedlund en el año 2013¹⁴⁷, considerando que la espiritualidad y el bienestar influye en las motivaciones del futuro.
- Las estrategias de afrontamiento de las personas con cardiopatía isquémica dentro de su contexto sociocultural.
- Las experiencias de personas con cardiopatía isquémica que acudan a un programa de rehabilitación cardiovascular, cuando éste funcione.
- El impacto de la instrumentación de un plan de alta de enfermería, y las recomendaciones necesarias para los pacientes.

- La trascendencia del equipo multidisciplinario en la orientación del paciente y su familia en función del tratamiento médico, la alimentación y la actividad física.
- El impacto de los programas de rehabilitación cardíaca, así como el seguimiento personalizado por parte del equipo multidisciplinario, y en particular del profesional enfermero.

7.4 APORTACIONES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Se propone la participación más activa de profesionales de enfermería en las políticas públicas en salud, mediante estrategias encaminadas al establecimiento de nuevas líneas de investigación la instrumentación de programas de rehabilitación cardiovascular, la atención individualizada, el seguimiento intrahospitalario y domiciliario, así como la prevención primaria y secundaria respectivamente, mismas que contribuirán a limitar el daño y evitar complicaciones de la enfermedad.

De acuerdo con lo anterior, limitar el daño y evitar complicaciones de la enfermedad representa además un menor costo para las personas, sus familias y para las instituciones de salud al reducirse el número rehospitalizaciones, y por ende, el uso de tecnología y tratamiento de alta complejidad y costo, que en la mayoría de las situaciones es de difícil acceso, considerando aún que dentro de éste contexto, la inequidad en salud es una realidad que no es posible evadir.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares, datos y cifras [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS); Enero 2015. [Acceso el 27 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
2. Lloyd-Jones D, Adams R, Brown T, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et. al. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2010; 121: 948-54. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192666
3. Lloyd-Jones D, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel L, Van Horn L, et.al. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction. The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond. *Circulation*. 2010; 121:586-613. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192703
4. Huffman J, DuBois C, Mastromauro C, Moore S, Suárez L, Park E., et. al. Positive psychological states and health behaviors in acute coronary syndrome patients: A qualitative study. *J Health Psychology*. 2014; DOI: 10.1177/1359105314544135.
5. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Perspectiva estadística: Chiapas 2014. Informe del INEGI. México: INEGI; 2014. Catálogo 330.972.
6. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Delegación Chiapas. Registro de Ingresos y Egresos Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General "Dr. Belisario Domínguez". 2014: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
7. Reynales-Shigematzu L, Campuzano-Rincón JC, Sesma-Vázquez S, Juárez-Márquez SA, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Costos de atención médica de tres enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en la Delegación Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. En: VII Encuentro Nacional de Investigadores. Veracruz, Veracruz: Instituto

- Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud/ Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Morelos; 2002. p 1-21.
8. Granados G. Una aproximación al cuidado como valor social. En: Granados G, editora. Aplicación de las ciencias psicosociales en el ámbito de cuidar. España: Elsevier; 2014. Pp 1-18.
 9. Bauman Z. Individualidad. En: Bauman Z, editor. Modernidad líquida. Argentina: Fondo de Cultura Económica; 2003. P. 58-97.
 10. Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García S, Kopitowski K, et.al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27(4):237–45.
 11. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2008; 24(3): 210-6.
 12. Gómez-González A, Miranda-Calderín G, Pleguezuelos-Cobos E, Bravo-Escobar R, López-Lozano A, Expósito-Tirado JA, et. al. Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). Rehabilitación. 2015; 49(2):102-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2014.12.002>.
 13. Urzainqui L, Moro A, Ramos C, García C, Portuondo M, Hernández T. Efecto de la rehabilitación cardíaca en la vivencia de la enfermedad tras el IAM. Enferm en cardiol. España. 2011; 53(2):72-81.
 14. Andrés E, Cordero A, Magán P, Alegría E, León M, Luengo E, et. al. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio: un estudio de seguimiento de ocho años. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(5): 414-20.
 15. Fundación Española del Corazón. PrevenSEC: Prevención Secundaria de Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. España: Fundación Española del Corazón; [Acceso el 6 de Noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/prevencion-secundaria.html>
 16. World Health Organization (WHO). Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of WHO expert committee. Ginebra,

