EXPERIENCIAS VIVIDAS DE LAS MUJERES EN LA ETAPA POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

LILIA ANDREA BUITRAGO MALAVER

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ, D. C.
2010

EXPERIENCIAS VIVIDAS DE LAS MUJERES EN LA ETAPA POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

LILIA ANDREA BUITRAGO MALAVER

Tesis para optar el título de
Magíster en enfermería con énfasis
Cuidado para la salud cardiovascular

Directora
EDILMA GUTIERREZ DE REALES
Magister en Administración de Enfermería
Profesora Asociada, Emérita y Honoraria

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ, D. C.
2010

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____
Presidente del Jurado

_____
Jurado

_____
Jurado

Bogotá, D.C.,

DEDICATORIA

A mi madre, a quien gracias a su entereza y entrega le debo lo que soy hoy

A Alex por su apoyo incondicional, fuente de inspiración y fortaleza

A mis sobrinos, Andrés y Nana, por su lucha constante por convertirse en unas grandes personitas

AGRADECIMIENTOS

La investigadora expresa sus agradecimientos a:

Dios, quien siempre ilumina y guía mi camino.

A la Profesora Edilma Gutiérrez de Reales, por su valiosa asesoría, apoyo y acompañamiento durante esta etapa.

A las mujeres participantes del estudio porque sus relatos ofrecieron un valioso aporte para la culminación de este trabajo.

CONTENIDO

pág.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. MARCO DE REFERENCIA 16

1.1 PLANTEAMIENTO DEL ÁREA PROBLEMÁTICA 16

1.2 JUSTIFICACIÓN 21

1.3 TEMA 23

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 23

1.4.1 Formulación del problema 24

1.5 OBJETIVOS 24

1.5.1 Objetivo general 24

1.5.2 Objetivos específicos 24

1.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS 24

1.6.1 Mujeres en el primer mes de la etapa post infarto agudo de miocardio 24

1.6.2 Depresión en la etapa post infarto agudo de miocardio 24

1.6.3 Síntomas depresivos 25

1.6.4 Experiencia de la depresión de las mujeres en la etapa pos infarto agudo de miocardio 25

2. MARCO CONCEPTUAL 26

2.1 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO 26

2.1.1 Fisiopatología del Infarto agudo de miocardio 27

2.1.2 Diagnóstico del Infarto agudo de miocardio 27

2.1.3 Clasificación del infarto agudo de miocardio 28

2.1.4 Tratamiento del Infarto agudo de miocardio 28

2.1.5 Rehabilitación Cardiaca 29

2.2 DEPRESIÓN 30

2.2.1 Clasificación de la depresión 31

2.2.2 Clasificación clásica 32

2.2.3 Clasificación actual 33

2.2.4 Causas de la depresión 34

2.2.5 Causas primarias 34

2.2.6 Causas secundarias 35

2.3 ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES 38

2.4 TEORIA DE MEDIANO RANGO DE LA INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD 47

3. MARCO DE DISEÑO 51

3.1 TIPO DE ESTUDIO 51

3.2 CONTROL DE SESGOS 52

3.3 POBLACIÓN Y MUESTREO 54

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 55

3.5 MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS 55

3.6 RIESGOS DE VALIDEZ 57

3.6.1 Muestra significativa 57

3.6.2 Entrevista semiestructurada 57

3.6.3 Validez semántica 57

3.7 ASPECTOS ÉTICOS 58

3.7.1 La dignidad humana 58

3.7.2 La beneficencia-no maleficencia 58

3.7.3 Justicia 59

3.7.4 Autonomía 59

3.7.5 Confidencialidad 59

3.8 PROCEDIMIENTO 60

3.8.1 Inmersión en el campo 60

3.8.1.1 Fase uno: Construcción de las preguntas orientadoras de la entrevista 60

3.8.1.2 Fase dos: Autorización institucional 61

3.8.1.3 Fase tres: Contacto con las posibles participantes del estudio 61

3.8.1.4 Fase cuatro: Manejo de la información obtenida 61

3.8.1.5 Fase cinco: Resultados 62

3.8.2 Sistema de análisis de la información 62

3.8.3 Marco de análisis y resultados 63

3.8.3.1 Fase uno: Establecimiento de unidades genéricas 63

3.8.3.2 Fase dos: Establecimiento de unidades de contexto 63

3.8.3.3 Fase tres: Establecimiento de unidades de registro 64

3.8.3.4 Fase cuatro: Categorización 64

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 66

4.1 CATEGORÍA NUCLEO: EXPERIENCIAS Y SIGNIFICADOS 68

4.1.1 Categoría secundaria: Impacto emocional en relación con el diagnostico de la enfermedad 68

4.1.1.1 Subcategoría: sorpresa 69

4.1.1.2 Subcategoría: inminencia de muerte 70

4.1.1.3 Subcategoría: evaluación de la experiencia del infarto agudo de miocardio 72

4.1.2 Categoría secundaria: nueva oportunidad 73

4.1.2.1 Subcategoría: tiempo extra 73

4.1.2.2 Subcategoría: valorar aspectos relacionados con la vida 73

4.2 CATEGORÍA NÚCLEO: SENTIMIENTOS GENERADOS POR EL DIAGNÓSTICO Y LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD 76

4.2.1 Categoría secundaria: rechazo/ negación 77

4.2.2 Categoría secundaria: rabia 79

4.2.3 Categoría secundaria: tristeza 80

4.2.4 Categoría secundaria: angustia o desesperanza 81

4.2.5 Categoría secundaria: culpa 82

4.2.6 Categoría secundaria a: aislamiento 83

4.27 Categoría secundaria: llanto 84

4.2.8 Categoría secundaria: estar mal 85

4.2.8.1 Subcategoría: síntomas sugestivos de depresión 85

4.2.8.2 Subcategoría: signos sugestivos de depresión 86

4.2.9 Categoría secundaria: miedo 88

4.2.9.1 Subcategoría: miedo a la muerte 88

4.2.9.2 Subcategoría: miedo a la incapacidad 89

4.2.9.3 Subcategoría: miedo a las consecuencias que la enfermedad genere en la familia 90

4.3 CATEGORÍA NUCLEO: LA ENFERMEDAD GENERADORA DE INCERTIDUMBRE 92

4.3.1 Categoría secundaria: qué vendrá luego 92

4.3.2 Categoría secundaria: falta de conocimiento 93

4.4 CATEGORÍA NÚCLEO: CAMBIO 95

4.4.1 Categoría secundaria: percepción de la experiencia como un elemento trascendental para el cambio 96

4.4.2 Categoría secundaria: percepción de cambios que se requieren 96

4.4.3 Categoría secundaria: percepción de cambios que ya se han dado 97

4.5 CATEGORÍA NUCLEO: RECONOCIMIENTO DE RECURSOS DE APOYO 99

4.5.1 Categoría secundaria: apoyo familiar y social 99

4.5.2 Categoría secundaria: hablar libera 100

5. CONCLUSIONES 103

6. RECOMENDACIONES 107

BIBLIOGRAFÍA 109

ANEXOS 121

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Consentimiento informado	121
Anexo B. Cuadros de categorías y códigos sustantivos	123
Anexo C. Aclaraciones adicionales	137
Anexo D. Carta de autorización del Comité de Investigaciones y ética del Hospital Universitario San Ignacio	138
Anexo E. Carta Comité de Ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia	139
Anexo F. Portafolio de servicios del programa de rehabilitación cardiaca aportado por el servicio de Cardiología del Hospital San Ignacio	140

RESUMEN

Existe una clara asociación entre enfermedad coronaria y depresión en las mujeres, tema que ha tomado relevancia en estudios durante los últimos años; se ha encontrado que la combinación de estas dos enfermedades aumenta la morbi-mortalidad en los pacientes que las padecen. Depresión e IAM son consideradas como enfermedades prevalentes y responsables de una disminución significativa en la calidad de vida de las personas, razón por la cual se plantea esta investigación que tiene como objetivo describir la experiencia de las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio, para identificar la presencia de sintomatología que pueda sugerir estados depresivos. Se diseñó un estudio cualitativo descriptivo enmarcado en la fenomenología interpretativa en el cual se analizo el contenido de entrevistas semiestructuradas realizadas a 12 mujeres que han tenido la experiencia de un IAM y que se encontraban dentro del programa de rehabilitación cardiaca durante el primer mes de ocurrencia del IAM. La muestra estuvo constituida por la saturación teórica de la información obtenida, alcanzada con 12 participantes. El análisis mostró la existencia de cinco categorías núcleo: significados, sentimientos, incertidumbre, cambios y reconocimiento de recursos de apoyo; dentro de estas, se encontraron categorías y subcategorías reveladoras de riesgo de depresión, confirmando así la existencia de este fenómeno en este tipo de pacientes. El estudio sugiere seguir profundizando acerca de los significados que genera la enfermedad cardiaca en las mujeres, abarcando diferentes etapas de la misma.

Palabras clave: Infarto agudo de miocardio, depresión postinfarto, mujeres

Abstract.

There is a clear association between heart disease and depression in women, a topic that has gained importance in studies in recent years. It has been found that the combination of these two diseases increase the morbidity and mortality in patients who suffer them. Because depression and AMI are considered responsible for disease prevalence and a significant decrease in quality of life of people, an interest to study this phenomenon was raised. For this purpose a descriptive qualitative study framed by interpretive phenomenology was designed. By means of semi-structured interviews with 12 women who have had the experience of an AMI and were within the cardiac rehabilitation program during the first moth occurrence of AIM, a sample of verbalizations taken until theorical saturation of information was attained from the participants. The analysis showed that there are five core categories: meanings, feelings, uncertainty, change and recognition of support resources; among these categories and subcategories of depression risk

were found confirming the existence of this phenomenon in these patients. The study suggests further deepening on feelings and meanings generated by the heart disease in women, along different stages of it.

Key words: Acute myocardial infarction, depression after myocardial infarction, women

INTRODUCCIÓN

La asociación entre enfermedad coronaria y depresión ha sido evaluada y su interés se ha ido incrementando en los últimos años. Se ha encontrado que aumenta la morbi-mortalidad en los pacientes que tienen asociadas estas dos entidades[1, 2] la depresión y el infarto agudo de miocardio son consideradas como enfermedades altamente prevalentes y responsables de una disminución significativa en la calidad de vida de las personas.

La depresión tiene un impacto negativo en la evolución de la enfermedad cardiaca y en el infarto agudo de miocardio, es importante destacar que los pacientes que han padecido un infarto agudo de miocardio y que presentan signos y/o síntomas depresivos presentan peor pronóstico a causa de una menor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico que los que no cursan con episodios depresivos.

La relación entre cardiopatía isquémica y depresión se ha asociado a un incremento cuatro veces mayor en el riesgo de mortalidad durante los primeros seis meses después de un infarto agudo de miocardio[3], el valor pronóstico de la relación que existe cuando se asocian la enfermedad cardiaca y los estados depresivos, es similar a poseer historia de disfunción ventricular izquierda previa a la presentación de un episodio de infarto agudo de miocardio en un paciente previamente sano[4] .

En los últimos años ha surgido un creciente interés por determinar la asociación entre la enfermedad coronaria, Infarto Agudo de Miocardio y el trastorno depresivo; dicha relación ha sido el eje central de algunos estudios hechos por varias disciplinas recientemente [5 6 7 8]. Se sabe que la depresión constituye un

---

[1] THOMBS, Brett et al. Prevalence of depression in survivor of acute myocardial infarction. In: J Gen Intern Med. 2006 Jan, vol. 21 no. 1, p. 30-38.

[2] LANE, Deirdre; CARROLL, Douglas and LIP, Gregory. Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction: is there a causal association? In: J Am Coll Cardiol. 2003, vol. 42 no. 19, p. 1808-1810.

[3] LANE, Deirdre; CARROLL, Douglas and LIP, Gregory. Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction: is there a causal association? Op. cit., p. 1808-1810.

[4] BUSH, David et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. In: Am J Cardiol. 2002, vol. 89 no. 1, p. 112-113.

[5] REYES TICAS, Américo. Depresión y enfermedad vascular comorbilidad [en línea]. En: Revista de la facultad de ciencias médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Julio-Diciembre de 2004, vol. 1 no. 2, p. 75-78. Disponible en Internet: http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2004/html/RFCMVol1-2-2004.html

factor de riesgo para desarrollar síndromes coronarios agudos e infarto agudo del miocardio[9]; pero en los últimos años se ha demostrado que la depresión se presenta como un episodio común en pacientes en etapas posteriores a un infarto agudo de miocardio (IAM) lo que conlleva a peor calidad de vida de las personas que la padecen.

Analizando la literatura científica se encuentra que la evidencia literaria sugiere que junto a su efecto sobre la calidad de vida del paciente, la depresión post-infarto también merece una atención especial ya que se ha descrito un incremento en la morbimortalidad de los pacientes con esta asociación.

Siendo la depresión una situación común en los pacientes en las etapas posteriores al infarto agudo de miocardio también se ha encontrado diferencia en la presentación de la misma según el sexo y la edad de las personas que las padecen; comúnmente las mujeres presentan episodios más frecuentes de depresión o por lo menos son quienes mejor lo expresan[10].

Adicionalmente el cuidado de enfermería en mujeres con infarto agudo de miocardio y la asociación con estados depresivos ha sido muy poco estudiado según la literatura revisada. En los escenarios de prácticas se observa que las enfermeras se preocupan poco de tratar los aspectos depresivos en el paciente con patología coronaria por falta de conocimientos acerca de la manera de reconocer sus manifestaciones y de experticia para abordarlas.

---

[6] LEIGH, Anne Nelson y ABU-SHANAB, Joy R. Management of Depression in Patients with Comorbid Cardiovascular Disease. Journal of Pharmacy Practice. Diciembre 2001, vol. 14 no. 6, p. 526-539.

[7] FREELAND, K. E. et al. Underdiagnosis of depression in patients with coronary artery disease: the role of nonspecific symptoms. In: Intl J Psychiatry Med. 1992, vol. 22 no. 3, p. 221–229.

[8] FRASURE SMITH, Nancy et al. Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. In: J Psychosom Res. 2000, vol. 48 no. 4-5, p. 471–78.

[9] CARNEY, Robert M. et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD Study) [online]. Psychosom Med. 2004, vol. 66 no. 4, p. 466-74. Available from Internet: http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/66/4/466

[10] FRASURE SMITH, Op cit. p. 473.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

La enfermedad coronaria se ha convertido a través de los años y de alguna manera dados los estilos de vida actuales, en un problema de salud que día a día va en aumento y en detrimento de la calidad de vida de las personas que la padecen; a esta situación se debe agregar los altos costos para el sistema de salud y los cambios en la dinámica familiar que conllevan estas enfermedades.

La enfermedad coronaria y el infarto agudo de miocardio constituyen la principal causa de morbimortalidad en el mundo, y la segunda en Colombia, después de la violencia[11]. Igualmente la depresión constituye una de las principales causas de morbimortalidad actual, y será la primera según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020.[12]

La enfermedad mental y principalmente el trastorno depresivo tiene una gran comorbilidad con la patología somática. Sin embargo, estas relaciones siempre han estado subdiagnosticadas e infratratadas; es claro que la asociación existente entre el trastorno depresivo y el infarto agudo de miocardio constituye un punto importante del cuidado del paciente incluso desde el momento mismo del diagnóstico, a pesar de ello y dada la diversidad de formas en las que se presentan los síntomas depresivos, estos se asocian a otras causas diferentes a la depresión y no son tratadas a tiempo[13, 14, 15]. Ziegelstein ha señalado que aproximadamente uno de cada seis pacientes experimenta depresión mayor luego de un IAM, y 1 de cada 3 presentan síntomas depresivos durante la

---

[11] CONGRESO COLOMBIANO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. (22: Febrero 12 al 15 de 2008: Cartagena de Indias). Memorias. Cartagena: 2008.

[12] Citado por FUENTES L, Ana. Autocuidado del paciente cardiovascular [en línea]. Archivos de cardiología de Mexico. Enero-Marzo 2001, vol. 71 no. 1, p. 198-200. Disponible en Internet: http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011ao.pdf

[13] CARNEY, Robert M. et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease. Op cit., p. 470.

[14] BRINK RH, Eva et al. Treatment of depression after myocardial infarction and the effects on cardiac prognosis and quality of life: rationale and outline of the Myocardial Infarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT). In: American Heart Journal. 2002, vol. 144 no. 2, p. 219-25.

[15] FRASURE SMITH, Nancy et al. Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction [online]. In: Psychosom Med. 1999, vol. 61no. 1, p. 26-37. Disponible en Internet: http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/61/1/26

hospitalización[16], dato interesante si se tiene en cuenta que los estados depresivos van a llevar al paciente a tener bajos niveles de adhesión a los tratamientos, retrasando su proceso de recuperación.

Durante las últimas décadas se ha prestado un poco más de atención al tratamiento de los trastornos depresivos, debido a que constituye un problema importante de salud pública, pero no se han establecido estrategias de cuidado por parte de la profesión de enfermería para afrontar esta problemática en los pacientes que padecen infarto agudo de miocardio.

La literatura de enfermería es escasa en lo referente a la relación entre infarto agudo de miocardio y depresión; sin embargo existen estudios hechos por otras disciplinas[17] [18] diferentes a la enfermería que han mostrado asociación entre estas dos patologías. Tampoco es claro el aporte de las teorías propias de enfermería acerca del análisis de esta problemática ya que enfermería tiene muy pocos estudios relacionados con el tema, que analicen la situación desde la perspectiva teórica de enfermería.

Puesto que la literatura médica y de psicología sugieren que la depresión es una entidad íntimamente asociada a los procesos patológicos como el infarto agudo de miocardio, se hace necesario que los profesionales de enfermería también tengan un conocimiento apropiado sobre las múltiples caras y manifestaciones que puede presentar la depresión en pacientes con patología cardiovascular, ello con el objeto de contribuir a crear estrategias de cuidado de enfermería tendientes a dar respuestas a las necesidades de cuidado psicoemocional en los pacientes en periodos de recuperación y rehabilitación.

El estudio realizado por Ximenes Neto y colaboradores[19], relacionado con los conocimientos y prácticas que los enfermeros tenían al cuidar pacientes con depresión, concluyó que existen dificultades para identificar de manera pronta los

---

[16] ZIEGELSTEIN, Roy C. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. In: JAMA. 2001 Oct 3, vol. 286 no. 13, p. 1621-7.

[17] BUSH, David et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. In: Am J Cardiol. 2001, vol. 88 no. 4, p. 337-341.

[18] SHIOTANI, I. Sato et al. Depressive symptoms predict 12-month prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. In: J Cardiovasc Risk. Jun 2002, vol. 9 no. 3, p. 153-60.

[19] XIMENES, Neto et al. Concepcoes, Conhecimentos e prácticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressao: Um olhar para o territorio da Atencao Primária a Saúde. En: Revista Enfermería Global. Junio 2009, no. 16, p. 6.

estados depresivos en los pacientes y que dicha dificultad está determinada por los pocos conocimientos y poco interés que se da a la valoración y reconocimiento de los síntomas depresivos que puede presentar el paciente; situación que demuestra la necesidad de conocer mejor los signos y o síntomas sugestivos de estados depresivos en las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio con el objeto de familiarizar al profesional de enfermería sobre las diferentes manifestaciones de la depresión asociada a enfermedades consideradas como catastróficas, de la cual no se escapa el infarto agudo de miocardio.

En cuanto a distribución por sexo, se sabe que las mujeres padecen más depresión que los hombres. Amplios estudios epidemiológicos han mostrado que las mujeres mayores padecen menor grado de depresión que las jóvenes, a pesar de ello, existen algunas edades en las que es frecuente encontrar estados depresivos, por tanto, el sexo femenino presenta dos picos de aparición de depresión, uno en la pubertad y otro en la perimenopausia, es decir, alrededor de los 60 años. Además, en la comunidad cada día se presentan más casos de mujeres jóvenes con diagnóstico de IAM y quienes tienen tasas de mortalidad mayores que los hombres debido a las características y las situaciones que hacen diferentes los síntomas que presentan las mujeres vs. los síntomas de los hombres. El estudio de Vaccarino et al., encontró que la tasa de mortalidad en mujeres era dos veces superior en mujeres que en hombres (20,9 *vs.* 13,6%)[20].

El estudio realizado por Machado Ana Lucia y Vieira Cintia[21] llamado: "viviendo con la depresión: historias de vida de las mujeres" y cuya finalidad consistía en comprender y describir las historias de vida de las mujeres con depresión, obtuvo como resultado que las historias de vida de las personas son diferentes y por ende la planeación de los cuidados en las mujeres con síntomas depresivos debe realizarse de manera pronta e individualizada teniendo en cuenta el contexto social, educativo y familiar en el que las personas se desenvuelven. A partir de este concepto surgen interrogantes importantes por resolver antes de planear los cuidados de enfermería; dichos interrogantes hacen referencia a la forma como las mujeres vivencian la etapa postinfarto agudo de miocardio y a cuáles son los signos y/o síntomas característicos de depresión que se desarrollan durante este proceso. El conocimiento a profundidad de estos aspectos permitirá al enfermero (a) desarrollar estrategias de cuidado más eficaces y mejor relacionadas con la realidad de las personas.

---

[20] VACCARINO, Viola et al. Sexbased differences in early mortality alter myocardial infarction. In: N Engl J Med. 1999, vol. 341, p. 217-25.

[21] VIEIRA GONCALES, Cintia Adriana e MACHADO, Ana Lucía. Vivendo com a depresao: historias de vida de mulheres. Em: Revista Escuela de Enfermería Universidad Sao Pablo. 2008, vol. 42 no. 3, p. 461-466.

La depresión interfiriere de manera significativa con las sensaciones de bienestar o felicidad produciendo discapacidad y complicando el tratamiento de las enfermedades y con ello la recuperación de la paciente con infarto agudo de miocardio. La depresión durante la hospitalización por el infarto agudo de miocardio, según un estudio realizado por Roy C. Ziegelstein[22] mostró una significativa relación con un aumento de la tasa de muertes en los cuatro meses siguientes al ataque; el autor relaciona estos datos con la falta de energía para la realización de las actividades de la vida diaria. Al analizar este resultado desde la perspectiva de enfermería, se crea un interrogante importante de analizar pues se sabe que los estados depresivos pueden llegar a convertirse en un factor determinante que se opone a que el paciente se adhiera a los tratamientos y a las medidas de cuidado necesarios para sobrellevar una enfermedad.

La depresión y la enfermedad cardíaca, especialmente el infarto agudo de miocardio, coexisten casi de manera inseparable dados los cambios de rol e incapacidades que trae consigo el hecho de padecer infarto agudo de miocardio. La mayoría de los pacientes con enfermedad cardíaca e infarto agudo de miocardio experimentan síntomas depresivos aumentando las probabilidades de un resultado cardiaco adverso.

En el perfil epidemiológico del país según la OPS[23], se estima que el 79.5% de las defunciones ocurren por enfermedad del aparato circulatorio y que para el caso de las mujeres, el 35,3% del total de las defunciones se deben a las enfermedades del aparato circulatorio, mientras que en los hombres, el 36,8% del total de defunciones se presentan por causas externas, asociadas a la violencia.

La aparición de síntomas depresivos durante la recuperación del paciente y específicamente de las mujeres con infarto agudo de miocardio tiene un efecto en el pronóstico directo sobre ellos en lo referente a la rapidez de su recuperación. Los pacientes que presentan depresión e infarto agudo de miocardio tienen mayor riesgo de morbi mortalidad, sobre todo en los estudios de seguimiento a un año, al igual que a largo plazo, generando más gastos a nivel de salud pública. [24]

---

[22] ZIEGELSTEIN, Roy C. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. Op. cit., 1621-1627.

[23] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Tendencias Demográficas y de Mortalidad en la Región de las Américas, 1980-2000 [en línea]. Boletín Epidemiológico. septiembre del 2002, vol. 23 no. 3. Disponible en Internet: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v23n3-editorial.htm. Consultado: Octubre24 de 2009.

[24] CARNEY, Robert M. et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease. Op cit., p. 471.

Tobien y colaboradores citados por Shaffer y Corish[25], encontraron que las mujeres doblan a los hombres en probabilidad de presentar síntomas atribuidos a causas somáticas, psiquiátricas o no cardíacas, reforzando de esta manera que la enfermedad no es tomada tan seriamente en las mujeres como en los hombres. Las mujeres a menudo describen síntomas en términos de sentimientos, mientras que los hombres describen síntomas usando términos muy concretos.

Surgen varios puntos a resaltar acerca de la problemática del paciente con infarto agudo de miocardio y los síntomas sugestivos de depresión que pueden presentar; existe una clara asociación entre los estados depresivos y su relación con un peor pronóstico en la recuperación del paciente con enfermedad cardiaca. Dada la variedad de la presentación de los estados depresivos, algunos casos son fácilmente identificables; a pesar de ello, existen profesionales de la salud que pasan por alto la valoración del componente psicológico del paciente cardiópata y por tanto, no se toman las medidas necesarias para afrontar esta problemática en particular.

Cabe destacar que a través de la revisión de la literatura se logra concluir que los síntomas depresivos pueden estar presentes en todas las mujeres que han sido diagnosticadas con infarto agudo de miocardio independientemente del ambiente donde se desenvuelvan los seres humanos, a su vez la asociación entre estados depresivos e infarto agudo de miocardio disminuye la calidad de vida, la adherencia a los tratamientos y con ellos una disminución en la sobrevida de las personas que padecen estas enfermedades.

Desde el punto de vista de enfermería, es importante identificar y valorar en las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio, la experiencia que puede ser sugestiva de depresión, dado que de ella es fácil determinar algunos signos o síntomas que puedan estar presentes y que se relacionen con la depresión; se busca identificar estas situaciones especiales con el objeto de tenerlas en cuenta en el momento de evaluar a la mujer con infarto agudo de miocardio y planear los cuidados de enfermería que ella requiera. Si las enfermeras muestran un mayor conocimiento del fenómeno asociativo de la depresión en etapas postinfarto agudo de miocardio, lograrán mayor grado de experticia en la valoración del componente psicológico y les será más fácil la identificación de síntomas depresivos en las mujeres que han tenido un IAM. De esta manera se espera que se pueda contribuir más efectivamente al proceso de recuperación y adaptación del paciente durante las fases de rehabilitación cardiaca.

---

[25] SHAFFER, Rose y CORISH, Cheryl. Cardiac Surgery and women. In: The Journal of cardiovascular Nursing. Julio 1998, vol. 12 no. 4, p. 14-31.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Se sabe que el curso de las enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular y especialmente el infarto agudo de miocardio puede ocasionar efectos devastadores en la personalidad de los individuos debido a la variedad de conductas que la persona debe asumir para mejorar su salud y/o modificar estilos de vida. Una de las primeras consecuencias del infarto es una revaloración de la experiencia [26] y de los conocimientos que culturalmente se forjan alrededor del concepto y de la situación; comúnmente los pensamientos que surgen alrededor del infarto se acompañan de un sentimiento de culpa y desesperanza que a su vez se convierte fácilmente en un factor de riesgo para presentar depresión.

Aunque la asociación entre la enfermedad cardiaca y los estados depresivos ha generado un interés especial en los últimos años, desde el punto de vista de enfermería es poco lo que se ha estudiado el tema. No existen estudios que describan y analicen las experiencias vividas de las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio y que busquen identificar signos y/o síntomas sugestivos de estados depresivos durante ésta fase de la enfermedad.

Con la realización de este estudio se busca beneficiar al equipo de salud y específicamente a la disciplina de enfermería. Se pretende aportar al conocimiento de la experiencia vivida por la mujer en relación al infarto agudo de miocardio, dar herramientas para identificar aquellas pacientes que presentan mayor riesgo de presentar estados depresivos y de ésta manera ajustar el cuidado que se ofrece a este grupo poblacional, impactando en la reducción de la morbilidad depresiva asociados a la enfermedad cardiaca.

La relevancia y la pertinencia para la profesión de enfermería se fundamenta en la utilización de la información analizada e interpretada de la experiencia de las pacientes para:

1. Dar cuidado sustentado en conocimiento a las mujeres con infarto agudo de miocardio y depresión desde una perspectiva individualizada y con un enfoque humano, cuidando a la persona y no sólo a la enfermedad.