- Switzerland: WHO; 1964. Technical Report Series: 270.
17. Burdiat G. Rehabilitación cardíaca después de un síndrome coronario agudo. *Rev Urug Cardiol.* 2014; 29: 153-63.
 18. Correa D, Arrivillaga M. La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. En: Arrivillaga M, Correa D, Salazar I, editores. *Psicología de la Salud, Abordaje integral de la enfermedad crónica.* Bogotá, Colombia: Manual Moderno; 2007. P. 247-70
 19. Granados G, Corral A. Conductas en la pérdida de salud y estrategias de cuidados. En: Granados G. *Aplicación de las ciencias psicosociales en el ámbito de cuidar.* España: Elsevier; 2014. Pp 39-58.
 20. Castellano J, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67(9):724–30
 21. Alonso A, González J, González M, Benavent R. Bases de datos bibliográficos de interés en enfermería en cardiología. *Enferm en cardiol.* 2014; 21(62): 18-24.
 22. Sosa MC, Pablos JL, Martínez MC. Las revistas médicas y la metodología de sus escritos. *Rev Mex Urol.* 2006; 66(5): 252-60.
 23. Gómez MJ, Casajús G, Gómez C, Martínez A. Percepciones y experiencias vividas por el paciente con un primer infarto, e impacto en su entorno social, familiar y laboral. *Enferm en cardiol.* 2012; 55-56(1-2): 67-75.
 24. Kazimiera-Andersson E, Borglin G, Willman A. The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research.* 2013; 23(6):762–772. DOI: 10.1177/1049732313482049.
 25. Guevara B. El cuidar de si para la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio. [tesis doctoral]. Valencia, España: Universidad de Caraboro; 2010.
 26. Hutton J, Perkins S. A qualitative study of men's experience of myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine.* 2008; 13(1): 87-97
 27. Kazimiera E, Borflin G, Sjöström-Strand, Willman A. Standing alone when life takes an unexpected turn: being a midlife next of kin of a relative who has suffered a myocardial infarction. *Scand J Caring Sci.* 2013; 27: 864–71.

doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01094.x

28. Solano M., Siles J., Fernandes G. Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio. Un estudio fenomenológico. *Index de Enfermería*. 2008; 17(1):1-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000100002>
29. Søderberg L, Johansen P, Herning M, Berg S. Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2013; 22: 3532–540, doi: 10.1111/jocn.12382.
30. Bruce S. The Association Between Central Fat Distribution and Recurrent Cardiovascular Disease Events in Female Survivors of Nonfatal Myocardial Infarction. *J of Cardio Nurs*. 2015; 30(2): E15-22.
31. Gambogi R, Baldizzoni M, Saona G, Niggemeyer A, Wald M, Nigro S, et., al. Efectividad de un programa de prevención secundaria cardiovascular en Uruguay. *Rev Méd Urug*. 2013; 29(2):74-84.
32. Gómez-González A, De-Torres I, Denia-Martos C, Torres-Jiménez A, Montiel-Trujillo A, Bravo-Escobar R, et. al. Infarto-reinfarto: estudio comparativo clínico-funcional en un programa de rehabilitación cardíaca. *Rehabilitación*. 2014;48(1):9-16.
33. Expósito-Tirado J. Aguilera-Saborido A, López-Lozano AM, Vallejo-Carmona J, Praena-Fernández JM, Cano-Plasencia G, et., al. Mortalidad total y morbilidad cardiovascular a largo plazo en pacientes con cardiopatía isquémica que han completado un programa de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria. *Rehabilitación*. 2014; 48(4): 210-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2014.05.001>.
34. Rojo S, Prada MT, González MB, Colunga j, Orviz C, García J, et., al. Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular en una población de alto riesgo con enfermedad cardiovascular establecida en un área sanitaria con alta prevalencia de cardiopatía isquémica. *Enferm en cardiol*. 2011; 53(2): 34-9.
35. Camponogara S, Silveira M, Dalla L, Bottoli C, Rossato K, Barros C. O processo de adoecimento sob a ótica de usuários de um Programa de Reabilitação Cardíaca. *Rev Enferm UFPI*. 2014 Jul-Sep;3(3):12-20.

36. Jorstad HT, Von-Birgelen C, Alings A, Liem A, van Dantzig JM, Jaarsma W, et. al. Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary síndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart*. 2013; 99 (19):1421-30. Doi: 10.1136/heartjnl-2013-303989.
37. Cano R, Alguacil I, Alonso J, Molero A, Miangolarra C. Cardiac Rehabilitation Programs and Health-Related Quality of Life. State of the Art. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65(1): 72–9.
38. Neuubeck L, Freedman SB, Clark AM, Briffa T, Bauman A, Redfern J. Participating in cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *Eur J Prev Card*. 2011; 19(3): 494–503. DOI: 10.1177/1741826711409326.
39. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Catá T, et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca: estudio IC-DOM. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62(4): 400–8.
40. Ho M, Lambert-Kerzner A, Carey E, Fahdi I, Bryson C, Melnyk D, et. al. Multifaceted intervention to improve medication adherence and secondary prevention measures after acute coronary syndrome hospital discharge. A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014; 174(2): 186-93. doi:10.1001/jamainternmed.2013.12944.
41. Rossi E, Perman G, Michelangelo H, Alonzo CB, Brescacin L, Kopitowski KS, Navarro J. Adherencia a la prevención secundaria de la enfermedad coronaria / Medication adherence to secondary prevention for coronary artery disease. *Medicina*. Argentina. 2014; 74(2): 99-103. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802014000200002&lang=es.
42. Wan L, Abdullah K, Bulgiba A, Abidin I. Prevalence and predictors of patient adherence to health recommendations after acute coronary syndrome: data for targeted interventions?. *Eurp J Cardiov Nurs*. 2012; 12(6) 512–20. DOI: 10.1177/1474515112470056
43. Huffman J, DuBois C, Mastromauro C, Moore S, Suárez L, Park E., et. al.