[26] VAN MELLE, Joost P. et al. Prognostic association of depresión following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis [online]. In: Psychosom Med. 2004, vol. 66, p. 814-822. Available from Internet: http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/66/6/814

2. Contar con argumentos para justificar un cuidado humanizado a la mujer con infarto agudo de miocardio y depresión.

La relevancia social radica en la importancia que tiene el estudio de la problemática en las mujeres post infarto agudo de miocardio pues se ha encontrado en la literatura que las enfermedades cardiovasculares se han convertido en una problemática de salud que va en aumento. La misma depresión se constituye en un factor de riesgo que empeora la condición cardiovascular de las mujeres, favoreciendo que en ellas, se repitan otras formas de presentación de la enfermedad cardiaca o nuevos episodios de infarto. Se hace necesario tener una formación más completa para dar un cuidado oportuno a las mujeres en la etapa post infarto agudo de miocardio, de modo que junto con las habilidades y conocimientos que enfermería tiene sobre la tecnología biomédica moderna, se pueda abordar el cuidado de toda la experiencia vivenciada por las mujeres, incluyendo aspectos importantes del estado emocional.

La relevancia para la generación y producción de conocimientosnuevo se fundamenta en el uso de metodología fenomenológico-interpretativa para este tipo de situaciones que ameritan la consideración de la experiencia y su interpretación con miras a enriquecer la línea de investigación “Cuidado a la mujer con dolor torácico” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. El conocimiento a profundidad del fenómeno asociativo entre estados depresivos e infarto agudo de miocardio va a permitir a los enfermeros adoptar medidas tendientes a reconocer de manera pronta los signos y/o síntomas sugestivos de depresión en mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio y de esta manera implementar acciones de cuidado tendientes a aminorar las consecuencias devastadoras en la calidad de vida de las mujeres.

La utilización de la metodología cualitativa en estudios que aporten al desarrollo del conocimiento en esta área, permite ver al ser humano de una forma holista y más humana; entendiendo que la persona está inmersa en un contexto, ella es quien vivencia la experiencia en dicho contexto. El investigador se sirve de los datos recolectados para darle sentido y entendimiento al fenómeno en estudio, él se hace partícipe sólo como un testigo indirecto, que sólo interviene al hacer la interpretación de los datos. Se reconoce la importancia de la metodología de tipo cualitativo, aclarando que esta no permite llegar a una verdad única y absoluta, sino que ésta es relativa para este grupo de personas.

1.3 TEMA

Experiencia de las mujeres con infarto agudo de miocardio.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad cardiovascular y especialmente el infarto agudo de miocardio, tiene un gran impacto en los ámbitos físico, emocional, laboral, social, familiar y sexual de las personas. Es común que luego de la ocurrencia de una enfermedad que trae consigo una variedad de cambios en los estilos de vida, las personas experimenten algunas sensaciones poco placenteras que de alguna manera pueden interferir con su pronta y satisfactoria recuperación; Patricia González Luna[27] afirma que los pacientes que han sufrido un evento coronario presentan mayor grado de preocupación por su salud y su propia vida y se acentúa el grado de incertidumbre acerca del futuro. Las manifestaciones expresadas por los pacientes cardiópatas son reforzadas por el uso de algunas técnicas y tratamientos utilizados para la recuperación, enfrentándolos a un ambiente ajeno y estresante.

En la practica clínica de Enfermería se visualiza la poca intervención en los aspectos emocionales que el profesional tiene para con las mujeres que han sido diagnosticadas con infarto agudo de miocardio, existe poco conocimiento acerca de los signos y síntomas que son comunes en las pacientes durante la etapa postinfarto; siendo éste un aspecto muy importante a tener en cuenta, pues son ellas quienes expresan con mayor facilidad sus sentimientos.

Por consiguiente, el personal de enfermería debe preocuparse no solo de cuidar los síntomas físicos de los pacientes a su cargo, sino que debe saber identificar y manejar los estados sugestivos de depresión en ellos. Para poder intervenir en los aspectos emocionales de las mujeres con enfermedad coronaria, en primera medida se deben identificar los signos y síntomas que presentan luego de ser diagnosticadas con infarto agudo de miocardio.

---

[27] GONZALEZ Luna Patricia, Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins entre Marzo y Abril del 2006. Tesis de grado. Especialización en Enfermería Cardiológica. Lima. Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. 2007.

1.4.1 Formulación del problema. Experiencia de las mujeres en etapa post infarto agudo de miocardio

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general. Describir la experiencia de las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio, con el fin de identificar sintomatología que sugiera estados depresivos.

1.5.2 Objetivos específicos

- ✓ Describir la experiencia vivida en la etapa post infarto agudo de miocardio en mujeres que se encuentren en el primer mes de ocurrencia del la enfermedad.
- ✓ Identificar la sintomatología que sugiera estados depresivos en mujeres durante el primer mes post infarto agudo de miocardio.

1.6 DEFINICION DE CONCEPTOS

1.6.1 Mujeres en el primer mes de la etapa post infarto agudo de miocardio. Mujeres que han presentado síntomas característicos de enfermedad coronaria y han sido diagnosticadas con infarto agudo de miocardio a través de la cualificación de las enzimas cardiacas y de los datos electrocardiográficos y quienes adicionalmente se encuentran en el primer mes de ocurrido el infarto agudo de miocardio, es decir, en periodo de recuperación y rehabilitación cardiaca durante la fase dos.

1.6.2 Depresión en la etapa post infarto agudo de miocardio. Estado de ánimo triste durante la mayor parte del día que presenta la mujer luego de haber sido diagnosticada con Infarto agudo de miocardio. Se caracteriza por presentar apatía, pérdida de interés o placer en actividades que antes eran gratificantes, sentimientos de desesperanza y pesimismo, inutilidad y culpa excesivos, disminución de energía, fatiga, agotamiento o inquietud e irritabilidad, y presencia de síntomas físicos persistentes como cefaleas, trastornos digestivos, llanto fácil. Estos síntomas depresivos son generados por los cambios en la dinámica personal, familiar, social y funcional a los que se ve enfrentada la paciente luego de presentarse un infarto agudo de miocardio.

1.6.3 Síntomas depresivos. Manifestaciones de origen psicológico y físico que presentan las mujeres en etapa post infarto agudo de miocardio; estas manifestaciones incluyen: estados de irritabilidad, tristeza persistente, llanto frecuente, pensamientos acerca de la muerte o el suicidio, disminución en la capacidad para disfrutar de sus actividades preferidas, quejas frecuentes de malestares físicos, tales como cefalea, nivel bajo de energía, fatiga, mala concentración, cambios en los patrones de comer o de dormir (comer o dormir en exceso o inapetencia e insomnio).

1.6.4 Experiencia de la depresión de las mujeres en la etapa pos infarto agudo de miocardio. Se define como una forma de conocimiento o habilidad derivados de la vivencia de un evento, para el caso de esta investigación, el evento es el infarto agudo de miocardio.

Según Dilthey (1900), citado por Mitchell y Cody; la experiencia humana tiene un componente subjetivo importante y fundamental pues sólo puede ser expresado por la persona que vive la experiencia, mientras que la objetividad es una creación humana.[28] Estos autores también señalan que "la vida es un proceso, un continuo llegar a ser que a su vez se manifiesta a sí misma en la unidad dinámica de la experiencia".

[28] MITCHELL, Gail and CODY, William. Nursing knowledge and human science; ontological and epistemological considerations. In: Nursing science quarterly. 1992, vol. 5 no. 2, p. 54-61.

2. MARCO CONCEPTUAL

El marco teórico está constituido por cuatro grandes temas:

- ✓ Infarto agudo de miocardio
- ✓ Rehabilitación cardiaca
- ✓ Depresión
- ✓ Asociación entre la depresión y las enfermedades cardiovasculares
- ✓ Teoría de mediano rango de la incertidumbre en la enfermedad

2.1 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

El infarto agudo de miocardio (IAM) se caracteriza por ser una situación en la que existe necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada y supone el 36% de los casos ingresados con la sospecha diagnóstica de síndrome coronario agudo (SCA)[29]. Es un cuadro clínico ocasionado por la enfermedad arterial coronaria en situación de inestabilidad, que se define desde diferentes perspectivas relacionadas con aspectos clínicos, electrocardiográficos, bioquímicos y características patológicas[30].

El síntoma principal es el dolor, generalmente muy severo, y con diferentes presentaciones y/o manifestaciones por parte de los individuos que lo experimentan. Dentro de los síntomas más comunes se encuentran: el dolor precordial: torácico, grave y prolongado de tipo opresivo con una duración menor a 30 minutos, que se localiza en la región sub-esternal o precordial izquierda con sensación opresiva, dolor que además se puede irradiar a la espalda, cuello, mandíbula o brazo izquierdo en dirección descendente por la zona cubital. Otras formas de presentación de infarto corresponden a las manifestaciones de reacción

[29] ANTMAN, EM et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). In: J Am Coll Cardiol. 2004, vol. 44 no. 3, p. 671-719.

[30] SCOTTISH Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Acute coronary syndromes: a national clinical guide lines [on line]. Edinburg: SIGN publication. 2007, no. 94, p. 5-58. [cited in march 12, 2008]. Available from Internet: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign93.pdf

vagal como son las náuseas, el vómito, la palidez, la piel fría, piloerección y la diaforesis. Las manifestaciones de reacción adrenérgica secundarias al infarto agudo de miocardio comprenden: un aumento de las catecolaminas, taquicardia, excitabilidad cardiaca, aumento del consumo de oxígeno a nivel miocárdico, vasoconstricción, disminución del gasto cardiaco, cianosis periférica, hipotensión, pulso filiforme, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, angustia y finalmente sensación inminente de muerte.

También existe la posibilidad de que el infarto ocurra de manera casi silente y sin dolor o en algunos casos (situación que es más frecuente en las mujeres), el síntoma que puede manifestar el paciente consiste en una sensación de opresión o malestar epigástrico; aspecto que no significa que sea menos grave, sino que por el contrario, el paciente debido a esta forma de presentación del infarto puede correr el riesgo de ser diagnosticado, tratado y cuidado tardíamente. "En un 15% de los casos el infarto puede ser indoloro especialmente en pacientes diabéticos, mujeres u hombres ancianos"[31]; su manifestación puede ser falla cardiaca aguda, hipotensión no explicada o arritmias.

2.1.1 Fisiopatología del Infarto agudo de miocardio. Desde el punto de vista fisiopatológico el proceso se inicia cuando una placa ateromatosa se rompe, generando la exposición del material subyacente constituido por lípidos, células inflamatorias tipo linfocitos, monocitos, macrófagos, musculares lisas que son activadas a través de mediadores del tipo de tromboxano A2, ADP, FAP, trombina, factor tisular, radicales libres; Toda esta serie de sucesos activan el proceso de coagulación con adhesión y agregación de plaquetas y generación de un trombo oclusivo con fibrina y abundantes glóbulos rojos, que provoca isquemia hacia las partes distales del vaso comprometido si no hay circulación colateral.

La isquemia así generada lleva al proceso de necrosis del tejido distal a la obstrucción con los consiguientes cambios estructurales de la membrana celular y de su estructura fibrilar, que llevan a la pérdida de capacidad contráctil y que dependiendo de la extensión del compromiso puede llevar a la falla cardiaca irreversible.

2.1.2 Diagnóstico del Infarto agudo de miocardio. El diagnóstico inicial del infarto agudo de miocardio se basa en una historia consistente en el dolor torácico

[31] ALPERT, JS et al. Myocardial infarction redefined a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. In: J Am Coll Cardiol. 2000 Sep, vol. 36 no. 3, p. 959-69.

isquémico y unos cambios electrocardiográficos tempranos que posteriormente son corroborados con una elevación sérica de las enzimas cardiacas.

2.1.3 Clasificación del infarto agudo de miocardio. En 1967, Killip y Kimball[32] describieron la evolución de 250 pacientes con infarto agudo de miocardio en función de la presencia o ausencia de hallazgos físicos que sugirieran disfunción ventricular; es así como diferenciaron cuatro clases (I, II, III y IV) para las cuales la mortalidad intrahospitalaria fue del 6, 17, 38 y 81 %, respectivamente. Una mayor clase de Killip en la clasificación del infarto agudo de miocardio, se asocia con mayor mortalidad intrahospitalaria, a los seis meses y al año[33]. La siguiente grafica muestra la clasificación de Killip Kimball para infarto agudo de miocardio:

Clase	Hallazgo
KILLIP 1	Normal, sin signos clínicos de insuficiencia cardiaca
KILLIP 2	S3, Presencia de estertores pulmonares, Edema intersticial, Elevación de la presión venosa yugular
KILLIP 3	Edema pulmonar
KILLIP 4	Choque cardiogénico

Fuente: Killip, Kimball, Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients". Am J Cardiol. 20 (4): 457–64

2.1.4 Tratamiento del Infarto agudo de miocardio. El manejo y tratamiento del infarto agudo de miocardio debe ir encaminado a reducir la mortalidad temprana o tardía, tratar de limitar el área del infarto y preservar la función ventricular, aliviar el dolor, evitar o corregir complicaciones derivadas de la isquemia miocárdica, disminuir la posibilidad de reinfartos y alcanzar un estado óptimo de rehabilitación. Adicionalmente a ello se deben tener en cuenta algunas medidas generales para cumplir con los objetivos del tratamiento[34]:

[32] KILLIP, T 3rd and KIMBALL, JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. In: Am J Cardiol. 1967 Oct, vol. 20 no. 4, p. 457-464.

[33] ALPERT, JS et al. Op. cit., p. 959.

[34] ALPERT, JS et al. Op. cit., p. 960.

- ✓ Reposo, especialmente durante las primeras horas del infarto y que posteriormente puede ser relativo según la gravedad del infarto y la fase de rehabilitación en la que se encuentre el paciente.

- ✓ Hospitalización en una unidad coronaria

- ✓ Administración de oxigeno suplementario

- ✓ Manejo del dolor a través del uso de la analgesia

- ✓ Administración de nitratos, antiagregantes plaquetarios, betabloqueadores, IECAS

- ✓ Ofrecer terapia de reperfusión si esta indicada

2.1.5 Rehabilitación cardiaca. La rehabilitación cardiaca es un programa interdisciplinario en donde el profesional de enfermería juega un papel muy importante y fundamental y tiene como objetivo ayudar a disminuir las tasas de morbimortalidad del paciente con afecciones cardiovasculares. Combina la actividad física con programas educativos sobre los factores de riesgo de la enfermedad coronaria (tabaquismo, obesidad, hipertensión, stress, entre otros), a modo que el paciente realice una modificación en las dimensiones física, sicológica y social.

El programa de rehabilitación cardiaca consta de tres fases por las cuales pasa el paciente mientras se adapta a los nuevos cambios en los estilos de vida, estas fases son:

Fase 1: Se inicia desde el primer día en los pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado o cuando las condiciones clínicas y hemodinámicas se estabilizan. Esta fase tiene como objetivo contrarrestar los efectos del reposo prolongado, tales como: la falta de condicionamiento físico, la hipotensión ortostática, el tromboembolismo pulmonar, entre otros, adicionalmente a ello, se constituye en el espacio ideal para iniciar las actividades de prevención secundaria; durante este proceso se educa al paciente acerca de su enfermedad, la dieta, los factores de riesgo y su modificación, se le orienta respecto a sus medicamentos, los cuidados que ha de tener en casa, la actividad física permitida y los signos de alarma para solicitar ayuda

Fase 2: Se realiza en el hospital en forma ambulatoria y busca elevar la capacidad funcional del paciente. Durante las sesiones de entrenamiento físico se

monitorizan las manifestaciones clínicas, los trazados electrocardiográficos y los valores hemodinámicos antes, durante y después de la actividad fìsica; como requisito para estar en esta fase, los pacientes deben haber culminado la fase uno de la rehabilitación cardiaca.

Fase tres: Es ambulatoria de mantenimiento y soporte que incluye actividades recreacionales y de ejercicio. Durante esta fase el paciente desarrolla su actividad física de manera independiente, conforme a un plan de entrenamiento establecido al término de la fase II. Tiene como principal objetivo, mantener la capacidad funcional ya establecida en la fase anterior.

2.2 DEPRESIÓN

La depresión se define como un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés de un paciente por lo que le rodea y de esperanza en el futuro.[35] La depresión también es un concepto derivado del latin *depressus* que significa "abatido", "derribado", y es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

En términos médicos el concepto de depresión hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente la esfera afectiva de las personas dentro de las cuales se encuentran: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo, limitar la actividad habitual, deteriorar las relaciones interpersonales y empeorar el pronóstico y recuperación ante una enfermedad.

Un aspecto importante a tener en cuenta hace referencia a la percepción de que la persona con depresión puede no vivenciar tristeza; en tal caso, los síntomas que pueden ser sinónimo de depresión se caracterizan por pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. “Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y los sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias

[35] LARA GONZÁLEZ, E. Prevalencia de depresión mayor en pacientes hospitalizados. Tesis. México: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, 2001.

(abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento paterno educativo."[36]

Los pacientes con síntomas depresivos suelen presentar una serie de manifestaciones físicas que a veces no son fáciles de describir por ellos mismos; la presentación de ansiedad o depresión asociadas a la enfermedad se asocia con una sensación inexplicable de vacío y tristeza, sensaciones de angustia inmotivada, falta de interés por las cosas, "descubrimiento de sensaciones displacenteras o desagradables tales como: astenia, tensión muscular y abdominal, sensación de ahogo respiratorio, síntomas gastrointestinales y cardiovasculares (palpitaciones, dolor precordial opresivo y taquicardia)"[37].

A pesar de la gran variedad de síntomas que presenta el paciente y que están asociados a estados depresivos, existe una tendencia a considerar la depresión como una enfermedad no real o necesariamente no tan seria, por lo que se pierde una oportunidad de un tratamiento apropiado, aspecto que se agrava aún mas si la persona que padece estos síntomas es una mujer; dada su característica innata de género, los síntomas depresivos son comúnmente subvalorados.

Aparentemente los pacientes con depresión incrementan su riesgo de padecer eventos cardiovasculares; este incremento se debe a la connotación cultural que tiene la enfermedad considerada como una enfermedad catastrófica en el ámbito social. Los pacientes con enfermedades cardiacas que sufren depresión se ven agobiados por el peso de su enfermedad y tienen una menor calidad de vida que los que no padecen depresión.

2.2.1 Clasificación de la depresión. Al igual que en otras enfermedades, la depresión tiene varias clasificaciones dependiendo del ámbito en el que se maneje el término, Lebowitz y colaboradores[38] presentan una revisión de literatura relacionada con los conceptos sobre depresión; según estos autores los tres tipos más comunes de depresión son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. A continuación se presenta un resumen de los postulados de cada tipo de depresión.

---

[36] McCULLOUGH, James P. Jr. Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psycotherapy (CBASP). New York: Guilford Publications, 2003, 326 p.

[37] Ibid., p. 10.

[38] LEBOWITZ, Barry D. et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. In: Journal of the American Medical Association. 1997, vol. 278 no. 14, p. 1186-90.

1. La depresión severa: se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida de una persona, pero por lo general ocurre varias veces durante el transcurso de la vida de la persona.

2. La distimia: un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos como la inapetencia, el insomnio, la sensación de falta de energía, la baja autoestima y la pérdida de interés por las actividades placenteras; estos síntomas frecuentemente no causan incapacidad, pero sin embargo interfieren significativamente con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

3. El trastorno bipolar: llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico.

De la misma manera los anteriores autores señalan que existen otras clasificaciones para los estados depresivos dentro de los cuales se encuentran la clasificación clásica y la clasificación actual.

2.2.2 Clasificación clásica

a. Depresiones endógenas (primaria). Estas depresiones van de adentro hacia afuera. Se relacionan con una vulneración específica del propio psiquismo del paciente. El término endógeno debe entenderse como la manifestación depresiva sin una causa que, al menos en apariencia la justifique. Se caracterizan porque su aparición ocurre de manera espontánea.

Es una característica propia del depresivo endógeno, que en una fase de normalidad del estado de ánimo, el paciente responda con entereza y sosiego a las dificultades, al contrario, en una fase depresiva son incapaces de enfrentarse a estas mismas dificultades e incluso a otras de menor peso. Estas reacciones del estado de ánimo y de la importancia de los acontecimientos pueden variar de individuo a individuo y de una raza a otra, aun de un nivel sociocultural a otro nivel.

b. Depresiones somatógenas. Estas tienen causas orgánicas demostrables, la depresión puede ser parte de procesos infecciosos, enfermedades de la tiroides o cáncer. Por lo que es necesario tratar antes la causa primaria, aun cuando persista la depresión una vez eliminado lo que la provocó. Puede pasar que el trastorno orgánico queda resuelto pero persisten las manifestaciones depresivas, entonces el tratamiento debe ser bidireccional (tratar la depresión como entidad independiente).

c. Depresión psicógena. Son originadas por causas psíquicas o ambientales, por fuertes tensiones, por componentes psicosociales, etc.

2.2.3 Clasificación actual. En esta se hace mayor hincapié en saber si el síndrome depresivo está o no relacionado con otras entidades y si cumple o no ciertos requisitos, como síntomas, signos, gravedad y tiempo de evolución.

a. Depresiones secundarias. Son las relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas. Es indispensable identificar el trastorno original que las provocó. Pueden ser secundarias en relación a alteraciones psiquiátricas, consumo crónico de alcohol o como consecuencia de alteraciones médicas.

b. Depresiones primarias. Son las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica. Aparecen de manera autónoma o una vez que se producen los desencadenamientos antes descritos. Las subdivisiones son de acuerdo con su sintomatología y su gravedad.

Existe otra clasificación aportada por los estudios de Doering y colaboradores[39] quienes a través de un estudio cuantitativo utilizaron un instrumento para clasificar la depresión mayor y la menor; estos autores sugieren la siguiente clasificación:

[39] DOERING, Lynn V. et al. Clinical depression in women after cardiac surgery. In: Journal of cardiovascular nursing. 2006, vol. 21 no. 2, p. 132 – 139.

Evaluación	Criterio	
Tipos de síntomas	*Síntomas característicos*	Disforia Anhedonia Desesperanza Culpa o minusvalía Dificultad para concentrarse
	Otros síntomas	Cambio en el apetito Cambio en el patrón de sueño Fatiga o pérdida de energía Retraso psicomotor o agitación Ideas o intento de suicidio
Cantidad de síntomas	*Depresión mayor*	Presencia de 5 o más síntomas, por lo menos uno debe ser un síntoma característico
	Depresión menor	Presencia entre 2 y 5 síntomas, por lo menos uno debe ser un síntoma característico
Intensidad de los síntomas	*Frecuencia*	Ocurre la mayor parte del tiempo
	Duración	Duran 2 semanas o más
	Severidad	Interfiere con el funcionamiento diario

Fuente: DOERING, Lynn V. et al. Clinical depression in women after cardiac surgery. In: Journal of cardiovascular nursing. 2006, vol. 21 no. 2, p. 132 – 139

2.2.4 Causas de la depresión. La depresión en general puede deberse a un sinnúmero de causas dentro de las cuales se encuentran, la pérdida o muerte de un ser querido, el curso de una enfermedad, alcoholismo, la violencia, el aislamiento social, entre otras; existen además causas clínicas de la depresión que se relacionan con un desequilibrio de los neurotransmisores que estimulan el cerebro tales como la serotonina y la noradrenalina. En general existen causas primarias y secundarias[40] que explican la aparición de la depresión en los seres humanos:

2.2.5 Causas primarias

a. Bioquímicas cerebrales. Postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de serotonina, noradrenalina y dopamina son causa de depresión mientras que un exceso de ellas es causa de estados maniacos.

b. Neuroendocrinos. Sugieren una disfunción del hipotálamo, se caracterizan porque hay un aumento de los niveles de cortisol, disminución de la T3 dada

[40] TORO, Ricardo y YEPES, Luis. Fundamentos de medicina: psiquiatría. 4a. ed. Medellín, Colombia: Corporación para las investigaciones biológicas. 2002

por alteración de la glándula tiroides, disminución de la liberación de la hormona de crecimiento durante el sueño.

c. Neurofisiológicos. Un hallazgo importante que se encuentra en los pacientes deprimidos es la disminución de los movimientos oculares rápidos.

d. Genéticos y familiares. Relacionados con una predisposición genética a presentar estados depresivos, especialmente si los antecedentes de depresión provienen de familiares de primer grado de consanguinidad.

e. Factores psicológicos. Se cree que los estados depresivos provienen de pensamientos distorsionados que generan visiones pesimistas y negativas de sí mismo.

2.2.6 Causas secundarias

a. Drogas. Derivados de la administración de medicamentos, para el caso de los fármacos cardiovasculares es común la aparición de estados depresivos en los pacientes que reciben tratamiento con betabloqueadores.

b. Enfermedades orgánicas. Derivadas de reacciones psicológicas que desencadenan las enfermedades especialmente si son patologías consideradas graves, amenazantes para la vida o de las cuales se tiene poco conocimiento, dentro de esta clasificación cabe destacar el infarto agudo de miocardio.

c. Enfermedades psiquiátricas. Etapas avanzadas de los estados de pánico y esquizofrenia, el alcoholismo o la fármacodependencia son causas comunes de depresión.

Aún no se han identificado con precisión los factores por los que la depresión aumenta el riesgo de mortalidad en pacientes post IAM. Sin embargo, existen varias hipótesis entre las que se señala: a) aumento de la activación y agregación plaquetaria; b) aumento del tono adrenérgico que predispone a arritmias ventriculares; c) activación del sistema inmune, implicado tanto en el desarrollo de la placa ateroesclerótica como en el aumento de la mortalidad de pacientes post IAM; d) menor adherencia al tratamiento farmacológico y adopción de estilos de vida saludable; y e) menor soporte social[41], todo ello con el agravante de la posible

[41] ZIEGELSTEIN, Roy C. et al. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. In: Arch Intern Med. 2000, vol. 160 no. 12, p. 1818-23.

coexistencia con algún trastorno psiquiátrico que puede complicar el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de cualquier patología médica, junto con un aumento en los porcentajes y costos de atención[42].

Otra hipótesis planteada en relación a la mayor morbilidad de las mujeres jóvenes está dada por posibles factores genéticos, hormonales o inflamatorios, siendo la más aceptada la vasoconstricción coronaria aumentada con un descenso de la utilización de oxígeno miocárdico debido a niveles aumentados de ADH plasmática y estrógenos (exógenos o endógenos)[43], llevando a la paciente a una vasoconstricción que se traduce en hipoperfusión coronaria. Posiblemente los estrógenos son responsables de la existencia de niveles en plasma elevados de proteína C reactiva, circunstancia que se aprecia en muchos procesos inflamatorios y que parece ser que se asocia con una mayor incidencia de infarto de miocardio en mujeres[44].

Los factores involucrados en la fisiopatología de la asociación de depresión y enfermedad cardiaca están relacionados con:

a. La desregulación del sistema hipotálamo-hipofiso-simpatoadrenal (HHS) como el principal[45]. Este eje de regulación, integrado en múltiples niveles, modularía la liberación de neurotransmisores que actuarían mediante el aumento del tono de las arterias coronarias, mediaría la falta de variabilidad en la frecuencia cardiaca, incrementarían la liberación plaquetaria y provocarían un stress intraluminal mayor. Por consiguiente, el resultado sería la disfunción endotelial.

b. Los pacientes con depresión presentan alteraciones neuroendocrinas y neuroanatómicas que modifican el comportamiento de eje en cuestión. La concentración elevada de factor liberador de corticotrofina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la síntesis y la liberación incrementada de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) produce concentraciones altas de corticoides

---

[42] LEVERSON, James L; HAMER, Robert M. and ROSSITER, LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. In: Am J Psychiatry. 1990, vol. 147, p. 1498-1503.

[43] RIDKER, Paul M. et al. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women [online]. In: N Engl J Med. 2000, vol. 342 no. 12, p. 836-843. Available from Internet: http://content.nejm.org/cgi/content/full/342/12/836

[44] Ibid., p. 25.

[45] LESPERANCE, François et al. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction [online]. In: Circulation. 2002, vol. 105, p. 1049-53. Available from Internet: http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/105/9/1049

circulantes y, por ende, un tenor circulante mayor de noradrenalina[46], con acción directa sobre el corazón (isquemia miocárdica, disminución en la variabilidad de la frecuencia cardiaca y arritmias) o sobre los vasos (disfunción endotelial, agregación plaquetaria). Carney y cols. comprobaron que la variación de la frecuencia cardiaca en pacientes con infarto agudo de miocardio era menor en aquellos que sufrían depresión que en los no deprimidos[47]. Una variación R-R menor a 55 milisegundos sería un predictor independiente de mortalidad, y entre el grupo de pacientes deprimidos el 26% se encontraba en estos valores. Otras investigaciones han propuesto que el incremento de mortalidad en los pacientes depresivos que sobreviven a un infarto agudo de miocardio es secundario a disfunción del sistema nervioso autónomo[48].

c. La depresión se asocia con alteraciones de la función plaquetaria, coagulación sanguínea, función inmunológica, eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), metabolismo folato/homocisteína y función endotelial; los cuales se encuentran involucrados en el proceso arteriosclerótico del paciente con enfermedad cardiovascular.

d. La depresión está asociada con una respuesta inflamatoria de fase aguda, y concentraciones elevadas de proteína C reactiva y citocinas proinflamatorias (interleucina-6, interleucina-1B y factor de necrosis tumoral alfa); estas citocinas proinflamatorias, a su vez, pueden producir síntomas de depresión, anorexia, pérdida de peso, y alteraciones en el sueño[49].

e. La persona deprimida tiene alteraciones sanguíneas, que ocasionan estados protrombóticos. Existe una mayor cuenta leucocitaria, plaquetaria, mayores concentraciones de fibrinógeno, factor VIIc y factor IV en estos pacientes. El incremento en la IL-6 en la depresión está relacionada directamente con el número de leucocitos, neutrófilos y células T CD2+ y CD4+. La activación plaquetaria puede contribuir en la relación entre depresión, formación del trombo y hemostasis. Esta activación plaquetaria se encuentra aumentada en

---

[46] LANE, Deirdre et al. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety [online]. In: Psychosom Med. 2001, vol. 63, p. 221-30. Available from Internet: http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/63/2/221

[47] CARNEY, Robert M. et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD Study) Op. cit., p. 466.

[48] KLEIGER, RE; MILLER, JP. and BIGGER JT Jr. Decreased heart rate variability and its association with increased mortality after acute myocardial infarction. In: Am J Cardiol. 1987, vol. 59 no. 4, p. 256-62.

[49] KOP, Willem J. et al. Inflammation and coagulation factors in persons > 65 years of age with symptoms of depression but without evidence of myocardial ischemia. In: Am J Cardiol. 2002, vol. 89 no. 4, p. 419-424.

el paciente deprimido con enfermedad coronaria, asociada a incrementos de la activación en los receptores de la glicoproteína IIb/IIIa plaquetaria[50].

2.3 ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

En los últimos años, se han estudiado las secuelas psicológicas, en particular la depresión y que son ocasionadas por la cardiopatía y por el infarto agudo de miocardio. Algunos estudios han informado que la presencia de depresión en los pacientes con enfermedades cardiovasculares se asocia con una mayor morbilidad (Frasure-Smith 1995)[51]. Esto puede deberse a las influencias indirectas sobre la salud, como son los "hábitos de autocuidado deficientes con relación a la dieta, el tabaquismo"[52], la disminución de la participación en actividades físicas (Stewart 1989)[53], falta de adhesión al tratamiento y a la asistencia a programas de rehabilitación[54] .

El estudio de Frasure-Smith y cols[55] permitió establecer asociaciones entre depresión y enfermedad cardiovascular, por las siguientes razones:

- ✓ Los síntomas depresivos facilitan estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo, el tabaquismo y la no adherencia a los tratamientos o incumplimiento de las prescripciones médicas.

- ✓ La depresión está acompañada de hipercolesterolemia, que se presenta por la disfunción del eje hipotálamo-hipofisiario, que aumenta la producción de esteroides (hipercortisolemia) y ácidos grasos libres.

---

[50] Ibid., p. 421.

[51] FRASURE SMITH, Nancy et al. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than just depression? In: Health Psychology. 1995, vol. 14 no. 5, p. 388-398.

[52] GLASSMAN, Alexander H, et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. In: JAMA. 1990, vol. 264 no. 12, p. 1546-1549.

[53] STEWART, Anita L. et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study. In: JAMA. Aug 18 1989, vol. 262 no. 7, p. 907-913.

[54] BERKMAN, LF. et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial [online]. In: Journal of the American Medical Association. 2003, vol. 289, p. 3106-3116. Available from internet: http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/289/23/3106

[55] FRASURE SMITH, Nancy and LESPERENCE, François. Depression and other psychological risk following myocardial infarction [online]. In: Arch Gen Psychiatry. 2003, vol. 60, p. 627-636. Available from Internet: http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/60/6/627

- ✓ La depresión produce un efecto proaterogénico a través de alteración en la adhesión plaquetaria y aumento de la producción de fibrinógeno.

- ✓ Los síntomas depresivos tienen un efecto arritmogénico, asociado a una disminución del control vagal y del gasto cardiaco.

La depresión es un factor pronóstico adverso en pacientes con enfermedad coronaria, en este aspecto es importante resaltar que los estados emocionales acompañan a las personas a lo largo de su trayectoria de vida y que las emociones son generadas por las diferentes situaciones y vivencias propias de las personas. En algunos casos estas vivencias pueden ser favorables y propiciar estados de bienestar pero en otras ocasiones pueden ser generadoras de disconfort emocional y es en este momento cuando se corre el riesgo de presentarse mayores alteraciones en la dimensión física del individuo. Después de un infarto agudo de miocardio, entre el 15% y el 20% de los pacientes experimentan una depresión mayor y muchos más síntomas depresivos[56]. Existen tres veces más de posibilidades de sufrir una depresión mayor, entre pacientes con enfermedad coronaria, cuando los comparamos con la población general[57]. La mayoría de estudios sugiere que la asociación entre depresión y enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio conllevan a un peor pronóstico de los pacientes.

La American Heart Association (AHA) [58] considera la depresión como uno de los seis campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular y especialmente el infarto agudo de miocardio. El interés cada vez más frecuente por la relación existente entre el corazón y la mente se ha basado en hallazgos clínicos y en trabajos epidemiológicos sobre el efecto de los factores psicológicos como el estrés, la depresión y la ansiedad sobre la enfermedad coronaria.

Dentro de los trastornos mentales, la depresión es una enfermedad muy frecuente que adicionalmente genera un gran número de discapacidades en las personas y en la sociedad en general; se sabe que aproximadamente el 15% de la población sufrirá durante su vida un episodio depresivo mayor y éste se asociará con una

---

[56] ROZANSKI, Alan; BLUMENTHAL, James A. and KAPLAN, Jay. Impact of psychological factor on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. In: Circulation. 1999, vol. 99, p. 2192-2217.

[57] PENNINX, Brenda W. et al. Depression and cardiac mortality results from a community-based longitudinal study. In: Arch Gen Psychiatry. 2001, vol. 58 no. 3, p. 221-227.

[58] AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and stroke statistic 2004 update. Dallas, Texas: American Association; 2003.

pérdida de la productividad laboral, al igual que con una incidencia elevada de comorbilidades psiquiátricas y orgánicas[59].

Dentro de la revisión hecha se encontraron cuatro estudios que han evaluado la sintomatología depresiva (Havranek 1999[60]; Jiang 2001[61]; Murberg 1999[62]; Vaccarino 2001[63]), en donde además cabe destacar un punto en común que tienen dichos estudios y hace referencia a una prevalencia de la sintomatología depresiva alrededor del 24% al 85% en los pacientes con enfermedades coronarias, falla cardiaca o infarto agudo de miocardio. Estos estudios concluyeron que la depresión era un factor de riesgo significativo de muerte, incluso después de controlar la gravedad de la enfermedad.

El estudio de Berkman, publicado en el año 2003[64], realizado con pacientes deprimidos en la etapa posterior al ataque de un infarto agudo de miocardio y que recibieron seis meses de terapia cognitivo-conductual (TCC), reveló una reducción pequeña pero significativa de la depresión después de la intervención, comparado con los pacientes que recibieron atención habitual.

Se ha demostrado que la depresión modifica el pronóstico en aquellos pacientes que han padecido un infarto de miocardio o padecen isquemia de miocardio. Frasure-Smith y colaboradores, quienes desarrollan su actividad científica en Research Center, del Montreal Heart Institute, Quebec Canadá, evaluaron el impacto que la presencia de un cuadro depresivo tenía en la sobrevida de pacientes a los seis meses pos-IAM.[65]. Se evaluaron 222 pacientes en la primera semana pos-IM mediante el cuestionario de Beck y se consideraron pacientes

---

[59] PENNINX, Brenda W. et al. Depression and cardiac mortality results from a community-based longitudinal study. Op. cit., p. 221-227.

[60] HAVRANEK, Edward P. Prevalence of depression in congestive heart failure. In: American Journal of Cardiology. 1999, vol. 84 no. 3, p. 348-350.

[61] JIANG W, Alexander J. et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. In: Archives of Internal Medicine. 2001, vol. 161, p. 1849-1856.

[62] MURBERG, Terje A. et al. Depressed mood and subjective symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: A two-years follow-up study. In: International Journal of Psychiatry in Medicine. 1999, vol. 29 no. 3, p. 311-26.

[63] VACCARINO, Viola et al. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. In: Journal of the American College of Cardiology. 2001, vol. 38, p. 199-205.

[64] BERKMAN, LF. Op cit., p. 3116.

[65] FRASURE SMITH, Nancy; LESPERANCE, François and TALAJIC, M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. In: JAMA. 1993, vol. 270 no. 5, p. 1819-1825.

depresivos aquellos con un puntaje > 10. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo de tiempo de seis meses, dentro de los resultados encontrados se mostró una mortalidad cardíaca del 18% en comparación con el 4% en los pacientes no depresivos.

En el estudio llevado a cabo por Shiotani I y col.[66] se pretendió investigar el impacto de los síntomas depresivos en el pronostico de pacientes con infarto agudo de miocardio, en dicho estudio se evaluaron 1042 pacientes de los cuales el 42% presentaron síntomas depresivos y dentro de éstos, la tasa de eventos cardiacos fue de un 31,2% comparado con un 23% para los pacientes que no presentaban síntomas depresivos. Este seguimiento se realizó durante un año. Así se llegó a la conclusión que la depresión ocurrida tras un episodio de infarto de miocardio es un predictor importante de eventos cardiovasculares luego de un año de seguimiento dentro de la población japonesa y sobre todo cuando se trata de personas mayores de 65 años.

Si bien es cierto, la depresión repercute en la calidad de vida de un paciente y de su familia. La asociación entre la depresión y la calidad de vida deficiente en los pacientes con infarto agudo de miocardio puede atribuirse al impacto de la depresión sobre el deterioro del funcionamiento físico. Las pruebas realizadas para medir la calidad de vida de los pacientes con enfermedades coronarias muestran que los pacientes deprimidos sin trastornos médicos crónicos pueden tener peores percepciones de salud, limitaciones físicas, sociales y funcionales e informar de mayor dolor físico que los pacientes no deprimidos con trastornos médicos crónicos, (Wells 1989)[67].

En el estudio de Dolz, Ribas y Rojo[68], la relación de la psicopatología con la enfermedad cardiaca reportó que del 20% al 45% de los pacientes con enfermedad cardiaca presentan trastornos mentales, especialmente depresión mayor (18%), trastorno de pánico (12,5%), seguidos de delirios e hipocondriasis. Se destaca que los estados depresivos son entidades presentes en todos los ámbitos de la vida del ser humano y que se potencializan dependiendo del entorno y de las circunstancias que rodean las situaciones particulares de las personas; para el caso de la mujer con infarto agudo de miocardio, pueden existir diversos

---

[66] SHIOTANI, I. Sato et al. Depressive symptoms predict 12-month prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. Op. cit., p. 153-60.

[67] WELLS, Kenneth B. et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. In: Journal of the American Medical Association. 1989, vol. 262 no. 7, p. 914-919.

[68] Dolz M, Ribas H, Rojo J. Psicopatología y enfermedad cardiaca; 2001. URL disponible en: http://www.psiquiatría.com. Consultado Febrero 05 de 2009.

agentes y/o situaciones inherentes a su condición social como mujer que favorece la vulnerabilidad de ellas para que se desarrollen estados depresivos.

Por otro lado, en el ámbito de la enfermedad cardiaca, la depresión y la ansiedad son factores de riesgo independientes de la aparición de una arteriopatía coronaria, los "síntomas depresivos subsindrómicos también se correlacionan con un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular"[69]. Según Frasure-Smith N, "el estado de ánimo negativo puede predecir la mortalidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad cardiaca, en una evaluación a largo plazo después de un infarto de miocardio"[70]. Este aumento del riesgo de desenlaces fatales de la enfermedad cardiaca cuando se asocia con la depresión puede estar determinada por la falta de ánimo e interés para hacer las cosas y la poca adherencia a los tratamientos que pueden desarrollar las personas cuando están deprimidas.

Otro factor relacionado con los estados depresivos y que en algunos casos puede llegar hasta confundirse, es la ansiedad; que al igual que la depresión también se constituye en un estado común después del infarto agudo de miocardio con el potencial de afectar negativamente la recuperación física y psicoemocional de las personas. Al respecto, el estudio realizado por De Jong MJ, Chung ML, Roser LP y colaboradores[71], quienes buscaban evaluar la ansiedad después del infarto agudo de miocardio y establecer si existían diferencias en la forma de manifestarse; se incluyeron cinco países con el objeto de concluir que el país, sus variables sociodemográficas y clínicas contribuyen a las variaciones en la presentación de la ansiedad. Se tomaron un total de 912 participantes con diagnostico de infarto agudo de miocardio confirmado y la ansiedad fue evaluada a las 72 horas de ingreso en el hospital utilizando un inventario breve de síntomas. Dentro de los resultados se estableció que la ansiedad tenía una prevalencia del 44% mayor que el nivel medio normal de la ansiedad aceptada por el instrumento utilizado; por tanto, dentro de las conclusiones de esta investigación se destaca que a pesar de las diferentes culturas, la ansiedad después de un infarto agudo de miocardio es un fenómeno de carácter universal. Estos datos cobran importancia para que el profesional de enfermería pueda intervenir a través de la planificación de cuidados de enfermería tendientes a aminorar la ansiedad y de esta manera limitar la presentación de la depresión en etapas postinfarto agudo de miocardio.

---

[69] STRIK, Jacqueline et al. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. In: J Am Coll Cardiol. 2003, vol. 42, p. 1801-1807.

[70] FRASURE SMITH, Nancy and LESPERENCE, François. Depression and other psychological risk following myocardial infarction. Op. cit., p. 627-636.

[71] De JONG, MJ. et al. Una Comparación de cinco países de la ansiedad poco después de un infarto agudo de miocardio. In: Eur J Cardiovasc Nurs. Jul 2004, vol. 3 no. 2, p. 129-134.

Ampliando los conceptos relacionados con los factores de riesgo psicosociales y emocionales que acompañan a los pacientes con enfermedades cardiovasculares y particularmente el infarto agudo de miocardio, Carrio Sánchez y colaboradores[72] realizaron un estudio que tenía como objetivo demostrar la importancia que tiene sistematizar la detección de pacientes con factores de riesgo psicosocial ingresados en la Unidad de Coronarias con síndrome coronario agudo. En este trabajo se incluyeron 142 pacientes ingresados en la unidad de Coronarias con diagnóstico de síndrome coronario agudo y mediante un abordaje cuantitativo se midieron variables como: factores de riesgo cardiovascular, factores de riesgo emocionales y antecedentes de tratamiento psiquiátrico. De la muestra total, el 76,6% eran hombres cuya edad media oscilaba entre 62,55 años. El 74% de los participantes en la investigación presentaban factores de riesgo cardiovascular. De los resultados y conclusiones se puede decir que existe una alta prevalencia de problemas psicosociales y emocionales en pacientes con síndrome coronario agudo, para lo cual los autores también sugieren la realización de trabajos que favorezcan la identificación y cualificación de los factores de riesgo físico y emocional.

Dentro de los estudios que han analizado la presencia de estados emocionales en los pacientes con enfermedades cardiacas, se encuentra el realizado por Eva Brink y Gunne Grankvist[73] quienes plantean la existencia de tasas importantes de depresión en los pacientes luego de ser diagnosticados con un infarto agudo de miocardio, estas autoras afirman que el agotamiento del estado vital que usualmente acompaña a los pacientes coronarios, se caracteriza por sentimientos de fatiga excesiva, falta de ánimo, desmoralización e irritabilidad. Estas manifestaciones pueden empeorar el curso y el pronóstico de la recuperación cardiaca en un paciente que ha sido diagnosticado con infarto agudo de miocardio.

La evidencia deducida a través de la información de investigaciones, sugiere que la presencia de depresión es frecuente después de un infarto agudo de miocardio, hay datos limitados sobre la forma como las mujeres vivencian esta situación particular de sus vidas. En el estudio realizado por Mary L. White y Carla J. Groh denominado: "la depresión y la calidad de vida en las mujeres después de un infarto de miocardio"[74] realizado con 27 mujeres cuya edad promedio era de 60.7 años, buscó describir la relación entre la depresión y la calidad de vida en las mujeres después de un primer episodio de infarto agudo de miocardio; en este

[72] SÁNCHEZ CARRIO, Ana M. et al. Detección de pacientes con factores de riesgo psicosocial ingresados en la unidad de coronarias. En: Enfermería en Cardiología. 2008, año 15 no. 44, p. 37.

[73] BRINK, Eva and GRANKVIST, Gunne. Associations between depression, fatigue and life orientation in myocardial infarction patients. In: Journal of Cardiovascular Nursing. 2006, vol. 21 no. 5, p. 407.

[74] WHITE, Mary L. y GROH, Carla J. La depresión y la calidad de vida en las mujeres después de un infarto de miocardio. In: Journal of Cardiovascular Nursing. March/April 2007, vol. 22 no. 2, p. 138-144.

trabajo las investigadoras midieron la depresión con el Inventario de Depresión de Beck, y para la cualificación de la calidad de vida utilizaron un instrumento denominado “The Short Form-36”; dentro de los resultados encontrados por ellas cabe destacar que las mujeres presentaban estados depresivos clasificados como leve a moderados y que a la vez había una correlación negativa cuando en la etapa post infarto agudo de miocardio, las mujeres padecían depresión dado a que ésta asociación interfería con algunos aspectos de la calidad de vida. Esta interferencia que se desencadena tras la asociación entre depresión e infarto agudo de miocardio que casi siempre está latente en la etapa postinfarto, puede ser la responsable de los desenlaces fatales y del aumento de la morbimortalidad de las personas cuando se están recuperando de un evento coronario; esto debido a la falta de ánimo, interés, gratificación, placer y goce por la realización de las cosas cotidianas y las inherentes a los cambios en los estilos de vida para mejorar sus condiciones de salud.

En relación a la presentación de los estados depresivos según el sexo de las personas, se sabe que las mujeres manifiestan sentir menor bienestar que los hombres durante la recuperación luego de un infarto agudo de miocardio. Por tal razón, el profesional de enfermería necesita un amplio conocimiento en relación con los fenómenos que acompañan a las mujeres durante la recuperación tras un infarto agudo de miocardio, siendo importante comprender sus experiencias desde su propio punto de vista. Existe otro estudio realizado por Hildingh C. y colaboradores [75] cuyo objetivo consistió en realizar un meta-análisis de las conclusiones de las experiencias narradas por las mujeres en etapa de recuperación de un infarto agudo de miocardio; los estudios revisados fueron en total siete, todos se caracterizaban por tener una metodología cualitativa para su desarrollo. Los resultados arrojados de esta revisión determinaron que la recuperación de las mujeres se caracteriza por la presencia de estados de subordinación y de superioridad, ansiedad y sensaciones de incertidumbre, ambivalencia de afecto al tener sentimientos de tristeza, fatiga, desanimo, deseos de sucumbir ante la enfermedad y en algunas ocasiones optimismo expresado por los deseos de cambiar aspectos de su vida para prevenir situaciones o desenlaces no deseados; situaciones que parecen empeorar por las circunstancias que rodean el entorno de los participantes del estudio. La tradición e interés por la investigación en enfermería ofrece una oportunidad de explorar e investigar temas de importancia para mejorar el cuidado ofrecido por los profesionales de enfermería, “se hace necesaria una mejor comprensión de la construcción social de la enfermedad cardíaca, el infarto agudo de miocardio y experiencias de las

[75] HILDINGH, C; FRIDLUND, B. and LIEDELL E. Women's experiences of recovery after myocardial infarction: a meta-synthesis. In: Heart Lung-The Journal of Acute and Critical Care. 2007 Nov-Dec, vol. 36 no. 6, p. 410-7.

mujeres en estos procesos, permitiendo ampliar los conocimientos que deben tener importantes implicaciones para el cuidado de los seres humanos”[76]

En el estudio realizado por S. Lehto, H. Koukkunen y colaboradores[77] cuyo objetivo fue estudiar el predominio de depresión durante los seis meses posteriores a una enfermedad coronaria y las asociaciones entre depresión y variables clínicas; se desarrolló con 414 participantes (284 hombres y 130 mujeres) cuyos promedios de edad oscilaban alrededor de 60.9 para hombres 63.6 años para mujeres, se evaluaron los factores de riesgo cardiovascular tales como: hábito de fumar, obesidad y valores de colesterol y lípidos en sangre, adicionalmente se determinó la presencia de depresión mediante el uso de una escala nominal. Los resultados que se muestran luego del desarrollo del trabajo determinan que la depresión es común después de enfermedades coronarias y que a su vez, ésta se asocia con el hábito de fumar y deterioro de la clase funcional; por tanto, los investigadores sugieren que el tratamiento de la depresión debería ser uno de los elementos presentes en los programas de rehabilitación de pacientes cardíacos.

Lynn V. Doering y colaboradores,[78] realizaron un estudio con 75 mujeres en postoperatorio de cirugía cardiaca su estudio denominado Depression in Women After Cardiac Surgery; esta investigación tenía como objetivo describir la incidencia y la evolución de la depresión clínica en las mujeres durante los primeros seis meses después de cirugía cardiaca. Dentro de los hallazgos cabe destacar que el 36% de las mujeres participantes presentaban criterios diagnósticos de depresión incluso antes del alta hospitalaria; dentro de este total de pacientes diagnosticadas con depresión, el 9,3% presentaba depresión mayor, mientras que la incidencia de depresión leve correspondía al 26,3% restante. De igual manera el desarrollo de estados depresivos se manifestaba incluso a partir del primer mes de ocurrencia de la cirugía cardiaca. Al analizar estos hallazgos es claro determinar que la presencia de estados depresivos se manifiesta desde etapas tempranas del diagnóstico de la enfermedad y por tal motivo, es de vital importancia determinar cuáles son las diversas manifestaciones de la depresión que presentan las mujeres.

---

[76] DOIRON MAILLET, Nancy and MEAGHER STEWART, Donna. The uncertain journey: women´s experiences following a myocardial infarction. In: Can J Cardiovasc Nurs. 2003, vol. 13 no. 2, p. 14-23.

[77] LEHTO, S. et al. Depression after coronary heart disease events. Scand Cardiovasc J. 2000, vol. 34 no. 6, p. 580-583.

[78] DOERING, Lynn V. et al. Clinical depression in women after cardiac surgery. Op. cit., p. 134.

El estudio cualitativo de tipo fenomenológico, realizado por Johann White, Myra Hunter y Sue Holttum[79], que incluyo cinco mujeres que sufrieron por primera vez un IAM, con el objeto de evaluar las percepciones de ajuste y las estrategias de afrontamiento; muestra datos importantes porque resalta que las mujeres tienen una tendencia marcada a minimizar la gravedad de los síntomas y efectos del fenómeno visto como una forma de afrontamiento y de protección consigo misma y hacia los demás con un importante pensamiento de carácter optimista y esperanza acerca de la vida y su recuperación a "la normalidad"; a la vez, la experiencia representa un desafío de las relaciones y roles de las mujeres.

Al analizar la literatura relacionada con los estados depresivos en mujeres durante la enfermedad cardiaca y el infarto agudo de miocardio, se hace evidente que existe una relación que mantiene muy ligada a estas dos entidades clínicas, y que como producto de dicha asociación se genera un retraso en la recuperación de la enfermedad debido a un mayor riesgo de recaídas, mayor incidencia de nuevos eventos coronarios, falta de adherencia a los tratamientos, fatiga y desanimo para la realización de actividades de la vida cotidiana, incluso aquellas que antes de la enfermedad eran consideradas como gratificantes para las personas. La presencia de depresión en la etapa post infarto agudo de miocardio trae como consecuencia cambios en la dinámica social familiar y repercute de manera significativa sobre la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad.

Para una mejor comprensión del fenómeno y la asociación entre depresión e infarto agudo de miocardio en las mujeres, se hace necesario que el profesional de enfermería conozca más a fondo las diversas manifestaciones de la depresión en la etapa postinfarto agudo de miocardio; ello con el objeto de mejorar la identificación de los signos y síntomas que pudieran ser sugestivos de estados depresivos, a fin de que las mujeres reciban atención y cuidado de manera oportuna y de esta manera se aminoren las limitaciones y complicaciones que generan las dos enfermedades asociadas. Se hace necesario tratar de entender el fenómeno desde la misma perspectiva de las mujeres que vivencian la enfermedad y así lograr unas aproximaciones más precisas de la experiencia personal narrada por cada una de ellas.

Durante el proceso propio de la enfermedad, existe un concepto que es importante destacar y hace referencia a las situaciones especiales y reacciones particulares que genera un estado de alteración en la salud de las personas; cuando los seres humanos se enfrentan ante una enfermedad adoptan una serie de

[79] WHITE, Joanna; HUNTER, Myra and HOLTTUM, Sue. How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. In: Psychology, Health & Medicine. May 2007, vol. 12 no. 3, p. 278 – 288.

comportamientos de manera consciente o no, y que les ayudan a lograr una mejor adaptación a los cambios generados por la vivencia de una padecimiento físico o emocional. Es así como surge el concepto de incertidumbre frente a la enfermedad al cual se tienen que ver enfrentados las personas cuando padecen una patología y que de alguna manera cambia el enfoque habitual de vida.

2.4 TEORÍA DE MEDIANO RANGO DE LA INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD

Durante los procesos dinámicos de salud-enfermedad, los seres humanos experimentan una serie de situaciones que les exige hacer uso de unas herramientas necesarias en busca de reestablecer el equilibrio y lograr adaptarse a nuevas situaciones propias de los cambios generados por la enfermedad. La disciplina de enfermería ha desarrollado un andamiaje teórico que le ha permitido comprender de una forma más real y concreta los fenómenos propios de las personas que son sujeto del cuidado.

Dentro del desarrollo teórico de enfermería, aparece el concepto de *incertidumbre* a partir de la teoría de rango medio "Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad", desarrollada por Merle Mishel[80] ; en donde la autora propone un modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad basado en modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton (1979) y en el estudio de la personalidad de Budner (1962). La autora, manifiesta que cuando los seres humanos se enfrentan ante un evento valorado como amenazador o lesivo, se provoca un desequilibrio en el cual las personas pueden incorporar un estado de continua incertidumbre; a la vez, la incertidumbre aparece cuando las personas no son capaces de elaborar el significado a sus experiencias. Por otro lado, la incertidumbre es generadora de inseguridad y está determinada por la poca certeza relacionada con el desenlace de la situación, los conocimientos y el control relacionados con el evento; muchas veces el conocimiento sobre una cuestión en particular genera más incertidumbre debido a la interpretación de una situación como una continua "amenaza de desequilibrio o de revivificación frente a una situación de riesgo o daño, lo que lleva a diversas formas de afrontamiento.[81]

Si las estrategias recopiladas por el paciente para afrontar su condición de salud, son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación

---

[80] MISHEL, Merle H. Uncertainty in illness. In: Image: Journal of Nursing Scholarship. 1988, vol. 20, p. 225-231. Cited by: MARRINER TOMEY, Ann and ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Madrid: Mosby, 2007. 565 p.

[81] Ibid., p. 56.

dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro.