- Positive psychological states and health behaviors in acute coronary syndrome patients: A qualitative study. *J Health Psychology*. 2014; DOI: 10.1177/1359105314544135.
44. Hernández D. Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardiaca. *Av Enferm. Colombia*. 2015; 33(1):114-23. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.41825>
45. Shroufi A, Chowdhury R, Anchala R, Stevens S, Blanco P, Han T, et al. Cost effective interventions for the prevention of cardiovascular disease in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13:285
46. Salminen-Tuomaala M, Åstedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. Spouses' coping alongside myocardial infarction patients. *Eur J Cardio Nurs*. 2012; 12(3): 242–51. DOI: 10.1177/1474515111435603.
47. Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M, Jasper M. Spiritual wellbeing of Iranian patients with acute coronary syndromes: a cross-sectional descriptive study. *J of Reseach Nurs*. 2014; 19(6) 518–527. DOI: 10.1177/1744987114547606
48. Nabolsi M, Carson A. Spirituality, illness and personal responsibility: the experience of Jordanian Muslim men with coronary artery disease. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25: 716–24. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00882.x
49. Galick A, D'Arrigo-Patrick E, Knudson-Martin C. Can Anyone hear me? Does anyone see me? A Qualitative Meta-Analysis of women's experiences of heart disease. *Qual Health Res*. 2015; 25(8) 1123–1138. DOI: 10.1177/1049732315584743.
50. Sutton EJ, Rolfe DE, Landry M, Sternberg L, Price JAD. Cardiac rehabilitation and the therapeutic environment: the importance of physical, social, and symbolic safety for programme participation among women. *J Adv Nurs*. 2012; 68(8): 1834–846. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.
51. King-Shier K, Singh S, LeBlanc P, Mather C, Humphrey R, Quan H, et al. The influence of ethnicity and gender on navigating an acute coronary

- syndrome event. *Europ J of Cardio Nurs*. 2015; 14(3): 240–47. DOI: 10.1177/1474515114529690.
52. Yasuhara Y, Takada S, Tanioka T, Kawanishi C, Locsin R. Illness experiences of patients with ischemic heart disease during their transitional phase from hospitalization to discharge in Japan. *J. Med. Invest*. 2010; 57: 293-304.
53. Falun N, Fridlund B, Schaufel M, Schei E, Norekval T. Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *Eur Journal Cardiovasc Nurs*. 2015 Oct 27; 1-9 DOI: 10.1177/1474515115614712 [Epub ahead of print]
54. Rojas J. Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio. [Tesis de Maestría]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2015.
55. Bergman E, Årestedt K, Fridlund B, Karlsson JE, Malm D. The impact of comprehensibility and sense of coherence in the recovery of patients with myocardial infarction: a long-term follow-up study. *Eur J Cardio Nurs*. 2012; 11(3): 276–83. DOI: 10.1177/1474515111435607.
56. Bergman E, Berterö C. Grasp life again'. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *Eur J Cardio Nurs*. 2003; 2: 303-10. Doi: 10.1016/S1474-5151(03)00098-7
57. Abreu AM. Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva. [Tesis doctoral]. Huelva, España: Departamento de enfermería, Universidad de Huelva; 2011.
58. Tinguino-Rosero S, Wilches-Luna EC, Escobar-Durán N, Castillo-Vergara J. Impacto de 6 semanas de rehabilitación cardíaca en la capacidad funcional y en la calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Rehabilitación*. 2014; 48(4):204-9.

59. Stevens S, Thomas S. Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction. *Health Care for Women International*. 2012; 33: 1096–113. DOI: 10.1080/07399332.2012.684815.
60. Green P, Newman J, Shaffer J, Davidson K, Maurer M, Schwartz J. Relation of Patients Living Without a Partner or Spouse to Being Physically Active After Acute Coronary Syndromes (from the PULSE Accelerometry Substudy). *Am J Cardiol*. 2013; 111:1264-269. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.01.272>.
61. Eriksson M, Asplund K, Svedlund M. Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009; 8: 267–73. Doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.03.003
62. Sjöström-Strand A, Ivarsson B, Sjöberg T. Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scand J Caring Sci*; 2011; 25; 459–466. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x
63. Eshah N. Pre-discharge education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nursing and Health Sciences*. 2013; 15: 273–79. Doi: 10.1111/nhs.12018.
64. Vega G, Vega M, Alajarín L, Portero B, Ruiz T, Ruiz V, Marín C, et. al. Profile of the Patient Who Refuses to Participate in the Expert Patients Program. *Qual Health Research* 2014, Vol. 24(6) 846–859. DOI: 10.1177/1049732314535850.
65. Simeone S, Savini S, Cohen M, Alvaro R, Vellone E. The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014; 14 (2): 162–69. DOI: 10.1177/1474515114522886.
66. Herrera E, Céspedes V, Flórez-Flórez M. La enfermería y el cuidado para la salud cardiovascular: análisis del concepto. *Av. Enferm*. 2014; 32(1): 147-53.
67. Siles J, Solano C. El origen fenomenológico del cuidado, y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*. 2007; 11(21): 19-27.

68. Pinto M, Capalbo C, Barbosa M, Moura D, Romijn F, Deusdará M, Leão L. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(3):728-33. DOI: 10.1590/S0080-623420130000300030
69. García C. La tradición aristotélica de la ciencia y la tradición galileana de la ciencia. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Enero de 2012. 27 pp
70. Briones G. La construcción epistemológica de las ciencias sociales. La explicación de las ciencias sociales. En: Briones G. *Epistemología de las ciencias sociales*. Bogotá, Colombia: ARFO Editores; 1999. P. 41-56.
71. Briones G. La comprensión e interpretación en las ciencias sociales. Schütz: Las bases fenomenológicas de las ciencias sociales En: Briones G. *Epistemología de las ciencias sociales*. Bogotá, Colombia: ARFO Editores; 1999. P. 57-73
72. Weber M. Conceptos sociológicos fundamentales. En: Weber M, editor. *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1964. Pp 5-45
73. Schütz A. The stament of our problem: Max Weber's basic methodological concepts. En: Schütz A, editor. *The phenomenology of the social world*. USA: Northwestern Universit Press; 1967. Pp 3-43
74. Husserl E. La filosofía en la crisis europea. En: Husserl E. *Invitación a la fenomenología*. Paidós: Barcelona. España, 1992.
75. Schütz A. La constitución de la vivencia significativa en la corriente de la conciencia de quien la contituye. En: Schütz A., editor. *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona, España: Paidós; 1993. Pp. 75-125.
76. Lutz B. La acción social en la teoría sociológica: una aproximación. *Nueva época*. 2010; 23(64): 199-218.
77. Husserl E. Fenomenología trascendental y psicología intencional. El problema del psicologismo trascendental, primera parte. En: Husserl E., editor. *Lógica formal y lógica trascendental*. México: UNAM, Centro de Estudios Filosóficos; 1962. Pp. 243-254

78. Morán D. Introducción: la fenomenología y la filosofía europea del siglo XX. En: Morán D. Introducción a la fenomenología. España: Anthropos; 2011. P 1-22.
79. De Souza M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud colectiva. 2010. 6(3): 251-61
80. Núñez M. Una aproximación desde la sociología fenomenológica de Alfred Schütz a las transformaciones de la experiencia de la alteridad en las sociedades contemporáneas. Sociológica. 2012; 27(75): 49-67.
81. Schütz A., Luckmann T. El mundo de la vida cotidiana y la actitud natural. En: Schütz, A. Luckmann T., editores. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores; 1977. Pp. 25-40.
82. Schütz A. Fundamentos de una teoría intersubjetiva. En: Schütz A., editor. La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva. Barcelona, España: Paidós; 1993. Pp. 127-67 .
83. Berger P, Luckmann T. Los fundamentos del conocimiento de la vida cotidiana. En: Berger P, Luckmann T, editores. La construcción social de la realidad. Argentina: Amorrortu editores; 1968. Pp. 34-63.
84. Herrera D. Husserl y el mundo de la vida. Franciscanum. 2010; 52(153): 247-74.
85. Roitman M. La sociología: del estudio de la realidad social al análisis de sistemas. En: González P, De Gortari H, Díaz-Polanco H, Aziz A, Roitman M., editores. Ciencias sociales: algunos conceptos básicos. 2ª. Ed. México: Siglo XXI editores; 2002. Pp 93-112.
86. Berger P, Luckmann T. La sociedad como realidad objetiva. En: Berger P, Luckmann T, editores. La construcción social de la realidad. Argentina: Amorrortu editores; 1968. Pp. 64-161.
87. Maidana S, Mazza R, Lenise do Prado M. Los fundamentos filosóficos de la investigación cualitativa. En: Lenise do Prado M, de Souza M, Carraro T, editores. Investigación cualitativa en enfermería: contextos y bases conceptuales. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008. Pp 47-54.

88. De Souza MC. Introducción al desafío del conocimiento. En: De Souza MC, editora. *El Desafío del Conocimiento Investigación Cualitativa en Salud*. 9ª ed. Brasil: OPS; 2015. p. 11-21.
89. Solano MC. Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cultura de cuidados*. 2006; 10(19): 5-6.
90. Rubio M., Arias M. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2013; 29(3): 191-98.
91. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Perspectiva estadística: Chiapas 2014*. Informe del INEGI. México: INEGI; 2014. Catálogo 330.972
92. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Panorama sociodemográfico de Chiapas*. Informe del INEGI. México: INEGI; 2011. Catálogo 304.6021072
93. Gobierno del Estado de Chiapas. *Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018*. Secretaría de Planeación, Gestión Pública y Programa de Gobierno. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México: Gobierno del Estado de Chiapas; 2013.
94. Izcara S. El muestreo en la investigación cualitativa. En: Izcara S, editor. *Introducción al muestreo*. México: Miguel Ángel Porrúa; 2007. Pp. 17-48
95. Teddlie C, Yu F. Mixed Methods Sampling A Typology With Examples. *J Mix Met Res*. 2007; 1(1): 77-100. DOI: 10.1177/2345678906292430
96. Suri H. Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*. 2011; 11(2): 63–75. DOI: <http://dx.doi.org/10.3316/QRJ1102063>.
97. Strauss A, Corbin J. El muestreo teórico. En: Strauss A, Corbin J, editores. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia; 2002. Pp 219-36
98. Álvarez-Gayou JL. Métodos cualitativos para la obtención de la información. En: Álvarez-Gayou JL, editor. *Cómo hacer investigación cualitativa Fundamentos y metodología*. México: Paidós; 2014. pp 103-58.