El modelo de la incertidumbre frente a la enfermedad planteado por Mishel, está basado en los siguientes supuestos:

1. La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.

2. La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.

3. La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye un resultado deseado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.

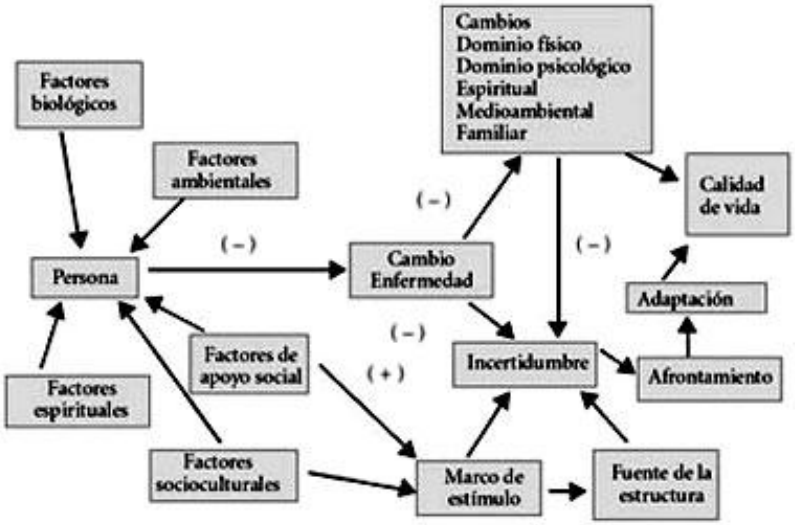
Elementos conceptuales del modelo.

a. Antecedentes de la incertidumbre: Definidos a través del marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura.

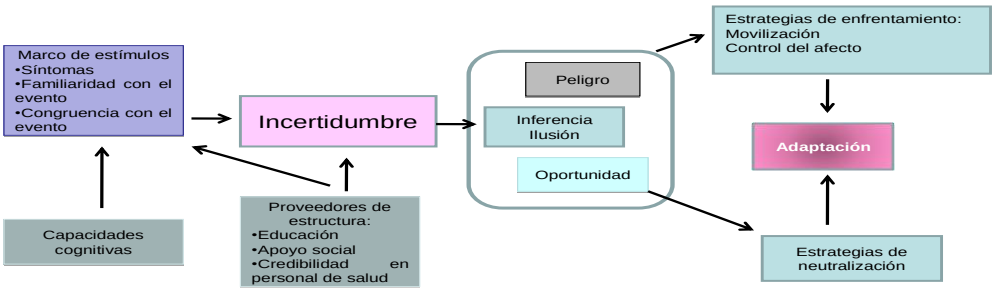
b. Autovaloración de la incertidumbre: Con dos procesos definidos: la inferencia y la ilusión.

c. Afrontamiento: Que tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se traduce en acciones y búsqueda de apoyo psicológico. Si, en cambio, la incertidumbre se ve como una oportunidad, el afrontamiento se protege.

Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad (Mishel, 1998).



Fuente: MISHEL, Merle H. Uncertainty in illness. In: Image: Journal of Nursing Scholarship. 1988, vol. 20, p. 225-231.



Fuente: MISHEL, Merle H. Uncertainty in illness. In: Image: Journal of Nursing Scholarship. 1988, vol. 20, p. 225-231.

La teoría expresa que enfermedad es vista como un evento que amenaza o daña el bienestar y provoca un desequilibrio emocional. Está comprobado en algunas investigaciones que han utilizado la teoría de la incertidumbre frente a la

enfermedad[82], que las personas enfrentadas a situaciones de enfermedad física aguda o crónica vivencian a la vez, un grado de incertidumbre y éste es analizado como un peligro o como una oportunidad, y a través de éste análisis se puede catalizar los recursos de apoyo existentes que ayuden al individuo a adaptarse y potenciarse en cada situación que vive. Para el caso de las enfermedades del sistema cardiaco y especialmente el infarto agudo de miocardio, las personas suelen experimentar algún grado de incertidumbre generado por el desconocimiento del curso frente a una enfermedad catalogada socialmente como grave y que genera limitaciones en las dimensiones físicas, sociales, laborales y funcionales de las personas.

[82] TRIVIÑO ZG, SANHUEZA O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. En: Revista Aquichán. 2005; 5 (1): 22.

3. MARCO DE DISEÑO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio tiene un diseño descriptivo con abordaje cualitativo interpretativo.

Se trata de un estudio descriptivo teniendo en cuenta que con éste se busca obtener información acerca de la experiencia de la depresión en mujeres en la etapa post infarto agudo de miocardio para identificar rasgos característicos de estados depresivos durante éste periodo de tiempo. Según Polit y Hungler, los estudios descriptivos "buscan obtener información acerca del estado actual de los fenómenos de interés"[83], Generalmente de los estudios descriptivos se derivan eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior. Los estudios descriptivos sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Para el caso de esta investigación se hace necesario primero conocer cómo se presenta la experiencia de la depresión en las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio y poder describirla tal cual ellas la experimentan y la expresan, con el objeto de identificar e interpretar la sintomatología que esté relacionada con los estados depresivos.

Según Danke citado por Hernández[84], "los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así, describir lo que se investiga".

Se trata de un estudio con abordaje cualitativo dado que lo que se pretende es describir la experiencia de la depresión en la mujer en la etapa pos infarto agudo de miocardio, a partir de lo que expresan las participantes en su narrativa. "La investigación cualitativa permite que el conocimiento del tema sea visto como un todo y no como una serie de fenómenos aislados, dándole una visión holística al estudio[85]. Al mismo tiempo, la utilización de la metodología cualitativa en esta

---

[83] POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en Ciencia de la Salud. 6a. ed. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana. 2000, p. 159.

[84] DANKE, Citado por: HERNANDEZ, Roberto. Metodología de la investigación. 2a. ed. México: McGraw Hill. 1998, p. 5.

[85] RUIZ, José. Metodología de la investigación cualitativa. 2a. ed. España: Universidad Deusto. 1999, p. 28-45.

investigación está justificada al considerarse la más adecuada para comprender el carácter dinámico de las experiencias vividas por las participantes del estudio, permitiendo obtener una visión más amplia y clara acerca del fenómeno de interés. La metodología cualitativa se basa en los significados del fenómeno de estudio, enfatiza la importancia de conocer, entender e interpretar el significado y los eventos, sin considerar el tiempo en que ocurren, pero que son importantes porque reflejan las experiencias de las personas.

Para comprender mejor la experiencia de las personas, adicionalmente se considera un estudio interpretativo porque el enfoque de esta investigación se centra en la experiencia de las mujeres en la etapa postinfarto, tal cual ellas la experimentan; es decir, se pretende "comprender o explicar la vida de los sujetos en los escenarios sociales más allá de sus particularidades"[86]. En los estudios interpretativos, se pretende descubrir los significados de los fenómenos experimentados por individuos a través del análisis de sus descripciones, su principal enfoque se centra en la atención en la experiencia vivida de una persona y que puede obtener similitudes y significados compartidos con otros.

Los estudios interpretativos "tienen la finalidad de proporcionar un análisis y comprensión profunda de una realidad muy particular, pero vinculada a categorías teóricas generales"[87]. Según Danke citado por Hernandez[88], "los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así, describir lo que se investiga".

3.2 CONTROL DE SESGOS

Para mantener el rigor metodológico correspondiente a una investigación de tipo cualitativo, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

---

[86] Ibid., p. 35.

[87] TAYLOR, Steven y BODGAN, Robert. Introducción a los Métodos Cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós. 1990, 344 p.

[88] Danke, citado por Hernández, R. Metodología de la investigación. México. 1998. Segunda edición. McGraw Hill. P.5.

Sesgo	Control
Inducir respuestas	• Se partió del presupuesto de que no todos los participantes pueden estar deprimidas y que mucho menos se les va a tratar como tales • Para evitar la inducción de respuestas o un estado de incomodidad en las participantes que pudiera bloquear la comunicación o inducirlas a comportarse como personas deprimidas, se evito utilizar un instrumento para clasificar la depresión
Lesión emocional de las participantes	• Todas las participantes fueron tratadas de igual manera y se les permitió expresar toda su experiencia aun cuando en la selección interna, sus entrevistas no confirmaban un estado que pueda calificarse como depresión, esto se realizó con el fin de evitar producir un impacto negativo con el calificativo "depresión" en cualquiera de los sujetos participantes.
Objetividad de los datos	• El investigador trató de poner aparte sus prejuicios o sus experiencias anteriores incluidas algunas que la literatura le hubiese aportado, esto con el objeto de escuchar y conducir la entrevista de la manera más espontánea.

1. Se escogieron las pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, quienes adicionalmente llevaban un mes de ocurrencia del evento; a ellas se les contactó en las citas de rehabilitación cardiaca en donde se realizó una conversación informal con el objeto de detectar algún signo que pudiera sugerir la presencia o riesgo de depresión.

2. Previo acuerdo con aquellas pacientes que presentaban algún síntoma se estableció un nuevo contacto el cual se acordó de común acuerdo; este nuevo espacio en el que se encontraron la investigadora y la posible participante del estudio tenía como finalidad la realización de una visita en su propio domicilio ya que se consideró este espacio como el ambiente más natural para que la mujer pudiera expresar mejor sus experiencias.

3. Se garantizo la reproducción fiel de las entrevistas mediante grabación y posterior trascripción exacta. La transcripción se validó con las participantes en una segunda entrevista con el objeto de validar con ellas los datos recolectados y hacer algunas precisiones en caso de ser necesario.

4. Se partió del presupuesto de que no todos los participantes podían estar deprimidas y que mucho menos se les trató como tales; por esa razón se evitó utilizar un instrumento inicial para clasificarlas y de esta manera sugerir respuestas o un estado de incomodidad en ellas que pudiera bloquear la comunicación o inducirlas a comportarse como persona deprimida.

5. Para complementar la información obtenida de la participante se realizó un registro de campo que amplió la comunicación verbal con la comunicación no verbal.

6. Todas las participantes fueron tratadas de igual manera y se les permitió expresar toda su experiencia aun cuando en la selección interna, sus entrevistas no confirmaron un estado que pueda calificarse como depresión. Esto se realizó con el fin de evitar producir un impacto negativo con el calificativo “depresión” en cualquiera de los sujetos participantes.

7. Si por alguna razón algún participante no hubiera querido seguir hablando, se le permitió dar por terminada la entrevista o seguirla en otra oportunidad según el deseo de ella.

8. El investigador trató de poner aparte sus prejuicios o sus experiencias anteriores incluidas algunas que la literatura le hayan aportado para escuchar y conducir la entrevista de la manera más espontánea.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTREO

La población estuvo constituida por las doce mujeres diagnosticadas con infarto agudo de miocardio en el último mes, mujeres que habían estado hospitalizadas y tratadas en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario San Ignacio y que en el momento de la entrevista se encontraban vinculadas al programa de rehabilitación cardiaca.

A las pacientes que cumplían los criterios de inclusión se les realizó un primer contacto durante el proceso de hospitalización en el servicio de medicina interna o en la sesión de rehabilitación cardiaca, con el objeto de solicitarles autorización verbal para participar en una entrevista semiestructurada en el domicilio conviniendo con ellos el horario y el día más adecuado para la realización.

La muestra se constituyó por la información proporcionada por las doce participantes del estudio hasta que se logró la saturación teórica de la muestra dada por la información suministrada por las participantes.

Según Martínez de Acosta y Villalobos[89] en los abordajes cualitativos, la muestra está constituida por la cantidad de la información que el investigador recolecta de los sujetos de estudio y no por el número de participantes.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Mujeres que se encuentren en el primer mes de ocurrencia del infarto agudo de miocardio
- ✓ Que se encuentren en fase dos de rehabilitación cardiaca
- ✓ Que expresen libremente su deseo de participar en el estudio
- ✓ Mujeres sin limitaciones de la comunicación

3.5 MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Entrevista semiestructurada. La utilización de una entrevista semiestructurada permitió conocer, analizar y describir las experiencias en las mujeres que se encontraban en la etapa post infarto agudo de miocardio. A través de la realización de la entrevista se buscó identificar aquella información que aportara un conocimiento más cercano a la realidad acerca de los signos y/o síntomas que pudieran ser sugestivos de estados depresivos; revelaciones narradas a partir de la experiencia vivida por cada una de las participantes del estudio. Para la realización de la entrevista se plantearon preguntas abiertas y con ello se permitió conocer la experiencia libre de las informante acerca del tema estudiado. Estas preguntas fueron:

- ✓ Cuénteme con todo el detalle posible, lo que significó para usted haber tenido un infarto agudo de miocardio
- ✓ ¿Cómo fue su experiencia de haber sido diagnosticada con un infarto agudo de miocardio?
- ✓ ¿Qué pensamientos tuvo al saber que tenía un infarto agudo de miocardio?

---

[89] DE ACOSTA, Carmen y VILLALOBOS, María Mercedes. Hipertexto asignatura seminario de investigación I. Maestría en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2007.

- ✓ Con sus propias palabras, ¿cómo puede describir sentimientos qué le generó saber que tenía un infarto agudo de miocardio?

- ✓ ¿Su vida ha cambiado en este mes luego de haber sufrido el infarto?

- ✓ ¿Qué significado ha tenido para usted el haber tenido un infarto agudo de miocardio?

Cabe destacar que la formulación de las preguntas no necesariamente tuvo un orden en su aplicación ni secuencia; se intercambiaron y algunas de las preguntas se suprimieron de acuerdo a cómo se fue desarrollando la entrevista y las respuestas que las participantes fueron aportando. Esto se realizó con el fin de darle mayor naturalidad a la entrevista y permitir de esta manera que las participantes se sintieran cómodas y pudieran expresar mejor sus experiencias.

Las entrevistas se transcribieron tal como se fueron grabando y desarrollando. Se hizo auditabilidad de la información de la siguiente manera:

1. Luego de ser transcritas las entrevistas se revisaron nuevamente con el audio a fin de completar datos de la transcripción si fuese necesario.

2. La transcripción de la entrevista se leyó a las participantes a fin de permitirles ampliar o modificar la información suministrada en la entrevista inicial; este nuevo contacto con la participante en donde se le hizo una lectura de la transcripción de la entrevista siempre se realizó en un lapso de tiempo no mayor a una semana después de la entrevista.

3. La información obtenida por la transcripción de la entrevista se amplió con los datos obtenidos en el diario de campo que el investigador llevó durante el desarrollo de la entrevista con cada una de las participantes.

4. El contenido de las transcripciones de cada una de las entrevistas se analizó de manera individual por parte del investigador y del asesor de forma independiente a fin de contrastar el análisis y darle mayor confiabilidad a la información encontrada.

5. Después de que surgieron algunas categorías en el análisis que el investigador y asesor hicieron de cada una de las transcripciones, se hizo análisis en conjunto de todas las entrevistas y de las categorías que surgieron.

6. El número de entrevistas se dio por finalizado cuando se logró la saturación teórica de la información obtenida de las entrevistas hechas a las participantes del estudio (doce en total).

3.6 RIESGOS DE VALIDEZ

Para asegurar la validez externa de una investigación cualitativa se consideraron algunos aspectos metodológicos del abordaje.

3.6.1 Muestra significativa. Teniendo en cuenta el tipo de investigación, para lograr una muestra significativa, se tuvo como referencia el concepto de saturación teórica que significa que la muestra está saturada cuando a través de la realización de nuevas entrevistas, los participantes no aportan ninguna información nueva. Esto se confirmó una vez se completaron doce entrevistas en los cuales los contenidos fueron esencialmente similares.

3.6.2 Entrevista semiestructurada. Para disminuir los riesgos que trae consigo este tipo de técnica para la recolección de la información, se consideraron algunos aspectos que se cumplieron al realizar las entrevistas:

- ✓ Formulación de preguntas que dieran respuesta al fenómeno de interés que se estudió con esta investigación, pero que a la vez, permitieran la libre expresión de las participantes en la investigación.
- ✓ Revisión metodológica exhaustiva acerca de cuál era la mejor forma de redactar y refinar las preguntas.
- ✓ Realización de la prueba piloto a fin de afinar la técnica para la recolección de la información, momento que fue importante ya que permitió refinar el proceso y la redacción de las preguntas.

3.6.3 Validez semántica. En esta investigación se aseguró la validez semántica de los datos obtenidos mediante la realización de una entrevista que fue grabada y de la cual, posteriormente se realizó una transcripción exacta; dando como resultado la correspondencia del lenguaje utilizado para el análisis con la fuente del que se extrajeron los datos.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos contenidos en la resolución No. 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, capítulo primero: “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, artículos 5, 6, 8, 9, 10, 11,12, 14 15, 16; y del capítulo II del código de ética de enfermería, referente a los principios éticos que deben reinar en el desarrollo de la profesión de enfermería.

Se atendieron los principios éticos con respecto a:

3.7.1 La dignidad humana. Se reconoce a los participantes como personas sin discriminación alguna. Al abordar personas que son tratadas en el servicio de medicina interna y el programa de rehabilitación cardiaca del HUSI se da por sentado que no hay un posible riesgo de discriminar en ningún sentido a las usuarias pues todas tienen acceso al mismo tipo de servicio y la misma posibilidad de haber sido elegidas para ser participantes del estudio si cumplían con los criterios de inclusión del mismo.

3.7.2 La beneficencia-no maleficencia. Se respetó el valor de la vida y la obligación de evitar cualquier daño o perjuicio. Se plantea adicionalmente divulgar los resultados de la investigación para que se fortalezca el vínculo entre la teoría y la practica de enfermería que busque detectar oportunamente condiciones sugestivas de depresión en este tipo de pacientes. Como se tenía previsto que si en el trascurso de la entrevista en la participante afloraban aspectos que pudieran sugerir situaciones de salud mental de carácter serio y/o delicado, se protegió la integridad del participante por encima de la misma investigación y se dió por finalizada la entrevista para realizar el contacto con la consejería a través de la oficina de psicología y/o de rehabilitación cardiaca a fin de ayudar a la participante a resolver su estado emocional, hecho que ocurrió en una oportunidad.

Adicionalmente, cuando en algunas de las participantes se encontraron signos de alarma sugestivos de depresión y/o síntomas depresivos, se remitieron, a la consulta con psicología para recibir ayuda profesional al respecto. Esta situación estaba apoyada por el consultorio de los estudiantes de noveno y décimo semestre de la facultad de psicología de la Universidad Javeriana que desarrollan sus prácticas en el hospital San Ignacio como integrantes del grupo interdisciplinario del programa de rehabilitación cardiaca y quienes adicionalmente están guiados por profesionales en el área.

3.7.3 Justicia. Todas las participantes fueron consideradas y tratados en igualdad de condición a lo largo de la investigación, a fin de reconocer sus necesidades particulares, sin discriminación en la selección de los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión, por tal motivo no se categorizó a las participantes como personas “deprimidas”, sino como personas que han experimentado el infarto agudo de miocardio.

3.7.4 Autonomía. A las participantes se les dió la posibilidad de hacer uso del libre derecho de decidir participar en la investigación y/o de retirarse en cualquier momento si así lo deseaba. En los casos en que por alguna razón las participantes no quisieron seguir hablando o cuando se le dió la oportunidad de hacer cambios o ampliar la información leída de la transcripción de su entrevista, se respetó este derecho y se les permitió dar por terminada la entrevista o seguirla en otra oportunidad según el deseo de ellas mismas.

3.7.5 Confidencialidad. La información recolectada de las entrevistas con las participantes solamente fue utilizada para cumplir con el objetivo de esta investigación; en todo momento se protegió la identidad de las participantes. Por tal motivo, las entrevistas se identificaron con un código numérico para facilitar su ubicación dentro del proceso de análisis. La grabaciones y las transcripciones serán guardadas hasta el final de la ejecución del la investigación, después de lo cual las entrevistas en audio y en transcripción serán destruidas.

Las entrevistas contaron con la libre voluntad de las participantes. Se les solicitará su permiso o autorización previa para grabar las entrevistas en audio, cada una de las mujeres firmara un consentimiento escrito en el cual previamente se explicó la justificación, la importancia, los beneficios esperados del estudio, los objetivos del estudio, la confidencialidad de la información y de su identidad y el destino de la información recolectada con el fin de garantizar el respeto a su dignidad, confidencialidad y autonomía. Existe el permiso correspondiente por parte de la institución para la realización de la presente investigación (ver anexo # A).

Al finalizar se entregó una carta de agradecimiento por la participación y colaboración en el estudio y en los casos que fue necesario se aclararon dudas acerca del cuidado durante su recuperación o se explicaron los medios por los cuales podían solicitar ayuda médica en caso de ser requerido.

La entrevista a las participantes del estudio se realizó en el domicilio de ellas, a través de una visita domiciliaria y de común acuerdo entre la investigadora y cada una de las participantes; se acordó la fecha y hora respectiva para efectuar dicha

visita. Se escogió el domicilio de la participante para la realización de la entrevista ya que se consideró que es el medio adecuado para ello y que este ámbito facilitaría la libre expresión de la participante evitando dificultades en el proceso que implicaría para ella el desplazamiento a otro sitio para participar en la investigación.

Se consideró que esta investigación tenía un riesgo mínimo para las pacientes puesto que no se realizó ningún tipo de intervención. La recolección de los datos buscó conocer y describir la experiencia en las mujeres que se encontraban en la etapa post infarto agudo de miocardio a través de la realización de preguntas abiertas que permitieron a las participantes expresar con sus propias palabras la experiencia vivida luego de ser diagnosticadas con infarto agudo de miocardio y mediante el análisis de las narrativas de las participantes, hacer posible la identificación de signos y o síntomas sugestivos de estados depresivos postinfarto agudo de miocardio.

Para la socialización de los resultados de esta investigación se propone, una vez terminado el trabajo, hacer una presentación al departamento de cardiología (medico cardiólogo y enfermera encargada de la rehabilitación cardiaca) del servicio de rehabilitación cardiaca del Hospital San Ignacio con el objeto de hacer conocer la información obtenida en la investigación para que en este programa se adopten algunas medidas necesarias tendientes a aminorar los riesgos y las complicaciones y se desarrollen intervenciones de ayuda y cuidado de enfermería para los pacientes que pueden presentar problemas depresivos en la etapa pos infarto agudo de miocardio. Durante el proceso de socialización de los resultados no se dará a conocer la identidad de las participantes; de esta manera se estará protegiendo la identidad de las mismas y la confidencialidad de la información suministrada por ellas así como respondiendo a los principios éticos de beneficencia no maleficencia.

3.8 PROCEDIMIENTO

3.8.1 Inmersión en el campo. Para llevar un orden lógico, el desarrollo de la inmersión en el campo investigativo se dividió en fases así:

3.8.1.1 Fase uno: Construcción de las preguntas orientadoras de la entrevista. En esta fase se construyeron las preguntas orientadoras y eje de la entrevista con el objeto de tener un banco de preguntas que pudieran ser necesarias usar al momento de realizar cada una de las entrevistas; estas

preguntas buscaban orientar la entrevista con el objeto de responder con la finalidad de la investigación.

3.8.1.2 Fase dos: Autorización institucional. Se obtuvo la autorización de la institución para contactar a las participantes y solicitarles el consentimiento para la participación en la prueba piloto que buscaba describir a partir de sus experiencias algunas situaciones que permitan conocer información más amplia acerca de los signos y/o síntomas sugestivos de depresión que tienen las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio.

3.8.1.3 Fase tres. Contacto con las posibles participantes del estudio. Se escogieron 2 pacientes que se encontraban hospitalizadas en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario San Ignacio con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, estas dos participantes eran mujeres que cumplían con los requisitos de inclusión del estudio.

1. Se realizó un primer contacto con ellas a través de una conversación informal para explicarles sobre el estudio y pidiendo su consentimiento verbal para tomar datos de identidad con el fin de facilitar su ubicación en el domicilio.

2. Se les informó nuevamente sobre el objetivo y método del estudio y en común acuerdo se estableció la fecha y hora para realizar la entrevista en el domicilio de la participante.

3. A las informantes se les explicó la entrevista y se le solicitó el consentimiento informado para su realización previa información y respuesta a sus preguntas. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos.

4. Las entrevistas fueron grabadas en audio y se escribió lo observado por la investigadora durante el desarrollo de la misma con el objeto de complementar la información verbal con la información obtenida del lenguaje no verbal.

3.8.1.4 Fase cuatro: Manejo de la información obtenida.

1. Luego se realizó la entrevista, las grabaciones se transcribieron en su totalidad y esta información se complementó con la información obtenida de los registros que la investigadora obtuvo durante el desarrollo de la entrevista; estos datos correspondían al lenguaje no verbal utilizado por cada una de las participantes y que buscaba ampliar los testimonios para una mejor comprensión del fenómeno de estudio.

2. Una vez transcritas las entrevistas se realizó una lectura de ellas a las participantes, ello con el objeto de darle validez a la información y la posibilidad a la participante de ampliar la narrativa si así lo deseaba.

3. Posteriormente se realizó un análisis de cada una de las entrevistas transcritas buscando las unidades de significancia que dieran claridad al fenómeno de estudio.

3.8.1.5 Fase cinco: Resultados. Dentro de los resultados obtenidos de la fase de inmersión en el campo, se destacan los siguientes:

- ✓ Permitió afinar las preguntas y sugirió la pregunta más adecuada para iniciar la entrevista.

- ✓ Permitió confirmar el proceso a seguir para la realización del estudio, contacto, visita en el domicilio, grabación, transcripción, la validación del contenido de la transcripción por parte de las participantes, complementación de la información verbal y no verbal.

3.8.2 Sistema de análisis de la información. La información obtenida de las entrevistas se analizó de manera interpretativa, a partir de la técnica de análisis de contenido. El análisis de contenido se refiere al conjunto de procedimientos de carácter interpretativo provenientes de la comunicación humana previamente registrada; gracias a esta técnica se plantea la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso de una persona.

La técnica de análisis de contenido tiene como finalidad la búsqueda de los sentidos contenidos en los documentos y el material recolectado a través de entrevistas[90], o en las notas de observación tomadas en diarios de campo durante el proceso de recolección de la información.

Krippendorff se refiere a análisis de contenido como "el conjunto de métodos y técnicas de investigación destinados a facilitar la descripción e interpretación sistemática de los componentes semánticos y formales de todo tipo de mensaje, y la formulación de inferencias válidas acerca de los datos reunidos."[91]

---

[90] CAMPOS, Claudinei José Gomes. O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Em: Rev Bras Enferm. 2004 setembro-outubro, vol. 57 no. 5, p. 611-614.

[91] KRIPPENDORF, Klaus. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Ed. Piados, 1990. p. 90.

Una de las características importantes del análisis de contenido consiste en ir más allá de la descripción de los componentes obvios y visibles de los datos para interpretar, realizar una abstracción de estos accediendo así al significado oculto de los mismos[92].

Berelson sostiene que el análisis de contenido es "una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación"[93]. Según esta definición el análisis de contenido ha de someterse a ciertas reglas. La "objetividad" se refiere al empleo de procedimientos que puedan ser utilizados por otros investigadores de modo que los resultados obtenidos sean susceptibles de verificación. La "sistematización" hace referencia a pautas ordenadas que abarquen el total del contenido observado.

3.8.3 Marco de análisis y resultados. El propósito del análisis de la información consistió en crear categorías específicas de las experiencias vividas por las doce participantes con infarto agudo de miocardio. Se buscó identificar signos y/o síntomas que podrían ser sugestivos de estados depresivos en la etapa postinfarto agudo de miocardio. Los datos obtenidos a través de la entrevista semiestructurada y la observación de la investigadora se organizaron para el análisis de los datos en cuatro fases[94]:

3.8.3.1 Fase uno: Establecimiento de unidades genéricas. Momento en el cual se realizó la transcripción exacta de las entrevistas. Éste proceso se inició con una fase exploratoria en la cual se hizo una "lectura flotante" de cada una de las entrevistas buscando que el investigador se familiarizara con el texto, tratando de reconocer los conceptos iniciales y la frecuencia en la que van apareciendo a lo largo del texto.

3.8.3.2 Fase dos: Establecimiento de unidades de contexto. Durante esta fase, en el cual se utilizaron las expresiones textuales de los actores; dichas unidades surgieron de ese primer contacto con los datos y con su ayuda se organizó de una manera lógica y coherente la información obtenida con el objeto de captar el significado que tienen las unidades genéricas dentro del texto. Las unidades emergentes fueron agrupadas, examinadas minuciosamente y comparadas entre

---

[92] GRANEHEIM, UH. and LUNDMAN, B. Qualitative content análisis in nursing research: Concepts, procederes and measures to achieve trustworthiness. In: Nurs Educ Today. 2004, vol. 24 no. 2, p. 105-112.

[93] BERELSON, Bernard. Pensar en la comunicación [en línea]. [Consultado octubre 27, 2009]. Disponible en Internet: http://www.infoamerica.org/teoria/berelson1.htm

[94] SANDOVAL, Carlos A. Investigación cualitativa. ARFO Editores e Impresores Ltda. Diciembre de 2002, p. 94.

sí con el objeto de buscar similitudes o diferencias; de esta manera surgieron unas "denominaciones creadas por el investigador, pero que están apoyadas en rasgos que es posible identificar y evidenciar en los datos obtenidos y agrupados por dicho investigador"[95].

3.8.3.3 Fase tres: Establecimiento de unidades de registro. En la medida que avanzaba, tanto el proceso de recolección de información como el propio proceso de análisis, se fueron generando un primer tipo de categorías que iban aglutinando las unidades de registro inicialmente identificadas. En este paso los datos clasificados y codificados inicialmente, se sometieron a un proceso de reorganización tratando de establecer categorías y subcategorías para crear unas explicaciones más precisas y completas sobre el fenómeno de estudio. Para este proceso sirvió como marco de referencia la descripción de signos y síntomas de la depresión formulados por varios autores en estudios con pacientes cardiópatas[96] [97] [98] [99] [100] y que no son exclusivamente mujeres.

3.8.3.4 Fase cuatro: Categorización. Hace parte del último proceso para el análisis de los datos y en él las categorías identificadas en el paso anterior se relacionaron con otras categorías más amplias también denominadas categorías núcleo y que articulan todo el sistema categorial construido a lo largo del proceso de análisis cualitativo. En este proceso se buscó dar sentido y significado al lenguaje verbal y no verbal de las participantes con el fin de construir una visión integral del fenómeno de estudio: la presencia de depresión postinfarto agudo de miocardio en mujeres.

Cada categoría agrupaba en su contenido un elemento importante vivenciado por las participantes que tenía relación con los signos y/o síntomas que podían sugerir la presencia de estados depresivos en la mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio.

---

[95] Ibid., p. 186.

[96] BRINK, Eva and GRANKVIST, Gunne. Associations between depression, fatigue and life orientation in myocardial infarction patients. Op cit., p. 409.

[97] De JONG, MJ. et al. Una Comparación de cinco países de la ansiedad poco después de un infarto agudo de miocardio. Op. cit., p. 130.

[98] SÁNCHEZ CARRIO, Ana M. et al. Detección de pacientes con factores de riesgo psicosocial ingresados en la unidad de coronarias. Op. cit., p. 38.

[99] CARNEY, Robert M. et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD Study) Op. cit., p. 466.

[100] FRASURE SMITH, Nancy and LESPERENCE, François. Depression and other psychological risk following myocardial infarction. Op. cit., p. 629.

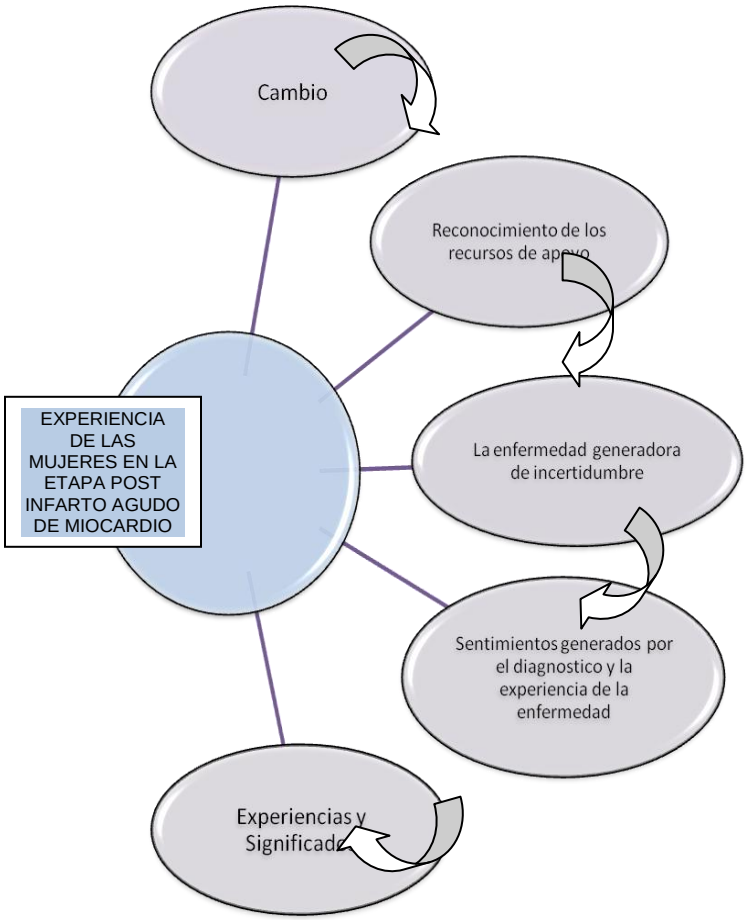
Cada entrevista se codificó inicialmente luego de ser transcrita y posteriormente se repitió el proceso al terminar de realizar todas las entrevistas con el objeto de verificar si el análisis inicial se había realizado correctamente[101]; en este proceso cabe destacar que el análisis individual y de todas las entrevistas fue realizado por la investigadora y por la asesora de la tesis en diferentes momentos de manera individual en este momento descriptivo o de codificación abierta; posterior a ello se realizó una confrontación de los datos encontrados por cada una, ello con el objeto de darle una mayor validez al análisis interpretativo.

[101] EAVES, Yvonne. Synthesis technique of grounded theory data analysis. In: Journal of Advanced Nursing. sep. 2001, vol. 35 no. 5, p. 654-663.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados y el análisis de los datos clasificados según cinco categorías núcleo:

- ✓ Experiencias y Significados
- ✓ Sentimientos generados por el diagnóstico y la experiencia de la enfermedad
- ✓ Cambio
- ✓ Incertidumbre
- ✓ Reconocimiento de recursos de apoyo



Fuente: Grafico construido por Andrea Buitrago a partir de las categorías nucleares de la experiencia del IAM en mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio. HUSI. Bogotá. Mayo a Agosto de 2009.

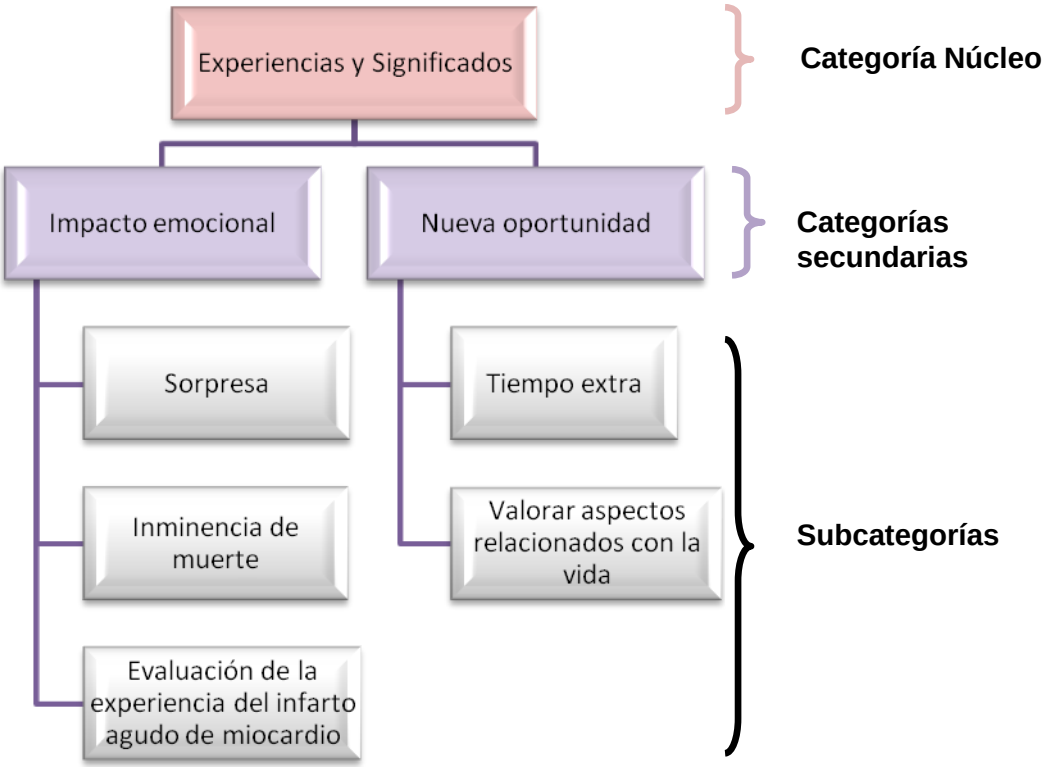
Las preguntas abiertas que dieron organización al primer momento descriptivo fueron:

- ✓ Cuénteme con todo el detalle posible, que significó haber tenido un infarto agudo de miocardio.
- ✓ ¿Cómo fue su experiencia de haber sido diagnosticada con un infarto agudo de miocardio?
- ✓ ¿Qué pensamientos tuvo al saber que tenía un IAM?
- ✓ Con sus propias palabras ¿cómo puede describir los sentimientos que le generó saber que tenía un infarto agudo de miocardio?
- ✓ ¿Su vida ha cambiado en este mes luego de haber sufrido el infarto?
- ✓ ¿Qué significado ha tenido para usted el haber tenido un infarto agudo de miocardio?

De acuerdo con la metodología del manejo de los datos descrito anteriormente, se presenta a continuación el análisis de la información obtenida, la cual se organizó en un eje axial construido mediante la categorización de la información suministrada por las doce mujeres participantes del estudio. Para facilitar la comprensión del análisis, la información inicialmente se presenta mediante gráficas que describen las categorías construidas; en la primera posición se encuentran las categorías núcleo; en las segundas posiciones, las categorías principales y en la tercera posición las subcategorías con sus respectivas unidades de registro más representativas. Estos datos aportan conocimiento de la experiencia en las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio y de los signos y/o síntomas que pueden ser característicos de estados depresivos en esta misma etapa.

Para ilustrar la forma como se construyeron las categorías se presentan las referencias más representativas extraídas de las narrativas; en el Anexo B se exponen todas las referencias o códigos sustantivos que dieron origen a la organización en categorías y subcategorías.

4.1 CATEGORÍA NÚCLEO: EXPERIENCIAS Y SIGNIFICADOS



Fuente: Grafico construido por Andrea Buitrago a partir de la categoría nuclear, categorías secundarias y subcategorías de los significados de la experiencia del IAM en mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio. HUSI. Bogotá. Mayo a Agosto de 2009.

En ésta categoría, se contemplan dos aspectos importantes y que están relacionados mutuamente, el primero hace referencia a la experiencia, que se define como una forma de conocimiento o habilidad derivados de la vivencia de ser diagnosticado con un infarto agudo de miocardio, y los conceptos que la mujer obtiene de este suceso. El segundo aspecto se refiere a los significados que se denominan como el concepto o idea mental, emocional y cultural elaborado por cada mujer y que se asocia al hecho de ser diagnosticada con infarto agudo de miocardio; es considerado de carácter individual ya que depende del valor que cada persona le asigna al hecho en particular, generalmente asociado a su vida su entorno, sus costumbres y sus metas.

4.1.1 Categoría secundaria. Impacto emocional en relación con el diagnostico de la enfermedad. Hace referencia al componente psicológico que

genera el hecho de recibir la noticia del diagnostico de una enfermedad cardiaca. Este impacto está definido por las expresiones verbales de sorpresa, evento inesperado, cercanía a la muerte y con una connotación importante para las mujeres participantes del estudio por considerar el IAM como una enfermedad grave.

4.1.1.1 Subcategoría: Sorpresa. Tiene que ver con la apreciación que tienen las mujeres acerca del evento y que a la vez es visto como inesperado, no creíble, que no les puede estar ocurriendo a ellas, y que las lleva a expresar palabras como “eso” cuando se refieren al diagnóstico del infarto agudo de miocardio.

- ✓ *Significó algo que no esperaba y no imaginaba que me iba a pasar, no me siento bien en pensar que me pasó esto, me dan ganas de no hacer nada, de dormir y despertar de ésta que es como una pesadilla*

- ✓ *Ohh! Sorpresa cuando el médico me dijo que tenía una enfermedad del corazón, no lo creía y no lo pensaba.*

- ✓ *Yo tenía planeado viajar a visitar a mis hijos durante la semana santa y me da esto (refiriéndose al infarto agudo de miocardio), no me esperaba ese desenlace cuando fui al médico porque sólo sentía el pecho como apretado, yo no estaba preparada; bueno!, tal vez uno no se prepara para la enfermedad; lo que quiero decir es que es algo sorpresivo e inesperado, vea! me pasó y no sé ni a qué hora me dio*

- ✓ *Uno cree que algo está mal pero no se imagina que sea tan grave como eso (refiriéndose al infarto), la razón de mi sorpresa radica en la creencia que tenía de estar sana; pero era mentira!, me enfermé y no me di cuenta a qué hora paso todo*

- ✓ *Las enfermedades llegan cuando uno menos se lo espera, definitivamente no hay dicha completa, no podía creer que eso me pasaba, quería correr, cerrar los ojos y despertar de la pesadilla.*

Discusión. Se observa que el término “sorpresa” es referido de manera constante en las narrativas de las mujeres, la enfermedad coronaria se desarrolla de manera silente sin que las personas noten cambios significativos hasta cuando el desenlace termina ocasionándoles cambios en la fisiología cardiaca generando los síntomas de infarto.

Al respecto, Andrés Peiro[102], en el estudio del "Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el IAM en las mujeres", concluye que las mujeres tienen una tendencia marcada a subvalorar el malestar y los síntomas relacionados con la enfermedad coronaria, aspecto que las hace tener retraso en la toma de decisión para acudir a la consulta médica; este autor manifiesta que culturalmente existe una tendencia marcada en la sociedad a subvalorar la patología cardiaca de las mujeres pues es considerada una enfermedad propia del sexo masculino; razón por la cual la ocurrencia de un infarto cardiaco en la mujer es considerado un evento sorpresivo ante el cual no se tiene la preparación adecuada para afrontarlo. Una explicación válida de este argumento radica en que el evento coronario es considerado socialmente como una enfermedad altamente incapacitante y que genera marcados cambios en la dinámica biopsicosocial de los seres humanos, se relaciona adicionalmente con una negación a veces inconsciente del evento que es interpretado por las personas como "catastrófico" y que posee características silentes de inicio y desarrollo, razón por la cual la manifestación física de la enfermedad toma por sorpresa al individuo y es generador de diversas emociones y reacciones.

A la vez, la confirmación del diagnostico de infarto agudo de miocardio provoca un estado de crisis emocional y se constituye en un factor de estrés potente e inesperado que puede ser breve o prolongarse en el tiempo.

4.1.1.2 Subcategoría: Inminencia de muerte. Hace referencia a la interpretación que dan las participantes del estudio en relación a la cercanía con la muerte cuando acontece un infarto agudo de miocardio.

- ✓ *La enfermedad fue terrible, pensé que se acababa el mundo*
- ✓ *Uno se siente morir (3)*
- ✓ *A mí me da miedo que me de otro infarto en la noche, uno oye que a muchas personas les da cuando duermen y no se dan cuenta y se mueren y aunque uno sabe que entre más pasa el tiempo, más peligro de morirse tiene, pues yo no quiero que eso me pase todavía*
- ✓ *Uno se siente tan cerquita de un final fatal como en un abrir y cerrar de ojos*

[102] PEIRO, Andrés et al. Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el IAM en las mujeres [en línea]. En: Enfermería en Cardiología. 2007, año 14 no. 42-43, 31 p. Disponible en Internet: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/4304.pdf

- ✓ *Pensaba que me iba a morir, pensaba en las cosas que dejé de hacer y no pude, pensaba que ya no había tiempo, pensaba que me iba a morir, es que el dolor es tan fuerte que uno solo piensa cosas malas*

- ✓ *Es como si la muerte estuviera presente todo el tiempo, es como si en cualquier momento me fuera a pasar algo igual o peor, sé que incluso puedo morirme de repente*

- ✓ *Yo creo que el corazón es una parte muy delicada del cuerpo humano, como muy frágil, y si uno se enferma de eso pues es grave, creí que no iba a vivir más, vi tan cerquita la muerte que sólo le pedí a Dios que me ayudara a no sentir dolor y que si eso me iba a pasar pues que fuera como en un abrir y cerrar de ojos.*

Discusión. En esta subcategoría es importante resaltar que los pensamientos relacionados con la muerte siempre acompañan a las mujeres participantes del estudio, la noticia del diagnóstico de una enfermedad con un valor social alto genera miedo y sensaciones de cercanía a un evento fatal.

La inminencia de muerte que presentan las mujeres con infarto agudo de miocardio tiene dos características importantes, una de ellas se presenta acompañada por el conocimiento del diagnóstico de infarto y que manifiestan mediante frases alusivas a la enfermedad como un evento "terrible" y que trae consigo la cercanía a un evento fatal; el otro aspecto que es importante resaltar se basa en la percepción de muerte como una situación latente, que trasciende en el tiempo y que en cualquier momento se puede presentar; es una situación generadora de estrés y ansiedad al pensar que el infarto puede ocurrir nuevamente y quizá de forma definitiva.

Existe un temor marcado en los seres humanos en relación a la inminencia de muerte, temor que para el caso de las mujeres participantes del estudio se relaciona con la pérdida del rol, el aislamiento social y familiar, los sentimientos de minusvalía; aspecto a tener en cuenta ya que de alguna manera puede estar aumentando los niveles de ansiedad y de estrés en la etapa postinfarto agudo de miocardio. Tal como lo afirma Janson[103], existe un miedo en las mujeres al afrontar la muerte debido al fuerte apego existente por los seres queridos, especialmente por los que les implican un desempeño de rol de cuidadora (ejemplo: los hijos)

[103] JANSON, Anita. Unexplained chest pain in relation to phychosocial factors and health-related quality of life in men and women. In: Journal of Cardiovascular Nursing. May 2007, vol. 6 no. 4, p. 329-336.

4.1.1.3 Subcategoría: Evaluación de la experiencia del infarto agudo de miocardio. Hace referencia al valor vital que las mujeres le asignan a la experiencia vivida con el infarto agudo de miocardio y al impacto del diagnóstico de esta enfermedad.

- ✓ *La enfermedad fue terrible(4)*
- ✓ *Una situación tan delicada como esa no es fácil*
- ✓ *La experiencia del infarto es espantosa, uno sabe que de eso se mueren muchas personas*
- ✓ *Eso que le digan a uno que tiene un infarto es algo terrible*
- ✓ *Esa enfermedad es algo teeerrible! (se lleva la mano a la frente)*
- ✓ *Pues es una experiencia traumática para la vida de cualquier ser humano*
- ✓ *No pues!, imagínese tener una enfermedad tan grave es muy malo, eso es terrible, uno cree que no hay nada peor después de eso*

Discusión. La enfermedad es vista como un acontecimiento terrible, las mujeres le dan una connotación a la enfermedad como un evento grave, amenazador, productor de ansiedad y es una condición que las lleva a pensar en otros aspectos de la vida. Cabe destacar las veces que la palabra terrible se repite en las narrativas de las mujeres. Culturalmente la enfermedad cardiaca y especialmente el infarto agudo de miocardio es considerado un evento catastrófico.

Al respecto, Bárbara Murphy y colaboradores[104] afirman que la percepción de gravedad de la enfermedad se convierte en un predictor significativo de ansiedad persistente en las mujeres luego de la ocurrencia de un infarto agudo de miocardio y por tanto, es sorprendente que la propia concepción de gravedad de una enfermedad se relacione con la depresión. Estos autores adicionalmente afirman que es posible que las mujeres que perciben su caso particular como más grave en relación a otros eventos o enfermedad de otras persona, tienden a tener una visión más pesimista del mundo y de esta manera se aumenta la tendencia a la manifestación de síntomas depresivos.

[104] MURPHY, Barbara et al. Trajectories and predictors of anxiety and depression in women during the 12 months following an acute cardiac event. In: Journal of Cardiovascular Nursing. 2006, vol. 21 no. 5, p. 407 – 411.

4.1.2 Categoría secundaria: Nueva oportunidad. Evaluación de consecuencias favorables derivadas de la situación particular de haber sido diagnosticadas con infarto agudo de miocardio y que repercuten positivamente como recursos de apoyo para afrontar la situación resultante del evento; también se relaciona con un cierto grado de gratitud y esperanza por continuar con vida a pesar de la enfermedad y por tener oportunidades de cambio.

4.1.2.1 Subcategoría: Tiempo extra. Se refiere al significado derivado de la enfermedad en donde las mujeres participantes del estudio ven el evento y la supervivencia a éste episodio como una oportunidad para seguir viviendo, para realizar cosas que sienten aún están pendientes en su vida y para cambiar hábitos.

- ✓ *Pensé que me había llegado la hora pero no!; tengo otra oportunidad*
- ✓ *Todavía no he terminado mi misión en la tierra*
- ✓ *He tenido otra oportunidad de vivir y no la puedo desaprovechar*
- ✓ *Es como si a uno le dieran un espacio más amplio para vivir*
- ✓ *Casi como si tuviera espacio para hacer avances en mi cuenta, claro!, es otro espacio o tiempo para estar acá*
- ✓ *Mi marido, al que le gusta el fútbol; diría que es tiempo de reposición para corregir las cosas que hasta ahora no he podido*

4.1.2.2 Subcategoría: Valorar aspectos relacionados con la vida. Se refiere a la reflexión que cada una de las participantes del estudio hace en relación a algunos componentes de sus vidas que antes del evento parecían ocultos o no eran tan visibles, se relaciona con la cualificación que estas mujeres hacen en relación a la familia, la posibilidad de estar viva, la importancia de expresar sus sentimientos.

- ✓ *Uno en esos momentos en que la muerte está cercana, piensa en la familia y en el tiempo que a veces deja pasar sin decirles o demostrarles que los quiere, pero ya lo voy a arreglar pues tengo la posibilidad de hacerlo ahora*
- ✓ *En esos momentos de crisis uno valora más las cosas que tiene, como mi familia que me apoya mucho y esta situación me abrió un poco los ojos*

- ✓ *Yo siempre he sido muy drástica en mi forma de ser y cuando pensé que me iba a morir pues me dio miedo y ahora que miro atrás y veo que no me pasó nada pero y no me morí pues valoro más la vida*

- ✓ *Cuando a uno se le está acabando el tiempo le da un valor diferente a las cosas y esa situación me ayudo a ver lo que aparentemente estaba perdido como el amor por la vida*

Discusión. Un aspecto importante a destacar radica en la importancia que le dan las mujeres participantes del estudio al hecho de tener "una oportunidad" para reajustar algunos aspectos de la vida cotidiana y prevenir que nuevos episodios de infarto agudo de miocardio se presenten. La supervivencia al episodio del infarto es visto como una señal de alarma, una necesidad de cambiar hábitos, una oportunidad para corregir errores del pasado, para fortalecer algunos vínculos de familia.

La supervivencia ante una enfermedad o un evento catastrófico como el infarto agudo de miocardio, genera nuevos espacios y pensamientos reflexivos frente a las situaciones personales, familiares, laborales, sociales, etc.; se considera una ocasión especial que crea emociones y pensamientos diversos, le permite a los seres humanos recobrar su capacidad dinámica de evolución. Tal como lo afirma Rafael E. Rua,[105] las emociones, al igual que los síntomas, muestran una oportunidad para que los individuos tomen consciencia de su situación interna y externamente desintegrada. Gracias al manejo adecuado que las personas le den a las emociones es posible reencontrar el camino hacia la armonía que incluya factores endógenos y exógenos. Es claro entender que las enfermedades físicas provocan un estado de sufrimiento emocional y adicionalmente, comprender la forma en que el funcionamiento del sistema inmunológico esta ligado al estado emocional de la persona, dando como resultado que los afectos positivos potencialicen el óptimo funcionamiento de este sistema facilitando la recuperación.

Desde el punto de vista de la fisiopatología, se sabe que la asociación entre enfermedad cardiaca (IAM) y depresión produce efectos deletéreos en el pronóstico y recuperación del paciente y que complican gravemente el curso de la enfermedad cardiaca; dentro de estas alteraciones fisiológicas se encuentran la disfunción endotelial y trombosis; adicionalmente a esto, los pacientes deprimidos tienen una intensa reducción de la función vasodilatadora del endotelio, provocada por la activación de la angiotensina II, exceso oxidativo y excreción inadecuada de

[105] RUA Y NAVA, Rafael. La enfermedad como oportunidad para evolucionar: una bendición. Los procesos emocionales involucrados en la enfermedad y el sentido profundo de la misma. En: Revista Electrónica de Psicología "La Misión". Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. Junio 2006. 27 p.

citocinas y ácidos grasos proinflamatorios y protrombóticos[106]. También hay que tener en cuenta el papel que cumplen los neurotransmisores en el desarrollo de la enfermedad depresiva y que puede explicar los efectos psicológicos de la persona que tiene depresión, y que se manifiestan con unas respuestas conductuales particulares asociadas a los pensamientos de muerte y sentimientos de tristeza. Particularmente, la presencia de estos neurotransmisores en el organismo cuando se encuentran en unos niveles adecuados, son los responsables de propiciar los pensamientos "positivos" que ayudan a los seres humanos a responder mejor y visualizar salidas frente a una situación o enfermedad altamente estresante.

Otro aspecto para resaltar está determinado por la importancia del componente espiritual como un apoyo extra para superar la enfermedad y/o evadir la muerte, es un llamado a una ayuda superior que está por encima de las capacidades humanas y que hace que las mujeres que han vivido la experiencia del infarto agudo de miocardio, den gracias por haber recibido un favor al salir victoriosas y no fallecer con el episodio en el momento en que experimentaron los síntomas del infarto.

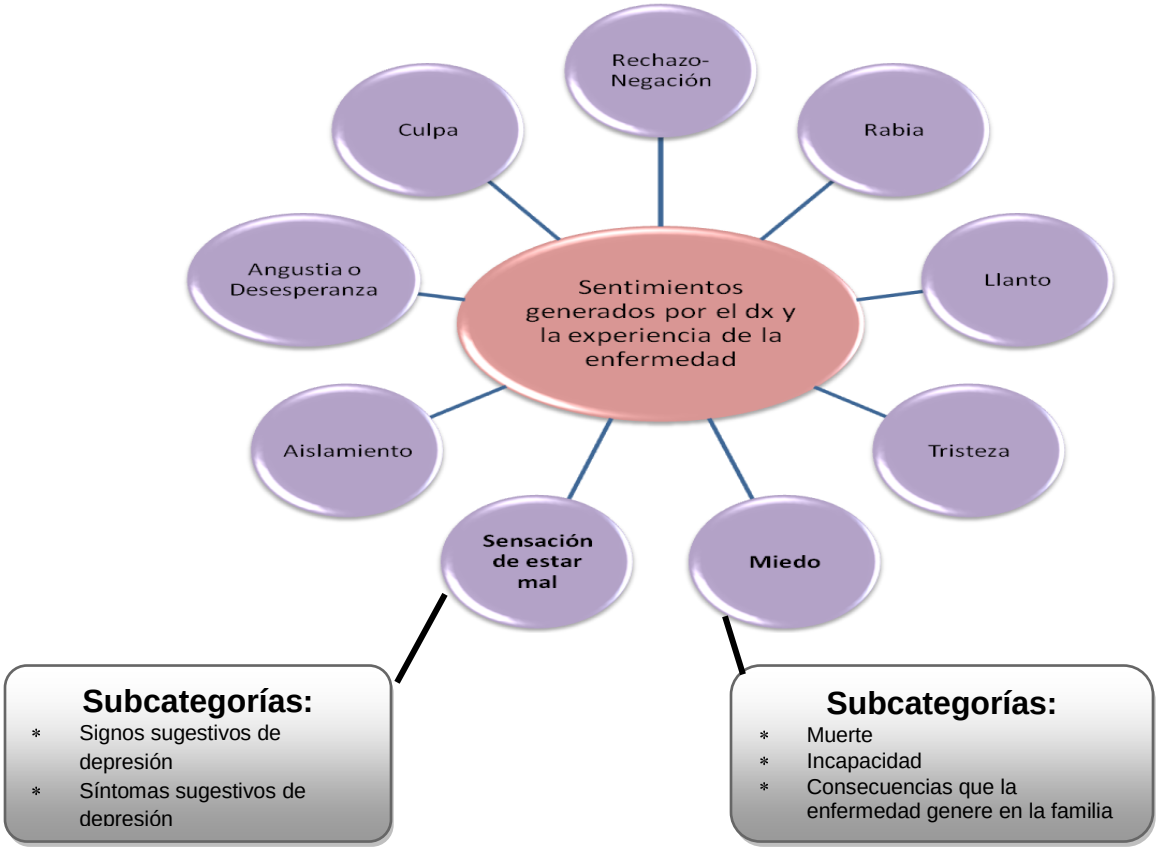
Estos hallazgos confirman la importancia del componente espiritual que acompaña a los seres humanos y que en algunas circunstancias fortalece las redes de apoyo para sobrellevar y superar las dificultades, se convierte en un soporte al cual se apegan las mujeres participantes en los momentos de crisis y de enfermedad. Tal como afirma Eillen Maryibe Millán y Luz Patricia Díaz[107], La situación vivida durante el infarto agudo de miocardio y el dolor torácico, son tan complejos para la mujer, que el compromiso requerido para afrontar la enfermedad requiere una ayuda máxima y superior a las capacidades humanas.