99. Taylor S, Bogdan R. La entrevista en profundidad. En: Taylor S, Bogdan R, editores. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. España: Paidós; 1987. P.100-32.
100. Kyale S. La transcripción de las entrevistas. En: Kyale S, editor. Las entrevistas en la investigación cualitativa. México: Morata; 2011. P 123-33
101. De Souza MC. Técnicas de análisis del material cualitativo. En: De Souza MC, editora. La artesanía de la investigación Cualitativa. Argentina: Lugar; 2009. P. 249-94.
102. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. NursingPlus Open 2. 2016: 8–14. DOI: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.
103. Mieles M, Tonon G, Alvarado S. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. Universitas humanística. 2012; 41(74): 195-225.
104. Arias M. El rigor científico en la investigación cualitativa. Invest Educ Enferm. 2011; 29(3): 500-14.
105. Asociación Médica Mundial (AMA). Declaración de Helsinki de la AMA Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59a Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008
106. Secretaría de Salud. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. 2001.
107. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010; 16(22): 121-57.
108. Tribunal Internacional de Nüremberg. Código de Nüremberg.1947.
109. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. 6 de Enero de 1987. Última reforma publicada Diario Oficial de la Federación 2 de Abril de 2014.
110. Solano C. Vivencias de las personas que han padecido un infarto agudo de miocardio tras un año de evolución. [Tesis de Doctorado]. Alicante, España: Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería; 2007.

111. Ayala V. Estímulos que influyen en el proceso de adaptación de las personas al implante de dispositivos de apoyo cardiovascular. [Tesis de Maestría]. Colombia: Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería y Rehabilitación; 2012.
112. Castañeda J. La experiencia de desempeño de diferentes de roles en la mujer con enfermedad coronaria. [Tesis de Maestría]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2014.
113. Attering M, Herlitz J, Ekman I. Intrusion and confusión: the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction. *Eur J. Cardiovasc Nurs.* 2005; 4 (2): 153-59.
114. Zavala L, Verdejo M, Díaz-Loving R. Relación entre estrés y estilos de afrontamiento con el desarrollo de la cardiopatía isquémica. *Psicología Iberoamericana.* 2015; 23 (1): 7-15.
115. Maldaner C, Beuter M, Jacobi C, Castro C, Mistura C, Seiffert M. The daily life of adults and elderly after myocardial revascularization. *J. Res.: Fundam. Care.* 2014; 6(1):62-73. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p62
116. Junehag J, Asplund K, Svedlund M. Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scand J Caring Sci.* 2014; 28(2): 289–296. Doi: 10.1111/scs.12058
117. Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006; 5(1):37-44.
118. Simoný C, Pedersen B, Dreyer P, Birkelund R. Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences. *Journ Clin Nur.* 2015; 24(17-18): 2581-90. DOI: 10.1111/jocn.12867
119. Chen S, Shyu Y, Ko Y-S, Kung H-I, Shao JH. Perceptions about eating experiences of low-literate older adults with heart disease: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing.* 2016; 72(4): 802–12. doi: 10.1111/jan.12876
120. Doyle B, Fitzsimons D, McKeown P, McAloon T. Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic

- following myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(1-2): 32–41. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x
121. Collière MF. Interrogación sobre la naturaleza de los cuidados para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. En: Collière MF, editora. *Promover la vida*. 2ª. Ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2009. Pp. 211-18.
122. Collière MF. Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería. En: Collière MF, editora. *Promover la vida*. 2ª. Ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2009. Pp. 219-59.
123. Kerr E, Fothergill-Bourbonnais F. The recovery mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction. *Heart & Lung*. 2002; 31(5): 355-67. Doi:10.1067/mhl.2002.127939
124. Bhattacharyya M, Stevenson F, Walters K. Exploration of the psychological impact and adaptation to cardiac events in South Asians in the UK: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016; 6(7): e010195. doi:10.1136/bmjopen-2015-010195
125. Smith S, Banwell E, Rakhit R. 'I was in control of it from the start': A qualitative study of men's experiences of positive adjustment following a heart attack. *J of Health Psychology*. 2016. doi: 10.1177/1359105315627000
126. Egan K, Harcourt D, Rumsey N. A qualitative study of the experiences of people who identify themselves as having adjusted positively to a visible difference. *Journal of Health Psychology*. 2011; 16(5): 739–49.
127. Wieslander I, Martensson J, Fridlund B, Svedberg. Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*. 2016; 11(1): 30633. DOI: 10.3402/qhw.v11.30633
128. Dullaghan L, Lusk L, McGeough M, Donnelly P, Herity H, Fitzsimons D. 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary Prevention. *Eur J*