---

[106] BROADLEY, AJ. et al. Arterial endotelial function is impaired in treated depression. In: Heart. 2002, vol. 88 no.5, p. 521-523.

[107] MILLÁN, Eillen Maryibe y DÍAZ, Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo del miocardio. En: Revista Avances en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2009, vol. 27 no. 2, p. 39.

4.2 CATEGORÍA NÚCLEO: SENTIMIENTOS GENERADOS POR EL DIAGNÓSTICO Y LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD



Fuente: Grafico construido por Andrea Buitrago a partir de la categoría nuclear, categorías secundarias y subcategorías de los sentimientos generados por el diagnostico y la experiencia de la enfermedad en mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio. HUSI. Bogotá. Mayo a Agosto de 2009.

Respuestas emocionales y cognitivas con las que las mujeres describen sus experiencias del evento. Dentro de esta clasificación es importante tener en cuenta dos aspectos relevantes que fueron narrados por las participantes y hace referencia al miedo y la sensación de “estar mal”, los cuales arrojaron unos datos adicionales que se van a mostrar con más detalle dada la importancia que tienen y la frecuencia con la que fueron expresados por las participantes.

A la vez, el miedo expresado tiene tres características importantes que se extrajeron de las narrativas de las mismas mujeres; existe un miedo ligado a la muerte, pues el infarto agudo de miocardio es una enfermedad que lleva a las personas a sentirse cerca de un desenlace fatal; también existe el miedo a la

incapacidad y las consecuencias que la enfermedad pueda generar, miedo que adicionalmente está ligado a no poder realizar las actividades de la vida cotidiana. Por último, existe un miedo generado por las consecuencias que el infarto diagnosticado a las mujeres, genere en la dinámica familiar, miedo a dejar de ejecutar un rol dentro de la familia, miedo a que la enfermedad ocasione cambios no favorables en las relaciones familiares, miedo al dolor que se pueda causar a los hijos y que se exacerba cuando adicionalmente la enfermedad fue vista como un evento cercano a la muerte.

Por otro lado, la categoría "Sensación de estar mal" se obtuvo del análisis de las narrativas de las participantes y es importante analizarla por separado pues muestra unos datos importantes para comprender los signos y síntomas sugestivos de estados depresivos en las mujeres participantes del estudio.

4.2.1 Categoría secundaria: Rechazo / negación. Se refiere al mecanismo de defensa inconsciente que utilizan las mujeres, mediante el cual rechazan la enfermedad y su contexto por considerarlos desagradables, dolorosos y ajenos a ellas.

- ✓ *No pensé que eso me pasara a mí*
- ✓ *Uno cree que eso es cosa de otros y no de uno*
- ✓ *Yo he sido una persona muy útil en la vida y tan joven pues no pensé que me diera esto*
- ✓ *Una negación de la situación, no quería que eso que me decían fuera cierto*
- ✓ *Yo solamente me he enfermado de la apéndice y no más, y en mi familia nadie sufre de nada y menos del corazón; así que no creía que me hubiera dado eso, pensaba que el médico se había equivocado*
- ✓ *Nunca pensé que fuera tan grave y por eso no me fui al médico pronto*

Discusión. La negación de la enfermedad es una situación muy común en las mujeres, se considera un aspecto relevante dada la frecuencia de presentación durante y después del evento (diagnostico de infarto agudo de miocardio), existe un mecanismo de defensa que usualmente utilizan las personas de manera consciente o no y que busca mantener el equilibrio y la salud mental; este mecanismo de defensa que se conoce como la negación de un evento es utilizado cuando existe una situación o condición especial y que es vista como amenazante

y productor de daño en las esferas física, psicológica, social, sexual y espiritual. Mediante la negación las personas utilizan frases alusivas al rechazo de la enfermedad y ésta a su vez es vista como un acontecimiento ajeno a la propia persona, se cree que "eso le ocurre a los demás y no a mí"; es importante señalar que dentro de las narrativas de las participantes del estudio, este mecanismo de defensa está presente y se hace visible cuando se analizan las palabras referidas por las mujeres al expresar frases como "uno cree que eso es cosa de otros y no de uno", o "uno no cree que eso le pase algún día"; la negación también se hace visible cuando las mujeres se refieren a la enfermedad (infarto agudo de miocardio) como "eso" y no se refieren a ella por su nombre.

Al comparar la narrativa de las participantes del estudio con los datos obtenidos en la revisión de la literatura se encuentra que el estudio de Martínez Qués[108], comparte algunas similitudes; este autor expresa que la minimización del impacto de una enfermedad puede ser una estrategia que busca enmascarar un evento traumático, es como si la persona de manera consciente quisiera evadir la realidad de estar enferma e interpone de esta manera una barrera entre ella y lo que considera amenazante (la enfermedad y sus consecuencias).

Adicionalmente, Andrés Peiro[109] en su estudio, afirma que el 40% de las personas que fueron diagnosticadas con infarto agudo de miocárdico no percibían la enfermedad como grave y a la vez consideraban que la causa de la enfermedad o de sus molestias no se debía a un evento coronario; ello confirma que existe una tendencia a subvalorar los síntomas y realizar un proceso de negación de la situación por considerar una enfermedad cardiovascular como muy amenazante y grave. Otra de las causas que llevan a las mujeres a hacer negación de la enfermedad se debe al deseo implícito de no dejar de ejecutar su rol, terminar de ejecutar tareas pendientes y no causar daño a los familiares.

De igual forma, el estudio de Alejandra Soto[110] plantea que las mujeres tienen una tendencia a subestimar la enfermedad y le dan muy poca o ninguna importancia al síntoma de dolor torácico de origen cardiaco pues creen que la causa que está generando el síntoma es ajena a alteraciones del sistema cardiaco; aspecto que

---

[108] MARTINEZ QUES, Angel et al. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad coronaria. En: Enferm Cardiol. 2005, Año 12 no. 34, p. 15-21.

[109] PEIRO, Andrés et al. Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el IAM en las mujeres. Op. cit., p. 31.

[110] SOTO, Alejandra. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. En: Revista Avances en Enfermería. 2007, vol. 25 no. 2, p. 58-64.

confirma un grado de negación de la enfermedad y una proyección de las causas y consecuencias de la misma.

Durante las etapas críticas de una enfermedad se pueden identificar una serie de alteraciones en el componente emocional de las personas, estas respuestas emocionales como la negación buscan mantener un equilibrio emocional y conservar la estabilidad familiar y social; durante el proceso de negación se minimizan la enfermedad, los síntomas y sus consecuencias y quizá de manera inconsciente lo que la persona busca es reducir los niveles de estrés generados por el padecimiento propios de una enfermedad.

4.2.2 Categoría secundaria: Rabia. Se refiere al sentimiento de desagrado o disgusto marcado que las mujeres participantes del estudio manifiestan haber tenido frente a la enfermedad y la noticia de ser diagnosticadas con IAM.

- ✓ *Llegué tarde al hospital y no me pudieron poner un medicamento que para que se destapara mi arteria, eso me da rabia*
- ✓ *Me dió rabia porque pude morirme de una cosa tan grave como esa (IAM)*
- ✓ *Cuando yo fui consciente que tenía un infarto,…me dio una sensación de ira contra todo el mundo y contra la doctora que me dió la noticia*
- ✓ *Hasta rabia sentí porque pensé que no iba a ser grave cuando me llevaron al hospital y peor cuando me metieron a cuidados intensivos*
- ✓ *Ya no puedo hacer lo de antes y eso me da como ira, me da rabia*

Discusión. Los sentimientos negativos generados por el diagnostico de la enfermedad se presentan de manera muy marcada en las participantes del estudio. Cabe destacar la frecuencia en la utilización de la palabra “rabia” que se repite en varias de las narraciones; este sentimiento es generado por una especie de frustración o impotencia al no poder resolver de una forma fácil y rápida la situación, también por las consecuencias que la enfermedad genera en las personas que han sido diagnosticadas con infarto de miocardio. Este sentimiento se exacerba cuando la enfermedad genera limitaciones de carácter físico y las mujeres deben cambiar su vida cotidiana, limitar las acciones que realizaban antes de haber cursado con la enfermedad.

Adicionalmente el sentimiento de “rabia” que no es otra cosa que la expresión máxima de un sentimiento de disconfort, en el caso de las mujeres del estudio, se asocia a sensaciones de culpabilidad al haber tenido la oportunidad de prevenir la enfermedad y no haberlo hecho o no haberse dado cuenta que algo se encontraba mal físicamente y de esta forma haber pedido ayuda médica de manera oportuna.

La ira a la vez hace parte de una de las fases del duelo que los seres humanos deben superar y que se generan cuando existe una pérdida de relaciones significativas, una pérdida de un familiar, una enfermedad, la muerte, una separación, entre otras; y se genera por la pérdida de control de los seres humanos sobre sí mismos

Por lo general las enfermedades crónicas o las catastróficas o aquellas que tienen un alto impacto social como es el caso del infarto agudo de miocardio, afectan algunos de los aspectos importantes de la vida en las personas que las padecen. Una de los principales alteraciones observables en los pacientes con enfermedades coronarias y que quizá es el que a largo plazo se observa con mayor deterioro, lo constituye el aspecto emocional que se perturba debido al proceso de adaptación que experimentan las personas diagnosticadas con infarto de miocardio, es en esta etapa cuando afloran los sentimientos de carácter negativo como la ira, la angustia, el llanto, entre otros.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la ira condiciona la aparición de situaciones biológicas que favorecen la muerte a causa de arritmias cardiacas; esta situación se debe a que este estado de ira se asocia con una disminución del umbral fibrilatorio y un incremento en la concentración de las catecolaminas circulantes con la subsecuente disminución en la variabilidad de la frecuencia cardiaca.

4.2.3 Categoría secundaria. Tristeza. Corresponde al estado afectivo expresado por las mujeres del estudio y que es provocado por la noticia de tener un infarto agudo de miocardio y de vivir la experiencia. Se relaciona con un decaimiento de las emociones y que se pueden asociar fácilmente con otros síntomas como el llanto. Esta respuesta emocional es generada por una agresión inesperada y percibida como injusta o no merecida.

- ✓ *Tristeza en dejar a mi familia*
- ✓ *Uno se siente desesperado, desamparado y eso a cualquiera lo pone triste*

- ✓ *Esta es una experiencia triste*

- ✓ *Me duele el corazón porque la tristeza en pensar que lo que me pasó fue muy grave*

- ✓ *El dolor que tengo ahora no es físico sino como del alma*

- ✓ *Me da tristeza llegar a vieja llena de males y sin poder hacer mis cosas como antes*

- ✓ *La vida, los recuerdos, las esperanzas, los sueños y las cosas no hechas a uno lo ponen muy pensativo, además porque uno hospitalizado pues no hace nada más que pensar en cosas de su vida y su familia y uno se siente sólo, algunas veces triste*

Discusión. Luego del diagnostico de la enfermedad uno de los sentimientos comunes que las personas pueden presentar lo constituye el decaimiento del estado de ánimo también conocido como tristeza. En esta fase emocional, las personas pueden ver afectada su capacidad de relación con otros seres humanos y tienden a alejarse de los demás, aspecto que empeora la sensación y perpetúa la tristeza y las consecuencias a nivel cardiaco.

La tristeza expresada por las participantes del estudio es secundaria a los efectos deletéreos de la enfermedad, a las limitaciones físicas que se generan luego de una isquemia miocárdica, a la fatiga ocasionada cuando realizan las actividades de la vida cotidiana y que eran ejecutadas de una forma fácil en etapas previas al diagnostico del IAM.

4.2.4 Categoría secundaria: Angustia o desesperanza. Estado de gran activación emocional que se asocia con un sentimiento de miedo o aprehensión, es expresado cuando las mujeres participantes se enfrentan a la realidad de tener un infarto agudo de miocardio, momento en el cual reflejan un nivel de percepción de impotencia al no poder solucionar la situación por sí solas.

- ✓ *Uno se siente desesperado, desamparado*

- ✓ *Cuando me enteré de lo que tenía tuve una sensación como de vacío en el estómago, me puse muy angustiada*

- ✓ *Cuando me llevaron al hospital, la ambulancia se movía mucho y eso me asustaba, yo me movía para un lado y el otro y creía que me iba a caer o que*

algo peor me iba a pasar o que algo no estaba del todo bien porque ese carro corría mucho y eso significaba que yo tenía que estar rápido en el hospital o algo malo me pasaría

- ✓ *Me "toca tomar pastas de por vida" como me lo dijo la enfermera, eso hace que uno se sienta como inválido, como si tuviera un gatillo en la cabeza, como si tuviera el reloj trabajando en contra de uno*

Discusión. La sensación de angustia se convierte en otro factor que generalmente acompaña las enfermedades, es debida a una pérdida del control sobre las cosas, una impotencia al no poder manejar y/o controlar situaciones particulares. El sentimiento también es generado por el mismo proceso de hospitalización, la persona al tener que permanecer en un sitio ajeno a su casa desarrolla estas sensaciones, que no solo afectan el componente emocional sino que están relacionadas desde la parte fisiológica con un aumento de la resistencia vascular con el subsecuente aumento del consumo de oxigeno miocárdico, razón por la cual se convierte en un estado que empeora el pronóstico de la enfermedad cardiaca.

El nivel de angustia expresado por las participantes del estudio, se asocia a la preocupación por los familiares y las consecuencias que la enfermedad genere en la dinámica familiar; la evaluación que ellas hacen acerca de sus vivencias como productoras de disconfort, el aislamiento e inmersión en un medio ajeno y desconocido cuando tienen que permanecer hospitalizadas.

Al respecto, Ana Milena Gaviria, Stefano Vinaccia y colaboradores[111], en el estudio "Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial" y cuyo objetivo fue evaluar las relaciones de la ira y la ansiedad-depresión en una muestra de 103 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de hipertensión arterial de la ciudad de Medellín, obtuvieron como resultados que tanto la hostilidad como la ira, la ansiedad y la depresión son entidades que comúnmente están presentes en las personas con enfermedades cardiovasculares.

4.2.5 Categoría secundaria: Culpa. Se refiere al reconocimiento por parte de las mujeres participantes del estudio de estar trasgrediendo las normas, no haber realizado las acciones pertinentes para evitar la enfermedad o por el contrario,

[111] GAVIRIA, Ana Milena et al. Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. En: Revista diversitas - perspectivas en psicología. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. 2009, vol. 5 no 1, 37 p.

haber ejecutado acciones que empeoran el curso y las consecuencias de la enfermedad.

- ✓ *A Dani no le gustan (las verduras) y es una brega para que se las coma así que a mí me toca hacerle las cositas que a él le gustan y de paso yo pruebo un poquito pero luego pienso que se me va a tapar otra vena en el corazón y que me va a doler y eso me da susto y me da remordimiento de conciencia*

- ✓ *Al inicio de mi enfermedad me auto culpaba, pensaba que si me hubiera cuidado más pues no estaría en esta situación, yo me consideraba una persona sana pero me cogió de sorpresa el infarto y no estaba preparada*

- ✓ *El dolor del corazón era como raro porque no me dio como todo el mundo dice que duele el pecho sino que pensaba que era un aire que se me había entrado porque dolía como entre las costillas y no en el pecho así que no me preocupe cuando lo sentí y eso fue peor porque llegué tarde al hospital y no me pudieron poner un medicamento que para que se destapara mi arteria, eso me da rabia y tristeza, nunca pensé que fuera tan grave y por eso no me fui al médico pronto*

Discusión. La culpa se conoce como la emoción secundaria a la realización de algo que es percibido como malo o deletéreo para la salud, en algunos casos la angustia se relaciona con la culpa pues la pérdida del bienestar a causa de una acción que se debía hacer o por el contrario, cuando estaba indicado hacerlo y no se realizó se puede convertir en un generador de estrés.

4.2.6 Categoría secundaria: Aislamiento. Hace referencia al deseo expresado por las participantes de no querer estar acompañadas, no querer expresar sus sentimientos a otras personas; también se refiere a la sensación de soledad que expresan las participantes cuando están pasando por el proceso de la enfermedad.

- ✓ *Mi familia me visitaba pero como las visitas eran cortas, yo permanecía casi todo el tiempo sola en esa habitación llena de cables*

- ✓ *Cuando la vecina del cuarto me hablaba yo la evitaba, no quería que me hablara ni conocer nada de ella*

- ✓ *He llorado pero a solas para no preocupar a mi esposo*

- ✓ *Al pensar en mi enfermedad y lo que me pasa no me dan ganas de hablar con nadie, ni siquiera con mi familia*

Discusión. La persona que sufre una alteración en cualquiera de las dimensiones física, psicológica, emocional, sexual y social, tiende a ver alterada toda su cotidianidad; para el caso de la mujer con infarto de miocardio, el aislamiento es generado por dos aspectos a destacar: por un lado, el decaimiento del estado de ánimo que hace que ellas pierdan todo el interés por las cosas y tengan una marcada tendencia a estar solas e introyectar sus sentimientos y por el otro lado; la misma terapia y dinámica hospitalaria que genera una barrera para que las personas que tienen que estar hospitalizadas por alguna causa tengan que permanecer alejadas de su familia, con el agravante de tener que permanecer en un sitio a veces hostil como lo es el hospital o la unidad de cuidado intensivo y con personas extrañas y ajenas a sus sentimientos.

En estos casos el aislamiento social que se le impone de alguna manera a la paciente cuando está hospitalizada se convierte en un generador de mayor estados de estrés y ansiedad; esto sumado a la misma carga que genera la enfermedad para la persona, facilita así la aparición de estados depresivos que como ya se explicó se convierte en una combinación nefasta cuando se asocia a un infarto agudo de miocardio o una enfermedad cardiovascular.

Una de las causas del aislamiento en las mujeres consiste en la falta de deseo de mostrarse ante los demás con una mala imagen que puede ser contraria a la que usualmente conocen sus amigos y familiares; esta percepción está dada por el rechazo a que las vean “derrotadas” tanto anímica como físicamente, cuando las mujeres se sienten enfermas optan por alejarse de su entorno y las personas cercanas a ellas con el objeto de desahogarse, a través del llanto, de los sentimientos generados gracias a su condición de salud alterada.

4.2.7 Categoría secundaria: Llanto. Es la expresión física mediante la cual se hace evidente un estado de tristeza ocasionado por la enfermedad y el cual según la información aportada por las participantes del estudio, es un sentimiento que aparece de manera frecuente y se asocia a un estado de disconfort.

- ✓ *He tenido ganas de llorar*
- ✓ *Lloraba de impotencia de no poder hacer nada*
- ✓ *Dos noches lloré en silencio para que no me escucharan*

- ✓ *Hay ocasiones en las que estoy sola que me dan ganas de llorar porque no puedo caminar como antes, me canso fácilmente*

- ✓ *La vida, los recuerdos, las esperanzas, los sueños y las cosas no hechas a uno lo ponen muy pensativo, además porque uno hospitalizado pues no hace nada más que pensar en cosas de su vida y su familia y uno se siente sólo, algunas veces triste, con ganas de llorar*

Discusión. El llanto se convierte en uno de los signos semiológicos que pueden sugerir un estado de disconfort o alteración emocional, se asocia a los estados de tristeza y es de esta forma mediante la cual algunas personas expresan su tristeza o melancolía. El llanto en las mujeres participantes del estudio es ocasionado por los pensamientos relacionados con las actividades que han dejado de realizar, por una especie de impotencia al no poder remediar su situación actual.

El llanto también es característico de este grupo de mujeres como un acontecimiento íntimo que no se puede compartir con los demás y del cual los otros no tienen por que saber; es por eso que se desata en los momentos de soledad o en las noches o por el contrario cuando la mujer tiene que buscar otros espacios como el baño o alejarse del entorno familiar para "desahogarse" así como lo afirman en algunas de sus narrativas.

4.2.8 Categoría secundaria: Estar mal. Sensación subjetiva de las participantes del estudio que hace referencia a la molestia física y emocional que es generada por el hecho de tener un infarto agudo de miocardio, se refiere al disconfort tanto físico como emocional que genera una enfermedad cardiaca.

4.2.8.1 Subcategoría: Síntomas sugestivos de depresión. Se refiere a las sensaciones propias de las participantes del estudio y que al ser expresadas pueden sugerir un estado de depresión; en esta categoría se agrupan las manifestaciones tanto físicas como emocionales conjugadas a través del lenguaje verbal utilizado por las mujeres y con el cual hacen evidente su estado de disconfort que fue ocasionado por la vivencia del infarto agudo de miocardio y todo lo que éste les genera.

- ✓ *Yo me sentía muy mal*

- ✓ *Al comienzo lloraba mucho de la tristeza que sentía y como una especie de desespero por lo que me ocurrió*

- ✓ *Esa enfermedad produce una sensación muy maluca*

- ✓ *Me siento mal en la parte física y en la emocional*

- ✓ *Siento unas mariposas feas en el estómago y no me dejan hacer nada porque a veces no quiero nada de nada simplemente*

- ✓ *Uno se siente muy mal, se siente triste, desolado, con ganas de llorar, sin ganas de hacer las cosas, a punto de morir*

- ✓ *Me siento tan cansada, ya no quiero estar con tanta limitación para hacer las cosas, que si me quedo quieta, que si camino, que si hago fuerza, que si hago ejercicio; en fin!, uno no sabe ni qué es bueno*

4.2.8.2 subcategoría: Signos sugestivos de depresión. Se refiere a las manifestaciones que pueden sugerir un estado de depresión; en esta categoría se agrupan las expresiones del lenguaje verbal y no verbal utilizado por las mujeres y con el cual hacen evidente su estado de ánimo; adicionalmente los datos agrupados en esta categoría se enriquecieron con la observación de la investigadora durante el proceso de la recolección de la información.

- ✓ *He tenido desgano por la comida, incluso por la que más me gusta, ya no me sabe igual aunque es la misma que antes consumía (realiza gestos con la cara, arruga la frente y agacha la mirada)*

- ✓ *Estoy sensible y cuando estoy así quiero llorar de la impotencia de no poder cambiarlo (presenta un leve y momentáneo lagrimeo cuando expresa esta frase)*

- ✓ *Es una situación que a uno lo pone sensible y mi familia me dice que no quiere verme con la carita apagada (ella muestra unas facies de tristeza cuando expresa esto)*

- ✓ *Estoy cansada y con pocas ganas de hacer las cosas (realiza un gesto de hombros caídos al referirse a esta situación)*

- ✓ *Pues vea, cuando pienso en lo que me ocurrió, no me dan ganas de hacer nada, es como una sensación de desanimo, me da pereza las cosas, me siento como cansada, abrumada, como con un peso en la espalda que es difícil de cargar (se lleva la mano derecha a la espalda)*

- ✓ *Mi familia me ayuda pero a pesar de ello yo no estoy del todo bien, tengo todo en mi casa, no me falta nada pero las sensaciones de aburrimiento no me abandonan*

- ✓ *Pues es como una depresión, como un no querer hacer nada, no puedo explicarlo bien, pero no se siente grato, uno está bien por fuera pero mal por dentro de su alma*

- ✓ *He sentido que estos últimos días he tenido muchos sucesos malos, como que he sufrido por algo que no sé qué hice*

- ✓ *Me he sentido como mal, como algo que no está bien*

- ✓ *Tengo una sensación como de estar mal, como de no sentirme bien a veces, ni siquiera conmigo misma, es como un vacio en la boca del estomago*

Discusión. Se destaca que en las narrativas de las mujeres participantes del estudio, siempre está presente una alteración en el estado de ánimo y una falta de energía para la realización de las actividades, incluso las de la vida cotidiana; se aprecia una falta de apetito y goce por la comida, un deseo de "no hacer nada"; situaciones que ponen de manifiesto un signo de alarma que puede ser característico de un estado depresivo latente.

Al analizar los datos obtenidos de las narrativas de las participantes se encuentra una prevalencia de las manifestaciones físicas y emocionales que sugieren que algo no está bien, y que estas mujeres tienen de alguna manera, un grado de disconfort secundario a la vivencia del infarto agudo de miocardio. Estos datos son similares a los obtenidos por Sánchez Carrio[112], quien manifiesta que los problemas psicosociales y emocionales se presentan con una alta frecuencia en los pacientes con síndrome coronario agudo, pero que adicionalmente estos situaciones particulares suelen pasar desapercibidos con facilidad sin que se les dé una adecuada atención y solución. Estos hallazgos son válidos cuando se quiere argumentar la importancia de realizar una detección precoz de los signos y síntomas que pueden estar insinuando la presencia de algún grado de depresión en las mujeres durante la vivencia del infarto agudo de miocardio.

Las manifestaciones a veces repetitivas que tienen las mujeres y que las llevan a tener expresiones como "estar mal" pueden considerarse como un anuncio importante para el personal de salud, ya que las expresiones verbales y no

[112] SÁNCHEZ CARRIO, Ana M. et al. Detección de pacientes con factores de riesgo psicosocial ingresados en la unidad de coronarias. Op. cit., p. 38.

verbales amplifican la información que se pueda obtener durante los momentos de cuidado del paciente y pueden estar reflejando síntomas clásicos de depresión como son: desanimo por las actividades, llanto, aislamiento social, falta de apetito, insomnio, facies de tristeza, cambios en el estado de humor, entre otras; y que si se detectan a tiempo, pueden asegurarse las medidas necesarias para aminorar las consecuencias devastadoras que la depresión tiene sobre la enfermedad cardiaca.

4.2.9 Categoría secundaria: Miedo. Se refiere a la perturbación angustiosa del ánimo en las mujeres y que es percibido subjetivamente por las participantes, es generado por un riesgo o daño ya sea real o de carácter imaginario, se caracteriza porque siempre está latente. Este miedo se manifiesta de diferentes formas y tiene diversas causas, existe el miedo a la muerte, a la incapacidad física y a las consecuencias ocasionadas por la enfermedad y miedo por los sufrimientos que se puedan ocasionar a los familiares a causa de la enfermedad de la mujer diagnosticada con infarto agudo de miocardio.

4.2.9.1 Subcategoría: Miedo a la muerte. Manifestación de aprehensión frente a un desenlace fatal que pudiese ocurrir a causa del diagnostico de IAM y que generalmente ocurre cuando las personas se enfrentan a enfermedades con un valor social muy importante y que adicionalmente se consideran graves, dentro de las cuales se destacan las enfermedades que afectan el sistema cardiaco.

- ✓ *Miedo a que me voy a quedar ahí*
- ✓ *Pasar por un episodio tan trágico como éste es grave y uno casi toca la puerta de la muerte*
- ✓ *A lo único que le tengo miedo es a la muerte*
- ✓ *Me da miedo que me muera*
- ✓ *Las primeras noches no podía dormir, sentía miedo que me durmiera y no despertara*

Discusión. Existe dentro de las mujeres participantes una tendencia marcada a manifestar el temor frente a la muerte al considerarlo un evento de posible ocurrencia cuando se sufre una enfermedad cardiaca, es un temor que casi siempre permanece latente luego de la fase aguda de la enfermedad y que puede exacerbarse si ésta ocurre de nuevo.

4.2.9.2 Subcategoría. Miedo a la incapacidad. Se refiere a las expresiones que generan un grado de angustia en las mujeres participantes del estudio luego de haber sido diagnosticadas con infarto agudo de miocardio y las consecuencias de la enfermedad, existe una aprensión frente a las limitaciones de carácter físico que el infarto pueda ocasionar posteriormente. Argumento que se sustenta bajo las creencias sociales al considerar el infarto como una enfermedad catastrófica, fatal o grave.

- ✓ *Miedo de no cumplir con mis responsabilidades en el hogar*
- ✓ *Miedo a quedar postrada en una cama*
- ✓ *Miedo a que me muriera, a que me pasara algo peor, a no poder moverme, a quedar postrada en una cama o invalida o mal*
- ✓ *A mí me preocupa que no pueda trabajar igual que antes*
- ✓ *Ahora me quedaron secuelas de la enfermedad, me canso mucho, me da miedo andar muy rápido porque me puede dar otra vez*

Discusión. El miedo que genera la enfermedad se relaciona con las limitaciones de carácter físico que ellas puedan tener como consecuencia de haber tenido dicha enfermedad. Existe un aspecto importante de resaltar y corresponde a la incapacidad que se genere como consecuencia de la enfermedad cardiaca, miedo a dejar de ejercer el rol, miedo al postramiento en una cama.

El miedo a la incapacidad en estas mujeres se relaciona con el rechazo a dejar de ejecutar un rol, valorado por ellas como fundamental dentro del núcleo familiar y social. Se consideran a sí mismas personas importantes al desempeñar una labor dentro de su familia y el trabajo, algunas de ellas son mujeres económicamente activas y las limitaciones que pudiera ocasionar la enfermedad cardiaca pueden llegar a intervenir de alguna manera en la funcionalidad y ejecución del rol.

El miedo a la incapacidad también se acentúa por no desear tener que depender de otras personas para la realización de sus actividades, incluso las más básicas. La funcionalidad y la ejecución de los diferentes roles que la mujer tiene dentro de las sociedades a las que pertenece hacen que se acrecienten los estados de ansiedad y depresión que pueden alterar la recuperación de la enfermedad cardiaca.

4.2.9.3 Subcategoría: Miedo a las consecuencias que la enfermedad genere en la familia. Se refiere al temor ocasionado por los cambios en la dinámica familiar y las consecuencias económicas de una eventual recaída ocasionada por la enfermedad.

- ✓ *Yo no puedo dejar a mi hija y mi nieto solos, ellos me necesitan*
- ✓ *Yo no quiero convertirme en una carga para mis hijos y mi esposo*
- ✓ *Yo no puedo dejar a mi hija con la carga de criar un hijo sola*
- ✓ *Me da temor pensar que puedo ser una carga para mi familia si me enfermo*
- ✓ *No quiero dejar de hacer mis cosas de siempre*

Discusión. El miedo expresado por las participantes y que se relaciona con las consecuencias que la enfermedad genere en la familia, guarda relación con la ejecución del rol y las responsabilidades dentro del núcleo familiar. Al respecto, Andrés Peiro[113] en el estudio que analiza las causas de demora prehospitalaria en el IAM en las mujeres, manifiesta que los síntomas de enfermedad coronaria son subvalorados por la misma mujer y esto le causa demoras en toma de decisión para solicitar ayuda médica; adicionalmente el autor señala que cuando la mujer se enfrenta a un proceso patológico actúa pensando en su familia y en las consecuencias que su situación o sus decisiones puedan tener sobre ellos; por ejemplo, existe un miedo marcado en ellas frente al dolor que puedan causar a sus seres queridos a causa de la enfermedad.

Por otro lado, Violeta Cardenal[114] señala que la mujer tiene un estilo de vida que está ligado a las relaciones que establezca con los otros, razón por la cual ellas tienen una tendencia marcada a ofrecer mayor dedicación y protección a los demás, a la vez, que le dan un valor prioritario a resolver situaciones que se relacionen con el cuidado y la atención a los otros, incluso por encima de sus propias necesidades particulares.

Así mismo, la enfermedad física provoca emociones negativas y sufrimiento que están determinados por algún grado de incapacidad sentida por las personas

---

[113] PEIRO, Andrés et al. Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el IAM en las mujeres. Op. cit., p. 31.

[114] CARDENAL, H. Violeta. La personalidad en la mujer. En: SÁNCHEZ. M. Pilar. Mujer y salud. Ed. Días de Santos, 2003, p. 34.

enfermas, existen algunos mitos relacionados con las enfermedades y que las llevan a ser consideradas un castigo o un proceso negativo e irreversible; estos sucesos hacen que la persona construya imágenes mentales negativas. En el caso de enfermedades denominadas como catastróficas (dentro de las cuales esta el infarto agudo de miocardio), es fácil observar como estas pueden significar la muerte o llevar a los seres humanos a tener una experiencia muy cercana a la misma; aspecto importante de mencionar, pues el infarto de miocardio crea un choque emocional importante y coloca a la mujer en un estado de vulnerabilidad física y emocional favoreciendo la aparición de estados depresivos.

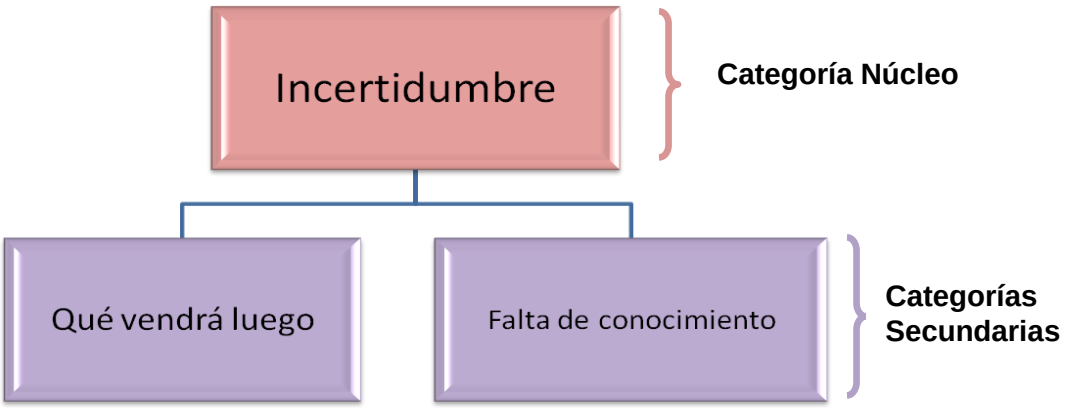
De manera conjunta, el miedo se hace presente a lo largo de la enfermedad, incluso luego que la fase aguda de la misma ha pasado; es por eso que cada recaída, visita médica y los mismos análisis o exámenes diagnósticos y de laboratorio pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento de la enfermedad. Después de un lapso de tiempo y cuando el paciente se hace más consciente de su enfermedad, es cuando generalmente aparecen los sentimientos depresivos y las manifestaciones emocionales asociadas como el llanto, la angustia, el miedo, el desanimo, la falta de interés por las cosas, entre otros. A la vez, la aparición de las reacciones de tipo emocional ocurre sin llenar un patrón único para todos los seres humanos ni una secuencia previamente establecida y pueden aparecer en el individuo en cualquier momento de la enfermedad.

Al analizar cada una de las subcategorías clasificadas en la categoría nuclear: “sentimientos generados por el diagnostico y la experiencia de la enfermedad”, se puede constatar que de alguna manera las mujeres en la etapa post infarto agudo de miocardio sí presentan sintomatologías características de estados depresivos. Adicionalmente, estos hallazgos típicos de estados depresivos, no se presentan aisladamente, si no que por el contrario, están relacionados unos con otros, permitiendo de esta forma que exista un riesgo mayor de presentarse la depresión en las mujeres en etapas posteriores al infarto agudo de miocardio.

Uno de los hallazgos más relevantes en este estudio radica en la variedad de formas de manifestación de los síntomas y la manera como las mujeres expresan sus sentimientos; frente al conocimiento del diagnostico de la enfermedad algunas mujeres prefieren aislarse, no hablar del tema y mantener un mecanismo de defensa mediante el cual desean no enfrentar totalmente la situación, haciendo negación del evento o la enfermedad. Por el contrario, existen también los casos en los que la noticia del diagnostico genera sentimientos encontrados y las mujeres expresan sus sentimientos más fácilmente, posibilitando las manifestaciones de tristeza en forma física como el llanto.

Existe una marcada relación entre la isquemia cardiaca y la muerte, asociación que potencializa la angustia que una mujer puede experimentar al ser diagnosticada con el IAM y que puede empeorar el pronóstico de la enfermedad como ya se ha mencionado anteriormente.

4.3 CATEGORÍA NUCLEO: LA ENFERMEDAD GENERADORA DE INCERTIDUMBRE



Fuente: Grafico construido por Andrea Buitrago a partir de la categoría nuclear y categorías secundarias de la incertidumbre generada por el diagnostico y la experiencia de la enfermedad en mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio. HUSI. Bogotá. Mayo a Agosto de 2009.

Un evento que causa alteraciones en el equilibrio de las esferas biológica, psicológica, social, sexual y espiritual es generadora de una serie de procesos cognitivos donde el ser humano busca encontrar el equilibrio; por tanto, la incertidumbre, se refiere a un estado cognitivo que aparece cuando un evento no es adecuadamente estructurado debido a que la información del paciente sobre el suceso en cuestión es escasa; hecho que se empeora si la mujer que ha sido diagnosticada con IAM trae un concepto heredado por la sociedad que considera la enfermedad cardiaca como un evento muy catastrófico.

4.3.1 Categoría secundaria: Qué vendrá luego. Se refiere a la inseguridad frente al futuro, la recuperación, la rehabilitación y los cambios que son ocasionados por una enfermedad cardiaca; este estado de fluctuación es generador de ansiedad y estrés en las personas que la experimentan.

- ✓ *Temor a no saber qué va a pasar luego*
- ✓ *No sé que me vaya a pasar más tarde pero ahora voy a vivir mi vida al día*
- ✓ *No sé que vaya a pasar más tarde pero ahora no quiero que me pase nada*

- ✓ *No sabía que podía pasar conmigo luego que saliera del hospital, es más no sabía si iba a salir de él y pensar en eso me daba miedo*

- ✓ *No sabía que iba a pasar luego, qué vendría después, si iba a quedar inútil, sin poder hacer mis cosas, ni trabajar.*

Discusión. Es importante destacar que la poca certeza sobre el futuro cuando se vivencia una enfermedad como el IAM lleve a las personas a experimentar temor o miedo. Existe una especie de aplazamiento de la realidad que puede ser usado como mecanismo de defensa al postergar los pensamientos relacionados con las situaciones que hay que resolver frente a la enfermedad.

4.3.2 Categoría secundaria: Falta de conocimiento. Corresponde al estado en el cual la falta de información y de conocimiento por parte de la mujer que es diagnosticada con IAM, le genera una carga psicológica adicional a su enfermedad; la falta de información perturba su recuperación óptima pues ella no sabe cómo responder adecuadamente a las situaciones a las que se enfrenta con la patología cardiaca.

- ✓ *Pues aparte de susto y miedo también sentí terror porque era algo a lo que no me había enfrentado antes*

- ✓ *No tenía la suficiente información y tampoco sabía que debía saber sobre el tema para poder seguir adelante*

- ✓ *Se generan sentimientos de rabia, de susto, de miedo, de temor a lo desconocido porque era algo nuevo para mí*

- ✓ *Me siento tan cansada, ya no quiero estar con tanta limitación para hacer las cosas, que si me quedo quieta, que si camino, que si hago fuerza, que si hago ejercicio; en fin, uno no sabe ni qué es bueno*

- ✓ *No sé qué hacer, no sé cómo actuar, no sé si lo que hago o lo que como me va a enfermar más, en fin todo es un titubeo total*

Discusión. La incertidumbre ayuda a acrecentar el miedo, cuando las mujeres son diagnosticadas con IAM tienen por necesidad que cambiar una serie de hábitos de vida a los cuales algunas veces no les es fácil adaptarse; estos hallazgos

coinciden con lo expuesto por Svedlund[115] quien señala que las personas con enfermedades cardiacas vislumbran su futuro con sentimientos de incertidumbre y de espera. Los escenarios de la vida de los seres humanos, en las que las personas no tienen total dominio o conocimiento de la situación se convierten en un factor de riesgo para desarrollar estados altos de ansiedad y depresión.

Retomando algunas de las teorías que enmarcan el cuidado de enfermería es importante mencionar que la profesión de enfermería posee una teoría de mediano rango denominada "incertidumbre en la enfermedad", desarrollada por Merle Mishell[116]; esta teoría explica cómo las personas procesan de manera cognitiva los estímulos relacionados con la enfermedad y construyen un significado en éstos eventos; por tanto, la incertidumbre crea barreras para que ellas puedan estructurar los significados para la enfermedad. Para la mujer, los síntomas de enfermedad cardiaca y el hecho de ser diagnosticada con infarto agudo de miocardio se convierte en el estímulo que desencadena una serie de procesos cognitivos en donde intervienen las capacidades cognitivas y los proveedores de estructura de éste estímulo. Las capacidades cognitivas en estos casos hacen referencia a la posibilidad que tienen las mujeres para hacer interpretaciones acerca del posible desenlace de la enfermedad, pero que a su vez depende de los proveedores de estructura; es decir, del nivel educativo que tenga la mujer con enfermedad cardiaca y la posibilidad de entender su condición de salud; adicionalmente, otro proveedor de estructura lo compone el apoyo social del cual pueda hacer uso para afrontar mejor una condición de salud alterada.

La incertidumbre en las mujeres con infarto agudo de miocardio es generada cuando no se puede desarrollar un proceso cognitivo para los eventos de la enfermedad y está determinada por cuatro factores que se describen dentro de la teoría; los dos primeros hacen referencia a la ambigüedad relacionada con el estado de la enfermedad cardiaca y la complejidad del tratamiento de una enfermedad valorada por ellas mismas como un evento amenazante; el tercer factor se refiere a la falta de información certera referente al diagnóstico y la enfermedad cardiaca que se empeora gracias a las creencias culturales que señalan al infarto agudo de miocardio como un evento ajeno y no propio de la mujer. Por último, el cuarto aspecto se refiere a la falta de predicción sobre el curso y pronóstico de la enfermedad, factor que genera inseguridad debido a que la mujer con infarto agudo de miocardio no puede tener control total sobre el desenlace de la enfermedad cardiaca.

---

[115] SVEDLUND, Marianne; DANIELSON, Ella. and NORBERG, Astrid. Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. Op. cit., p. 197.

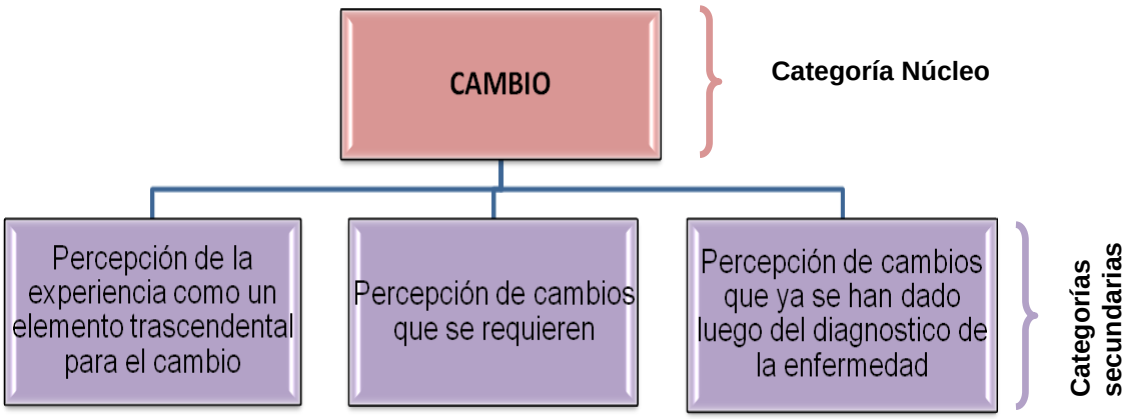
[116] MISHELL, Merle. The measurement of Uncertainty in Illness. In: Nursing Research. 1981, vol. 30 no. 5, p. 261.

El adecuado equilibrio entre los estímulos y la capacidad para procesarlos hace que se puedan construir de una manera más fácil los significados de la enfermedad cardiaca en la mujer y es de ésta manera como los niveles de ansiedad pueden verse disminuidos. Por otro lado, durante este proceso de construcción de significados, la mujer con infarto agudo de miocardio, puede evaluar la incertidumbre generada por la enfermedad como un peligro o como una oportunidad y dependiendo de la evaluación que ella haga de este evento, dependerá el proceso de afrontamiento y adaptación de la misma.

Cuando la enfermedad cardiaca en la mujer genera incertidumbre, y ésta a su vez es vista como un peligro, la mujer corre el riesgo de obtener desenlaces poco favorables al restablecimiento de la salud y el bienestar; es precisamente en este momento cuando se pueden exacerbar la aparición de estados depresivos en etapas posteriores al diagnostico de infarto agudo de miocardio con los desenlaces poco favorables ya descritos anteriormente.

Por otra parte, si el infarto agudo de miocardio en la mujer genera incertidumbre, pero ésta es vista como una oportunidad, los procesos de adaptación y afrontamiento se mejoran y se dirigen a reducir la incertidumbre y a manejar las emociones generadas por la evaluación de peligro inminente que trae consigo la alteración del estado de salud.

4.4 CATEGORÍA NÚCLEO: CAMBIO



Fuente: Grafico construido por Andrea Buitrago a partir de la categoría nuclear y categorías secundarias de los cambios generados por el diagnostico y la experiencia de la enfermedad en mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio. HUSI. Bogotá. Mayo a Agosto de 2009.

Reconocimiento consciente que realizan las mujeres en donde consideran que un evento amenazador para la vida requiere toma de decisiones relacionadas con la necesidad de modificar algunas pautas de comportamiento de la vida diaria y con los cuales debe comprometerse para evitar repetir la experiencia crítica.

4.4.1 Categoría secundaria: Percepción de la experiencia como un elemento trascendental para el cambio. Se refiere a que la vivencia del infarto agudo de miocardio en las mujeres participantes del estudio se convierte en una señal de alarma de que algo no está bien y que para poder seguir viviendo se hace necesaria una reorganización y con ello se evitará de alguna manera que la experiencia se repita.

- ✓ *Una enfermedad como esta siempre genera cambios a veces positivos y en otros aspectos, esos cambios son negativos*
- ✓ *La enfermedad que me dio es un signo de alarma de que algo no está bien y debo hacer cosas para prevenir que me vuelva a dar ese dolor tan fuerte*
- ✓ *Sé que tengo que cambiar mi forma de vivir*
- ✓ *Ese evento le cambia a uno la vida, porque o cambia a las buenas o cambia a las malas*

4.4.2 Categoría secundaria: Percepción de cambios que se requieren. Se relaciona con la conciencia que hacen las mujeres acerca de la necesidad de adopción de algunas conductas o modificar algunos estilos de vida con el objeto de promover una supervivencia más saludable y evitar que se repita una situación similar a la enfermedad diagnosticada y que quizá traiga consecuencias no deseadas.

- ✓ *Tengo que cambiar mi forma de vivir*
- ✓ *Hay que cambiar mis hábitos de alimentación*
- ✓ *Pues imagínese uno tiene que cambiar, debe dejar de hacer las cosas que le gustan*
- ✓ *Pues se deben dar cambios de vida, cambios de actitud*

- ✓ *Las costumbres tienen que cambiar porque si no lo hago, eso (IAM) me puede pasar otra vez y no quiero*

Discusión. Para las mujeres participantes del estudio es claro que la enfermedad se convierte en un signo de alarma que genera un cambio de actitud y de los hábitos de vida, es un llamado a reorganizar sus costumbres y modificarlas en busca de promover estados más saludables cuya finalidad se centra en la prevención de nuevos episodios de Infarto.

4.4.3 Categoría secundaria: Percepción de cambios que ya se han dado. Corresponde a todas aquellas situaciones particulares que han surgido luego de haber tenido la experiencia del infarto, donde se incluye el momento mismo del diagnostico y las vivencias posteriores a este momento; situaciones particulares que de alguna manera han modificado la vida cotidiana de las mujeres luego de la manifestación de la enfermedad.

- ✓ *Ya no me dejan hacer cosas en la casa, hay una señora pendiente de mi y ella se encarga también de las labores de la casa*
- ✓ *Ya no puedo casi ni trabajar, me canso mucho, la pasta pequeña me cae mal*
- ✓ *Tengo que gastar más plata que antes y no puedo trabajar bien*
- ✓ *Me canso al subir las escaleras de mi propia casa y antes no me pasaba eso, en las noches siento que me ahogo y tengo que dormir casi sentada*
- ✓ *Mi relación con mi esposo ahora luego del infarto, es mejor*
- ✓ *Ya no puedo alzar cosas pesadas*
- ✓ *Ya he ido cambiando mi forma de comer, de cuidarme; ahora es mejor*
- ✓ *Pues ya he ido aprendiendo a cuidar mejor mi salud, trato de caminar más seguido y despacio para que nada feo me dé*
- ✓ *Ahora me siento diferente, ya no tengo miedo, aquel miedo que sentía ha ido desapareciendo; esto se debe a mi cambio de actitud frente a las cosas y la vida, me alimento mejor y eso me hace bien*

Discusión. En el análisis de las narrativas de las participantes del estudio se destacan las modificaciones en los componentes funcionales y del desempeño del

rol de cada una de ellas. La enfermedad cambia la dinámica familiar; en algunos casos hace que el núcleo social vuelque su atención a la mujer luego de haber pasado por una experiencia considerada como cercana a la muerte, surge un deseo por evitar producir daños en la dimensión física y por preocuparse más por las relaciones interpersonales para mejorarlas, adicionalmente, existe una preocupación especial por el desempeño del rol que cada una ejecuta, rol al que no están dispuestas a renunciar, especialmente si se trata de aquellos que hacen referencia al componente laboral. Además de ello, las mujeres experimentan un sentimiento de pérdida de funcionalidad física como legado de la enfermedad, aspecto importante para tener en cuenta porque puede ser un disparador de estados de ansiedad y/o depresión que se hará manifiesta posteriormente al ser consciente de la pérdida o daño.

En relación a este análisis, Svedlund,[117] manifiesta que cuando una persona tiene su pareja enferma, se deben adoptar modificaciones en la dinámica familiar para poder atender las necesidades que ocasiona la enfermedad; es así como la pareja debe adoptar un nuevo rol y unas nuevas responsabilidades, produciendo un cambio en la cotidianidad de la vida familiar luego del diagnóstico de la enfermedad. Este cambio en la cotidianidad puede generar un sentimiento de incapacidad o minusvalía en las mujeres, empeorando los estados depresivos.

Adicionalmente, los datos aportados por esta investigación tienen coincidencias con lo expresado por Stewart et al[118], pues estos autores manifiestan que el impacto emocional que ocurre al comienzo de la enfermedad y la vuelta al hogar tras la hospitalización, genera sentimientos de cólera, frustración e irritabilidad en el enfermo como consecuencia de los ajustes en su vida y la pérdida de actividad física. La situación puede hacerse más evidente cuando la mujer que ha sido diagnosticada con el IAM se hace consciente de las consecuencias físicas y del desempeño del rol que ha dejado la enfermedad.

Algunas de las mujeres perciben esta experiencia como un factor positivo que ha producido cambios favorables en sus relaciones de pareja, datos que coinciden con lo expuesto por Mahrer-Imhof et al (2007)[119]quienes plantean en su estudio que algunas parejas viven la enfermedad como una experiencia positiva de transformación en sus vidas, descubriendo nuevos significados y reconociendo

---

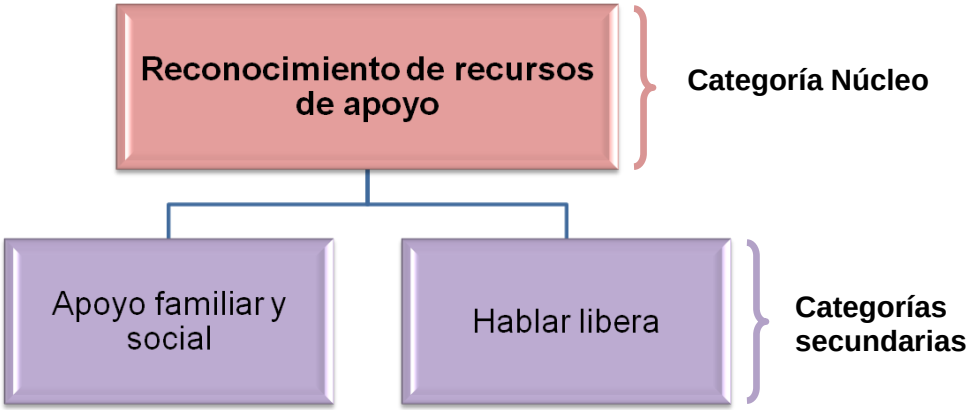
[117] SVEDLUND, Marianne; DANIELSON, Ella. and NORBERG, Astrid. Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. In: Journal of Advanced Nursing. Jul 2001, vol. 35 no. 2, p. 197-205.

[118] STEWART, Miriam et al. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping and support. In: Journal of Advanced Nursing. 2000, vol. 31 no. 6, p. 1351-1360.

[119] MAHRER IMHOF, Romy; HOFFMANN, Andreas and FROELICHER, Erika. Impact of cardiac disease on couples´relationships. Journal of Advanced Nursing. 2007, vol. 57 no. 5, p. 513-521.

mejor a sus parejas y a sus hijos. La experiencia postinfarto agudo de miocardio, cuando es vista por la persona que la vivencia como un factor positivo, puede ayudarle a mejorar el proceso de rehabilitación y adaptación a los cambios en las dinámicas que la misma enfermedad genera. Cuando los cambios que ocasiona una enfermedad no son interpretados como amenazantes, se convierten en factores protectores frente a la aparición de estados depresivos o de ansiedad; a la vez que son coadyuvantes del proceso de restitución de la salud.

4.5 CATEGORÍA NUCLEO: RECONOCIMIENTO DE RECURSOS DE APOYO



Fuente: Grafico construido por Andrea Buitrago a partir de la categoría nuclear y categorías secundarias del reconocimiento de los recursos de apoyo en mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio. HUSI. Bogotá. Mayo a Agosto de 2009.

Se refiere a los mecanismos o las herramientas de las cuales hacen uso las mujeres diagnosticadas con IAM y que les ayudan a sobreponerse de la situación vivenciada como un evento traumático, generador de estrés, ansiedad, incertidumbre, tristeza, soledad y otros sentimientos emocionales de carácter negativo que alteran su bienestar y que pueden representar un estado sugestivo de depresión con sus respectivas consecuencias.

4.5.1 Categoría secundaria: Apoyo familiar y social. Corresponde a todas las personas que se encuentran alrededor de la mujer con diagnóstico de IAM y que están directamente relacionadas con su experiencia. Este apoyo familiar y social le permite sobreponerse más fácilmente ante la adversidad.

- ✓ *Yo no puedo dejar a mi hija y mi nieto solos, ellos me necesitan y yo a ellos*

- ✓ *Cuando me llevaron a la clínica mis hijos se preocuparon más por mí y me llamaban y yo sabía que estaban muy pendientes*

- ✓ *Hay vecinos que me llaman, la vecina del frente viene y me golpea para ver cómo estoy, además porque yo sé que mi hija la llama y le dice que esté pendiente de mí*

- ✓ *Pues yo me aferré a Diosito, le pedí tanto que me ayudara a salir de esta que creo que me escucho*

- ✓ *De no ser por la enfermera de esa mañana que me explicó las cosas y me ayudo cuando estaba tan asustada pues no sé si me había vuelto loca porque nadie en esa sala de urgencias me miraba, unos entraban, salían, se reían, comían y yo? … pues nada!, como si no les importara.*

Discusión. Es importante destacar que tanto el entorno familiar como social y del personal de salud juegan un papel muy importante en la vivencia y la forma como la mujer con IAM se enfrenta a su enfermedad. La familia se convierte en un sustento muy importante para la mujer del estudio; pero a la vez, también se destaca la importancia del apoyo que la mujer con IAM puede o siente que es capaz de ofrecer a su familia. Para estas mujeres es difícil desprenderse del rol que cumplen en su familia y siempre las acompañan los pensamientos relacionados con sus seres queridos.