- Cardiov Nurs. 2014; 13(3): 270–276. Doi: 10.1177/1474515113491649
129. Mentrup S, Schnep W. The experience and coping of primary coronary intervention: a review of qualitative studies. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. 2012; 25(5): 363-75. doi: 10.1024/1012-5302/a000232.
130. Ononeze V, Murphy AW, MacFarlane A, Byrne M, Bradley C. Expanding the value of qualitative theories of illness experience in clinical practice: a grounded theory of secondary heart disease prevention. *Health Educ Res*. 2009; 24(3): 357-368.
131. Sánchez-Herrera B. Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del Programa de Enfermería Cardiovascular y el de personas aparentemente sanas. *Av. Enferm*. 2008; 26(1): 65-74.
132. Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamsiri B. Spirituality in survivors of myocardial infarction. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012 Jul-Aug; 17(5): 343–351.
133. Silva C, Agudelo D. Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*. 2011; 14(1): 47-60.
134. Galdas P, Oliffe J, Wong S, Ratner P, Johnson J, Kelly M. Canadian Punjabi Sikh men's experiences of lifestyle changes following myocardial infarction: cultural connections. *Ethnicity & Health*. 2012; 17(2): 253-66.
135. Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*. 2009; 16: 1-11.
136. García R, Budó M, Schwartz E, Simón B, Silva M. Apoio social frente à necessidade de cuidado após infarto do miocárdio. *Rev. Bras. Enferm*. 2015; 68 (4): 649-655. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680411i>
137. Garcia RP, Budó MLD, Simon BS, Wünsch S, Oliveira SG, Barbosa MS. Family Experiences post-acute myocardial infarction. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34 (3):171-78.
138. Simon B, Budó M, García R, Gomes T, Oliveira S, Silva M. Rede de

- apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. *J Nurs UFPE on line*. 2013; 7: 4243-50. DOI: 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201318
139. Karlsson V, Bergbom I, Ringdal M, Jonsson A. After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients' experiences and care needs. *Scand J Caring Sci*. 2016; (30): 749–56
140. Souza PMBB, Queluci GC. The art of caring for patients with heart failure at hospital discharge: considerations for nursing healthcare practice. *J. Res. Fundam. Care*. 2014; 6(1): 153-67.
141. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction. *Scand J Caring Sci*. 2008; 22: 367–75. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x
142. Enslie C. Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *J Adv Nurs*. 2005; 51(4): 382–95
143. Meleis A, Sawyer L, Im E, Hilfinger D, Schumacher K, Trnasgenstein P, et., al. Transition theory. En: Meleis A, editora. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, USA: Springer Publishing Company; 2010. PP 52-84.
144. Al-Ganmi H, Perry L, Gholizadeh L, Alotaibi AM. Cardiovascular medication adherence among patients with cardiac disease: a systematic review. *Jour Adv Nurs*. 2016; 72(12): 3001–014. doi: 10.1111/jan.13062
145. Santaularia N, Caminal J, Arnau A, Perramon M, Montesinos J, Abenoza M, Jaarsma T. The efficacy of a supervised exercise training programme on readmission rates in patients with myocardial ischemia: results from a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2017; 16(3): 201–12
146. Wang W, Jiang Y, He H, Wei K. A randomised controlled trial on the effectiveness of a home-based self-management programme for community-dwelling patients with myocardial infarction. *Eur Jour Cardio Nurs*. 2016; 15(6): 398–408

147. Eriksson M, Asplund K, Hochwalder, Svedlund. Changes in hope and health-related quality of life in couples following acute myocardial infarction: a quantitative longitudinal study. *Scand J Caring Sci.* 2013; 27(2): 295–302

IX. ANEXOS

ANEXO 1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LA LITERATURA.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LA LITERATURA				
	A	B	C	D
Palabras clave	Experiencia	Cardiopatía Isquémica (CI)	Egreso	Prevención secundaria
Términos alternativos	Fenomenología/ phenomenology Investigación cualitativa/qualitative research	Isquemia miocárdica/ Myocardial Ischemia	Alta hospitalaria/hospi tal discharge	Tratamiento/treat ment Rehabilitación cardíaca
Términos DeCS/MeSH		Isquemia Miocárdica (IM)/ Myocardial Ischemia (DeCS/MeSH)	Alta del Paciente Patient Discharge (DeCS/MeSH)	Prevención Secundaria Secondary Prevention (DeCS/MeSH)

COMBINACIÓN DE PALABRAS CLAVE Y TÉRMINOS ALTERNATIVOS			
A	Experiencia/experience	Cardiopatía isquémica/myocardial ischemia	Egreso/discharge
B	Experiencia/experience	Cardiopatía isquémica/myocardial ischemia	Prevención secundaria/secondary prevention
C	Experiencia/experience	Cardiopatía isquémica/myocardial ischemia	Tratamiento/treatment
D	Fenomenología/phenomenology	Cardiopatía isquémica/myocardial ischemia	Alta del paciente/patient discharge
E	Fenomenología/phenomenology	Cardiopatía isquémica/myocardial ischemia	Rehabilitación cardíaca/cardiac rehabilitation
F	Fenomenología/phenomenology	Cardiopatía isquémica/myocardial ischemia	Prevención secundaria/secondary prevention
G	Investigación cualitativa/qualitative research	Cardiopatía isquémica/myocardial ischemia	Alta del paciente/patient discharge

NÚMERO DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS BASES							
ESTRATEGIA DE BUSQUEDA	Scielo (BiDi)	Medline	BVS Español	BVS Inglés	CUIDEN	CINAHL	TOTAL
A	0	7	0	1	0	3	11
B	1	3	1	1	1	0	7
C	3	38	0	0	0	0	41
D	0	0	10	0	0	0	9
E	0	0	0	0	0	0	0
F	0	1	0	0	0	0	1
G	0	4	0	0	1	0	5
							74

FILTROS UTILIZADOS		
Año	Asunto Principal	Especialidad/Asunto de la Revista
2011-2015	Infarto al Miocardio/Rehabilitación Cardíaca	Enfermería/cardiología

Nombre de la fuente	Dirección web o forma de acceso a la fuente de información
Scielo (en BiDi)	http://www.scielo.org/php/index.php
Medline (en BiDi)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
BVS	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/advanced?lang=es http://pesquisa.bvsalud.org/portal/advanced?lang=en
CUIDEN	http://www.index-f.com/new/cuiden/
Cinahl (en Bidi)	http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/search/advanced?sid=62cdca74-22f1-424a-b53d-04591coe887d%40sessionmgr13&vid=1&hid=17

ANEXO 2 GUÍA DE ENTREVISTA

No.	CONCEPTOS CENTRALES	DEFINICIÓN TEÓRICA	PREGUNTAS ORIENTADORAS
1	Experiencia	Es la ejecución prolongada de una acción social o conducta de la persona en el mundo de la vida, dentro del contexto socio-cultural, orientada a producir un resultado, a partir del acervo de conocimientos transmitidos por otras personas o adquiridos por las circunstancias o acontecimientos ²⁵ .	¿Cómo se ha cuidado desde que salió del hospital?
2	Mundo de la vida	Es el ámbito contextual de la persona, que simplemente se presupone en la actitud del sentido común; es incuestionable, por el simple hecho de haberse constituido antes de la existencia del sujeto, hasta que surgen situaciones problemáticas donde no es posible llevar a cabo acciones sociales típicas ^{26, 84-85} .	¿Cómo ha sido su vida desde que salió del hospital?
			¿Qué piensa y siente sobre eso?
3	Realidad social	Es el medio físico y sociocultural que constituye un aspecto del mundo de la vida, que se conforma de instituciones sociales, donde la persona participa, interviene, y ocupa una posición, no sólo en términos de espacio físico o de su status y rol dentro de un sistema social, sino también una posición moral e ideológica, que se construye a partir del acervo de conocimientos y la intersubjetividad ^{22,25-26,83} .	¿Ha cambiado la forma de realizar sus actividades?
			¿Cómo ha cambiado?
4	Acción social	Es una conducta estandarizada o típica orientada a alcanzar un objetivo, y aunque pueda o no planearse, se lleva a cabo dentro de un contexto socio-cultural ^{25, 81} . En el mundo de la vida, las personas con cardiopatía isquémica llevan a cabo acciones con la finalidad de seguir un tratamiento.	¿Qué hace para seguir su tratamiento? ¿Se le ha dificultado?
			¿Qué es lo que se le ha dificultado? ¿Por qué se le ha dificultado??
			¿Cuáles son las expectativas que tiene sobre el tratamiento de su enfermedad?
5	Intersubjetividad	Relaciones dentro un contexto socio-cultural que determinan un sentido a las acciones, y generan un conocimiento. Éstas relaciones se desarrollan básicamente con la familia, los amigos, los colegas, y los profesionales de la salud.	¿Alguien le ayuda a cuidarse y seguir su tratamiento?
			¿Quién o quiénes lo apoyan?
			¿Cómo lo apoyan?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AL EGRESO
DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

GUÍA DE ENTREVISTA (SEMIESTRUCTURADA)

No.	CONCEPTOS CENTRALES	PREGUNTAS ORIENTADORAS
1	Experiencia	¿Cómo se ha cuidado desde que salió del hospital?
2	Mundo de la vida	¿Cómo ha sido su vida desde que salió del hospital? ¿Qué piensa y siente sobre eso?
3	Realidad social	¿Ha cambiado la forma de realizar sus actividades? ¿Cómo ha cambiado?
4	Acción social	¿Qué hace para seguir su tratamiento? ¿Se le ha dificultado? ¿Qué es lo que se le ha dificultado? ¿Por qué se le ha dificultado? ¿Cuáles son las expectativas que tiene sobre el tratamiento de su enfermedad?
5	Intersubjetividad	¿Alguien le ayuda a cuidarse y seguir su tratamiento? ¿Quién o quiénes lo apoyan? ¿Cómo lo apoyan?

ANEXO 3 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA****PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DESPUÉS
DEL EGRESO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. La Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Programa de Maestría en Enfermería, y sus estudiantes realizan investigaciones con la finalidad de construir una Tesis que a su vez permitirá concluir con la formación académica. La presente investigación se realiza con la finalidad de describir las experiencias de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud, para comprender cómo ha sido la dinámica de vida para quienes hayan presentado un evento isquémico-coronario, qué es lo que hacen para cuidarse y si tienen dificultades para ello; el trabajo en comento, corresponde a la Tesis de Maestría de la **EEC Maricela Nampulá Maheda**.

Para llevar a cabo ésta investigación, solicitamos su participación para ser entrevistado (a), y conocer cuáles son las experiencias que ha tenido sobre el tratamiento de la enfermedad isquémica-coronaria. Las preguntas contenidas en la entrevista, se encuentran relacionadas con los siguientes aspectos: edad, ocupación, estado civil, antecedentes de diagnóstico de cardiopatía isquémica; así mismo, se solicita su autorización para audiógrabar la entrevista, para fines de procesar la información obtenida. Así mismo, se llevarán a cabo las visitas necesarias, siempre y cuando usted las permita, por lo que puede reservarse el derecho de participar o no en las subsecuentes entrevistas.

- Su participación es voluntaria.
- Su participación en esta investigación está libre de riesgos que afecten su integridad y la de su familia.
- Su participación en la presente investigación no le generará gastos, tampoco recibirá pago y/o compensación.
- Es importante mencionar que si usted lo solicita, recibirá información acerca del desarrollo de ésta investigación.

CONFIDENCIALIDAD. La información recabada durante la entrevista será de carácter confidencial, protegiéndose en todo momento la identidad de la persona.

APORTACIONES/CONTRIBUCIONES DEL ESTUDIO. La información que usted nos proporcione permitirá comprender las situaciones que viven las personas con enfermedad coronaria (dentro de un contexto social) el tratamiento con el que cuentan, así como si se presentan dificultades en éste proceso, cómo las resuelven, y si no pueden resolver tales dificultades, comprender por qué, para adecuar programas de seguimiento individualizados, para mejorar el cuidado dentro de la disciplina de enfermería. Los hallazgos de este estudio, serán publicados y difundidos con fines exclusivamente científicos, conservando en todo momento la estricta confidencialidad del informante o entrevistado.

Si usted acepta participar, se le otorgará una copia del presente documento, para que pueda conservarlo.

Yo, _____,
he leído, resuelto mis dudas y comprendido la información relacionada con mi participación como informante en el estudio: “Experiencias de personas con cardiopatía isquémica al egreso de las instituciones de salud”, por lo que convengo en participar.

Lugar y fecha	
---------------	--

Nombre del participante	
-------------------------	--

Firma del participante	
------------------------	--

Nombre del investigador	
-------------------------	--

Firma del investigador	
------------------------	--

Testigo 1	
-----------	--

Testigo 2	
-----------	--

ANEXO 4. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES.										
Participante	Edad	Género	Estado civil	Situación laboral	Escolaridad	Antecedentes de la enfermedad	Año de la última hosp	Núm de hosp previas	Antecedentes de riesgo	Lugar de entrevista elegido
P1	64	Masculino	Casado	Activo Profesor	Profesional	IAM	2016	3	Tabaquismo, Hipercolesterolemia	Lugar de trabajo
P2	52	Masculino	Casado	Activo Odontólogo	Profesional	IAM	2016	1	Tabaquismo Sedentarismo	Casa
P3	45	Masculino	Casado	Activo Comerciante	Secundaria	IAM	2015	1	Tabaquismo, consumo de alcohol, DM	Hospital
P4	43	Masculino	Casado	Activo Vigilante	Primaria	IAM	2016	1	Hipercolesterolemia, Sedentarismo	Lugar de trabajo
P5	52	Masculino	Unión libre	Activo Profesor	Profesional	Angina Inestable	2015	2	Hipercolesterolemia	Casa
P6	60	Masculino	Unión libre	Activo Taxista	Primaria	Angina Inestable	2016	3	Hipercolesterolemia	Hospital
P7	64	Masculino	Casado	Retirado Pescador	Primaria	Angina Inestable	2016	3	Hipercolesterolemia, hipertensión arterial	Casa

ANEXO 5. CLASIFICACIÓN DE CATEGORÍAS.

CATEGORÍAS PRELIMINARES		
Categorías	Subcategorías	Temas
Adaptándose al cambio (Motivos para)	Cambios en la dinámica de vida	Modificación de actividades/cambio de rutina
		Cuidados centrados en el tratamiento farmacológico
		Cuidados habituales (alimentación, actividad física)
	Recuperando la confianza y seguridad	Caer en tentación
		Emociones (angustia, estrés, temor)
		Aceptación
		La incorporación a las actividades
		Aprendizaje con el tiempo
		Confianza en el tratamiento
		Apoyo para la vida (Motivos por)
Fortaleza interior		
Esperanza y liberación		
Red social	Familia	
	Amigos	
	La institución de salud.	