Por otro lado, la espiritualidad está presente sobretodo en las situaciones difíciles y a ella acuden las mujeres con IAM cuando existe el deseo fuerte de sobreponerse a la enfermedad y salir victoriosas.

Al analizar estos hallazgos a la luz de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad se puede concluir que para facilitar el afrontamiento de una enfermedad cardiaca las mujeres diagnosticadas con infarto tienen la posibilidad de movilizar recursos y buscar estrategias de apoyo que faciliten este proceso y disminuyan la incertidumbre y con ello, la ansiedad generada.

4.5.2 Categoría secundaria: Hablar libera. En esta categoría se clasificaron las manifestaciones del lenguaje verbal y no verbal expresado por las participantes del estudio y que de alguna manera les permitió sobreponerse a la enfermedad o retomar nuevamente la experiencia para hablar con más detalle de lo sucedido.

- ✓ *Hablar de ello me tranquiliza*

- ✓ *Cuando me enteré que a mi compañera de cuarto le había pasado algo similar a lo mío, pues ahí si me interesé en hablar con ella y eso me tranquilizó un poco, me sentí como liberada y me identifiqué mucho con lo que a ella también le pasó*

- ✓ *Claro! yo hablaba con Dios todas las noches y él me ayudó, escuchó mis súplicas y yo mentalmente le hablaba, pero me desahogaba contándole lo que sentía aunque yo sé que él lo ve y lo sabe todo sin que yo se lo dijera*

- ✓ *Mi situación se la había contado a varias personas, les conté lo que me pasó y cada vez que lo hacía sentía que ya casi no me ponía triste cuando recordaba el dolor y el hospital y el miedo que sentí*

- ✓ *Pues cuando quiera volvemos a hablar porque siento como una carga que me quito de encima, a veces uno no expresa lo que siente pero si ayuda que por lo menos lo escuchen y le pongan cuidado a lo que uno dice*

Discusión. Es importante destacar que la expresión verbal de los sentimientos, pensamientos, deseos, sueños y demás, se convierte en un factor que ayuda a las mujeres con IAM a aminorar los efectos deletéreos de una enfermedad y con ello disminuir el estrés, la tristeza y la depresión. Thomas Lee, et al [120]expresan que el apoyo que puede dar la enfermera en etapas críticas de una enfermedad puede ayudar a aliviar los síntomas depresivos.

Para disminuir el grado de ansiedad al que se enfrenta una mujer cuando tiene un infarto de miocardio, la enfermera puede propiciar la manifestación de las emociones y de esta forma tratar de identificar situaciones de estrés, incertidumbre, crisis, miedo, ansiedad y darle un cuidado oportuno a fin de evitar estados depresivos mayores. Hay que tener en cuenta que cuando existe un grado máximo de incertidumbre la persona puede experimentar estrés emocional y confusión mental; estos aspectos sumados al miedo propio que causa la enfermedad y el entorno, hacen que las personas respondan insatisfactoriamente empeorando el proceso de recuperación.

Está ampliamente descrito por Menéndez y colaboradores[121] que el apoyo social individual, familiar y social proveen un efecto protector para las personas que

---

[120] THOMAS, Sue A. Depression in patients with heart failure: prevalence, pathophysiological [online]. In: Crit Care Nurse. 2008, vol. 28 no. 2, p. 40-55. Available from Internet: http://ccn.aacnjournals.org/cgi/reprint/28/2/40.pdf

[121] MENÉNDEZ VILLALVA, C. et al. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. En: Atención Primaria. 2003, vol. 31 no. 8, p. 506-513.

padecen una enfermedad, a la vez que se convierte en un antagonista del estrés organizado. Adicionalmente estos autores afirman que el componente espiritual y las actividades religiosas se convierten en un recurso efectivo para proveer a las personas de sustento y tranquilidad emocional ayudándolos a sobreponerse en la enfermedad.

Para las mujeres que han sido diagnosticadas con infarto agudo de miocardio es importante contar con redes de apoyo social, familiar, espiritual, de pareja, entre otros, a fin de afrontar mejor el proceso de la enfermedad, estos hallazgos presentan similitudes con lo descrito por Julia Andrea Nader y Aura Islena Blanco[122], quienes destacan la importancia del apoyo social; estas autoras manifiestan que la presencia de una red de apoyo social y vínculos familiares fuertes en mujeres con angina son aspectos fundamentales que les van a permitir superar sus dificultades y mitigar los efectos de los factores de riesgo psicosociales.

Cuando el apoyo social se convierte en una fuente de información para la mujer diagnosticada con infarto agudo de miocardio, los niveles de incertidumbre tienden a disminuir; es así como se puede observar que dentro de este grupo de mujeres existe una tendencia marcada a hablar de su situación y tratar de buscar liberarse de cargas que generan estrés; se nota que a medida que vivencian su situación y son capaces de expresar la experiencia, ellas van perdiendo las sensaciones de disconfort generadas inicialmente con el diagnostico de la enfermedad cardiaca.

Según la revisión de los trabajos realizados por Ren y cols., citados por Díaz y García[123], el apoyo social disminuye los riesgos de problemas psicológicos y de enfermedades psiquiátricas; adicionalmente, la familia se convierte en una fuente principal de apoyo social con que cuenta la mujer con enfermedad cardiaca para afrontar con éxito los problemas y situaciones particulares a que da lugar la misma enfermedad.

---

[122] NADER, Julia Andrea y BLANCO Torres, Aura Islena. Factores psicosociales y fisiológicos que llevan a la presentación de angina en la mujer. Trabajo de grado Especialización en Enfermería Cardiorespiratoria. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006. 89p.

[123] DÍAZ HEREDIA, Luz Patricia. Soporte social en situaciones de enfermedad crónica, la investigación y el cuidado en América Latina. primera edición. Bogotá: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia, p. 323.

5. CONCLUSIONES

Es importante entender que la depresión en las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio, se manifiesta como una entidad que tiene diferentes formas de presentación y que puede empeorar el curso de la enfermedad cardiaca.

Este estudio ha permitido conocer y comprender la experiencia vivida por las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio. Los hallazgos han puesto de manifiesto la presencia de signos y síntomas sugestivos de estados depresivos y la necesidad de apoyo y soporte que precisan estas personas desde el momento que son diagnosticadas con la enfermedad. Dicho soporte social, familiar, del personal de salud, e inclusive otros con los que la persona pueda contar, deben perpetuarse durante todo el proceso propio de la enfermedad, incluyendo también las fases de rehabilitación cardiaca y los momentos posteriores a la misma.

El conocimiento de las experiencias vividas de las mujeres en la etapa postinfarto agudo de miocardio por parte de los profesionales de enfermería favorecerá la inclusión de las mujeres en los programas de rehabilitación cardiaca interdisciplinarios que contemplen aspectos tan importantes como el cuidado y preservación de la salud mental y emocional a fin de ayudarles en la superación del proceso.

La experiencia vivida del infarto analizado durante el primer mes de ocurrencia del mismo permite determinar que la enfermedad para las mujeres tiene una connotación importante. El diagnóstico de la enfermedad genera un impacto emocional, y este acontecimiento es valorado por ellas mismas como catastrófico, sorpresivo, inesperado, terrible, cercano a la muerte, generador de estrés y ansiedad, razón por la cual se hace necesario contemplar estrategias de cuidado que les ayuden a minimizar el riesgo de presentar una enfermedad mental o un estado de ansiedad.

Las mujeres en etapa postinfarto agudo de miocardio presentan un riesgo importante de desarrollar estados depresivos generados por el diagnostico de la enfermedad y la vivencia con esta condición de salud particular.

Las categorías encontradas mediante las cuales las mujeres describen su experiencia vivida en la etapa postinfarto agudo de miocardio, son las siguientes:

CATEGORÍA NUCLEO	CATEGORÍA SECUNDARIA	SUBCATEGORÌA
Experiencias y Significados	Impacto emocional	Sorpresa Inminencia de muerte Evaluación de la experiencia
	Nueva Oportunidad	Tiempo extra Valorar aspectos relacionados con la vida
Sentimientos generados por el diagnostico y la experiencia de la enfermedad	Rechazo - Negación Culpa Rabia Angustia o Desesperanza Llanto Tristeza Aislamiento	
	Miedo	Muerte Incapacidad Consecuencias que la enfermedad genere en la familia
	Sensación de estar mal	Signos sugestivos de depresión Síntomas sugestivos de depresión
La enfermedad generadora de incertidumbre	Qué vendrá luego	
	Falta de conocimiento	
Cambio	Percepción de la experiencia como un elemento trascendental para el cambio Percepción de cambios que se requieren Percepción de cambios que ya se han dado luego del diagnóstico de la enfermedad	
Reconocimiento de los recursos de apoyo	Apoyo familiar y social	
	Hablar libera	

Definitivamente, dentro de la experiencia vivida por las mujeres durante la etapa postinfarto agudo de miocardio se pueden observar manifestaciones de riesgo para presentar estados depresivos; expresadas mediante una variedad de signos y síntomas, dentro de los cuales se destaca el miedo, la inminencia de muerte, el llanto, el aislamiento, la angustia o desesperanza, la rabia, la culpa, la tristeza y una sensación de disconfort al referirse a la vivencia como un “estar mal”.

Los estados depresivos en las mujeres se pueden exacerbar debido a la incapacidad para la ejecución del rol propio que la mujer ocupa dentro de la familia y la sociedad.

Existe una preocupación permanente de la mujer que tiene la experiencia de ser diagnosticada con el infarto y está relacionada con los pensamientos frecuentes y referidos al grupo familiar, a las consecuencias que la enfermedad genere en la dinámica social-familiar y al miedo por la incapacidad que pueda traer consigo el padecimiento físico derivado del diagnostico de infarto.

Al analizar los datos encontrados con la investigación, se concluye que la enfermedad cardiaca y el infarto agudo de miocardio se constituye en una patología que genera múltiples sentimientos potencializadores de ansiedad en las mujeres que han sido diagnosticadas con esta enfermedad; razón por la cual para el profesional de enfermería es muy importante valorar no solamente las dimensiones físicas del paciente que tiene a su cuidado, sino que es necesario aprender a identificar y abordar los aspectos emocionales en las mujeres para poder aminorar los efectos lesivos de la relación entre enfermedad cardiaca y depresión.

La experiencia de las mujeres en la etapa post infarto agudo de miocardio, es diferente en cada una de ellas y a la vez, se presenta de diversas formas; la enfermedad es considerada como un acontecimiento generador de estrés emocional aumentando la incertidumbre que el entorno de la situación pueda generar en los diferentes aspectos de su vida cotidiana. Es importante resaltar que la vivencia de una enfermedad cardiaca potencializa la presencia de signos y síntomas característicos de estados depresivos en donde se enmarcan las expresiones de sentimientos como el llanto y la tristeza, manifestaciones típicas de una persona que tiene alterada su esfera emocional.

Al revisar los postulados de la teoría de mediano rango “incertidumbre en la enfermedad”, y llevarlos al análisis propio de la mujer en la etapa post infarto agudo de miocardio, se puede concluir que la mujer con enfermedad cardiaca presenta tres momentos: en primer lugar, los antecedentes de la incertidumbre; en segundo lugar se encuentra el proceso de valoración de la situación que ella misma realice y en tercer término, el proceso de enfrentamiento al que llegue luego de la valoración.

Los antecedentes hacen referencia al marco de estímulos dentro de la familiaridad que la mujer diagnosticada con IAM tenga con esta situación y sus

síntomas en ocasiones previas; es decir, si ha tenido una experiencia cercana a una enfermedad cardiaca; al respecto, se debe aclarar que la mujer con diagnostico de IAM y experiencias previas de enfermedad coronaria, puede estructurar más fácilmente su situación y reducir su nivel de incertidumbre. Por otro lado, el marco de estímulos esta influenciado por los proveedores de estructura en donde confluyen la educación y el apoyo social que puede tener alrededor la mujer con IAM; aspecto fundamental porque de esta forma, ella va a poder estructurar mejor su situación y disminuir el grado de incertidumbre, tal como se demostró con esta investigación, al emerger una información que permitió construir la categoría “reconocimiento de los recursos de apoyo”.

6. RECOMENDACIONES

Es necesario seguir profundizando acerca de los significados que genera la enfermedad cardiaca en las mujeres, abarcando diferentes etapas de la misma.

Socializar los resultados de este estudio en diferentes ámbitos sociales, hospitalarios, académicos y en la línea de investigación “cuidado a la mujer con enfermedad coronaria” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; a fin de aportar a la comprensión de la experiencia personal de las mujeres que son diagnosticadas con infarto agudo de miocardio.

Seguir explorando el tema y establecer mediante procesos investigativos la eficacia de planes y acciones de cuidado tendientes a identificar y cuidar a las mujeres con infarto agudo de miocardio, desde etapas tempranas de la enfermedad a fin de mejorar el pronóstico de la misma.

Reforzar dentro de los programas de rehabilitación cardiaca de las instituciones hospitalarias, la existencia de un grupo interdisciplinario que propenda por una atención integral de la mujer con infarto agudo de miocardio, incorporando el cuidado y la atención al componente emocional para promover la salud mental de la mujer que pertenece a estos programas.

Incorporar dentro de la valoración de la mujer con enfermedad coronaria, aspectos que hagan visibles los estados emocionales; tratando de identificar prontamente aquellas pacientes que se encuentren en mayor riesgo de presentar depresión en la etapa post infarto agudo de miocardio. Una estrategia útil para poder determinar cuál de las mujeres con diagnostico de IAM está en riesgo de presentar depresión, consiste en no hacer caso omiso de la comunicación verbal y no verbal que la paciente pueda estar mostrando.

Utilizar la teoría de mediano rango de la incertidumbre en la enfermedad desarrollada por Merle Mishell como una guía para formular intervenciones apropiadas en el cuidado de mujeres con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, pues los hallazgos encontrados en este estudio muestran que la incertidumbre está presente en las mujeres que son diagnosticadas con IAM.

Los estudios cualitativos interpretativos siguen siendo una metodología muy útil para reconocer las condiciones que afectan el curso favorable de la enfermedad

cardiaca y permiten identificar factores subjetivos propios de la condición de la mujer y que hacen que las enfermedades cardiacas puedan tener un curso más crítico en ellas que en el sexo masculino.

Es necesario destacar que la depresión genera cambios en la dinámica propia de una mujer que tiene un infarto agudo de miocardio, y que a la vez, la presencia de depresión luego de una enfermedad cardiaca, se convierte en un factor determinante en el pronóstico y recuperación de los eventos coronarios de las personas; razón por la cual el uso de metodologías de tipo cualitativo aporta al conocimiento de la situación y va a permitir posteriormente, tomar acciones de cuidado tendientes a manejar las situaciones de riesgo en este grupo.

Los resultados obtenidos en este estudio aportan al conocimiento en la línea de investigación de la Facultad de Enfermería “Cuidado a la mujer con enfermedad coronaria” porque permiten visualizar una condición especial que puede estar presente en estas personas y que ha sido poco estudiada desde la perspectiva de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

ALPERT, JS et al. Myocardial infarction redefined a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. In: J Am Coll Cardiol. 2000 Sep, vol. 36 no. 3, p. 959-69.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and stroke statistic 2004 update. Dallas, Texas: American Association; 2003.

ANTMAN, EM et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). In: J Am Coll Cardiol. 2004, vol. 44 no. 3, p. 671-719.

BERELSON, Bernard. Pensar en la comunicación [en línea]. [Consultado octubre 27, 2009]. Disponible en Internet: http://www.infoamerica.org/teoria/berelson1.htm

BERKMAN, LF. et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial [online]. In: Journal of the American Medical Association. 2003, vol. 289, p. 3106-3116. Available from internet: http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/289/23/3106

BONILLA Castro, Elssy y RODRIGUEZ, Penélope. Más allá del dilema de los métodos: La investigación en las ciencias sociales. 3a. ed. Bogotá: Universidad de los Andes. Norma 2005.

BRINK RH, Eva et al. Treatment of depression after myocardial infarction and the effects on cardiac prognosis and quality of life: rationale and outline of the Myocardial Infarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT). In: American Heart Journal. 2002, vol. 144 no. 2, p. 219-25.

BRINK, Eva and GRANKVIST, Gunne. Associations between depression, fatigue and life orientation in myocardial infarction patients. In: Journal of Cardiovascular Nursing. 2006, vol. 21 no. 5, p. 407.

BROADLEY, AJ. et al. Arterial endotelial function is impaired in treated depression. In: Heart. 2002, vol. 88 no.5, p. 521-523.

BUSH, David et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. In: Am J Cardiol. 2002, vol. 89 no. 1, p. 112-113.

BUSH, David et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. In: Am J Cardiol. 2001, vol. 88 no. 4, p. 337-341.

CAMPO Torregroza, Etelvina. Caracterización del dolor torácico tipo isquemico en un grupo de mujeres a la luz de la teoría de síntomas desagradables. Tesis de grado. Maestría en Enfermería con énfasis en el Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007

CAMPOS, Claudinei José Gomes. O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Em: Rev Bras Enferm. 2004 setembro-outubro, vol. 57 no. 5, p. 611-614.

CARDENAL, H. Violeta. La personalidad en la mujer. En: SÁNCHEZ. M. Pilar. Mujer y salud. Ed. Días de Santos, 2003, p. 34.

CARNEY, Robert M. et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD Study) [online]. Psychosom Med. 2004, vol. 66 no. 4, p. 466-74. Available from Internet: http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/66/4/466

CASTILLO ESPITIA, Eldelmira. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. En: Investigación y Educación en Enfermería. 2000, vol. 18 no. 1, p. 27-35.

CONGRESO COLOMBIANO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. (22: Febrero 12 al 15 de 2008: Cartagena de Indias). Memorias. Cartagena: 2008.

DANKE, Citado por: HERNANDEZ, Roberto. Metodología de la investigación. 2a. ed. México: McGraw Hill. 1998, p. 5. Falta describir que artículo trabaja DANKE

DE ACOSTA, Carmen y VILLALOBOS, María Mercedes. Hipertexto asignatura seminario de investigación I. Maestría en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2007.

De JONG, MJ. et al. Una Comparación de cinco países de la ansiedad poco después de un infarto agudo de miocardio. In: Eur J Cardiovasc Nurs. Jul 2004, vol. 3 no. 2, p. 129-134.

DÍAZ HEREDIA, Luz Patricia. Soporte social en situaciones de enfermedad crónica, la investigación y el cuidado en América Latina. primera edición. Bogotá: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia, p. 323.

DOERING, Lynn V. et al. Clinical depression in women after cardiac surgery. In: Journal of cardiovascular nursing. 2006, vol. 21 no. 2, p. 132 – 139.

DOIRON MAILLET, Nancy and MEAGHER STEWART, Donna. The uncertain journey: women´s experiences following a myocardial infarction. In: Can J Cardiovasc Nurs. 2003, vol. 13 no. 2, p. 14-23.

Dolz M, Ribas H, Rojo J. Psicopatología y enfermedad cardiaca; 2001. URL disponible en: http://www.psiquiatría.com. Consultado Febrero 05 de 2009.

DURAN de Villalobos, María Mercedes. Teorías de rango medio: ¿Por qué para el cuidado?, Importancia y utilidad para la práctica de enfermería. En: El Arte y la Ciencia del Cuidado. Bogotá: Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. 2002, p. 32.

EAVES, Yvonne. Synthesis technique of grounded theory data analysis. In: Journal of Advanced Nursing. sep. 2001, vol. 35 no. 5, p. 654-663.

FRASURE SMITH, Nancy and LESPERENCE, François. Depression and other psychological risk following myocardial infarction [online]. In: Arch Gen Psychiatry. 2003, vol. 60, p. 627-636. Available from Internet: http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/60/6/627

FRASURE SMITH, Nancy et al. Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. In: J Psychosom Res. 2000, vol. 48 no. 4-5, p. 471–78.

FRASURE SMITH, Nancy et al. Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction [online]. In: Psychosom Med. 1999, vol. 61no. 1, p. 26-37. Disponible en Internet: http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/61/1/26

FRASURE SMITH, Nancy et al. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than just depression? In: Health Psychology. 1995, vol. 14 no. 5, p. 388-398.

FRASURE SMITH, Nancy; LESPERANCE, François and TALAJIC, M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. In: JAMA. 1993, vol. 270 no. 5, p. 1819-1825.

FREELAND, K. E. et al. Underdiagnosis of depression in patients with coronary artery disease: the role of nonspecific symptoms. In: Intl J Psychiatry Med. 1992, vol. 22 no. 3, p. 221–229.

FUENTES L, Ana. Autocuidado del paciente cardiovascular. En: Archivos de cardiología de México. Enero - Marzo 2001, vol. 71 no. 1, p. S198-S200. Available from Internet: http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011ao.pdf

GAIL, Mitchell and CODY, William. Nursing knowledge and human science; ontological and epistemological considerations. In: Nursing science quarterly. 1992, vol. 5 no. 2, p. 54-61.

GAVIRIA, Ana Milena et al. Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. En: Revista diversitas - perspectivas en psicología. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. 2009, vol. 5 no 1, 37 p.

GLASSMAN, Alexander H, et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. In: JAMA. 1990, vol. 264 no. 12, p. 1546-1549.

GRANEHEIM, UH. and LUNDMAN, B. Qualitative content análisis in nursing research: Concepts, procederes and measures to achieve trustworthiness. In: Nurs Educ Today. 2004, vol. 24 no. 2, p. 105-112.

HAVRANEK, Edward P. Prevalence of depression in congestive heart failure. In: American Journal of Cardiology. 1999, vol. 84 no. 3, p. 348-350.

HILDINGH, C; FRIDLUND, B. and LIEDELL E. Women's experiences of recovery after myocardial infarction: a meta-synthesis. In: Heart Lung-The Journal of Acute and Critical Care. 2007 Nov-Dec, vol. 36 no. 6, p. 410-7.

HOLZMER, William. Theoretical Substruction. Un documento de trabajo. 1992.

JANSON, Anita. Unexplained chest pain in relation to phychosocial factors and health-related quality of life in men and women. In: Journal of Cardiovascular Nursing. May 2007, vol. 6 no. 4, p. 329-336.

JIANG W, Alexander J. et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. In: Archives of Internal Medicine. 2001, vol. 161, p. 1849-1856.

KILLIP, T 3rd and KIMBALL, JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. In: Am J Cardiol. 1967 Oct, vol. 20 no. 4, p. 457-464.

KLEIGER, RE; MILLER, JP. and BIGGER JT Jr. Decreased heart rate variability and its association with increased mortality after acute myocardial infarction. In: Am J Cardiol. 1987, vol. 59 no. 4, p. 256-62.

KOP, Willem J. et al. Inflammation and coagulation factors in persons > 65 years of age with symptoms of depression but without evidence of myocardial ischemia. In: Am J Cardiol. 2002, vol. 89 no. 4, p. 419-424.

KRIPPENDORF, Klaus. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Ed. Piados, 1990. p. 90.

LANE, Deirdre et al. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety [online]. In: Psychosom Med. 2001, vol. 63, p. 221-30. Available from Internet:
http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/63/2/221

LANE, Deirdre; CARROLL, Douglas and LIP, Gregory. Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction: is there a causal association? In: J Am Coll Cardiol. 2003, vol. 42 no. 19, p. 1808-1810.

LARA GONZÁLEZ, E. Prevalencia de depresión mayor en pacientes hospitalizados. Tesis. México: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, 2001.

LEBOWITZ, Barry D. et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. In: Journal of the American Medical Association. 1997, vol. 278 no. 14, p. 1186-90.

LEHTO, S. et al. Depression after coronary heart disease events. Scand Cardiovasc J. 2000, vol. 34 no. 6, p. 580-583.

LEIGH, Anne Nelson y ABU-SHANAB, Joy R. Management of Depression in Patients with Comorbid Cardiovascular Disease. Journal of Pharmacy Practice. Diciembre 2001, vol. 14 no. 6, p. 526-539.

LESPERANCE, François et al. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction [online]. In: Circulation. 2002, vol. 105, p. 1049-53. Available from Internet: http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/105/9/1049

LEVERSON, James L; HAMER, Robert M. and ROSSITER, LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. In: Am J Psychiatry. 1990, vol. 147, p. 1498-1503.

MAHRER IMHOF, Romy; HOFFMANN, Andreas and FROELICHER, Erika. Impact f cardiac disease on couples´relationships. Journal of Advanced Nursing. 2007, vol. 57 no. 5, p. 513-521.

MARRINER, Anne y RAYLE, M. Modelos y teorías en enfermería. 4a. ed. Editorial Servier Sciencie. 2003.

MARTINEZ QUES, Angel et al. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad coronaria. En: Enferm Cardiol. 2005, Año 12 no. 34, p. 15-21.

McCULLOUGH, James P. Jr. Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psycotherapy (CBASP). New York: Guilford Publications, 2003, 326 p.

MENÉNDEZ VILLALVA, C. et al. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. En: Atención Primaria. 2003, vol. 31 no. 8, p. 506-513.

MERTON, RK. On sociological theories of the middle-range. In: Social Theory and Social Structure. Citado por: AALTONEN, M y BARTH, T. How do we make sense of the future? An analysis of Futures Research Methodology--V2.0. In: Journal of Futures Studies. 2005, vol. 9 no. 4, p. 54-60.

MILLÁN, Eillen Maryibe y DÍAZ, Luz Patricia. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto agudo del miocardio. En: Revista Avances en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2009, vol. 27 no. 2, p. 39.

MISHEL, Merle H. Uncertainty in illness. In: Image: Journal of Nursing Scholarship. 1988, vol. 20, p. 225-231. Cited by: MARRINER TOMEY, Ann and ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Madrid: Mosby, 2007. 565 p.

MISHEL, Merle. The measurement of Uncertainty in Illness. In: Nursing Research. 1981, vol. 30 no. 5, p. 261.

MURBERG, Terje A. et al. Depressed mood and subjective symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: A two-years follow-up study. In: International Journal of Psychiatry in Medicine. 1999, vol. 29 no. 3, p. 311-26.

MURPHY, Barbara et al. Trajectories and predictors of anxiety and depression in women during the 12 months following an acute cardiac event. In: Journal of Cardiovascular Nursing. 2006, vol. 21 no. 5, p. 407 – 411.

NADER, Julia Andrea y BLANCO Torres, Aura Islena. Factores psicosociales y fisiológicos que llevan a la presentación de angina en la mujer. Trabajo de grado Especialización en Enfermería Cardiorespiratoria. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006. 89p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Tendencias Demográficas y de Mortalidad en la Región de las Américas, 1980-2000 [en línea]. Boletín Epidemiológico. Septiembre del 2002, vol. 23 no. 3. Disponible en Internet: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v23n3-editorial.htm

PEIRO, Andrés et al. Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el IAM en las mujeres [en línea]. En: Enfermería en Cardiología. 2007, año 14 no. 42-43, 31 p. Disponible en Internet:
http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/4304.pdf

PENNINX, Brenda W. et al. Depression and cardiac mortality results from a community-based longitudinal study. In: Arch Gen Psychiatry. 2001, vol. 58 no. 3, p. 221-227.

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette.. Investigación científica en Ciencia de la Salud. 6a. ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 2000.

REYES TICAS, Américo. Depresión y enfermedad vascular comorbilidad [en línea]. En: Revista de la facultad de ciencias médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Julio-Diciembre de 2004, vol. 1 no. 2, p. 75-78. Disponible en Internet:
http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2004/html/RFCMVol1-2-2004.html

RIDKER, Paul M. et al. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women [online]. In: N Engl J Med. 2000, vol. 342 no. 12, p. 836-843. Available from Internet: http://content.nejm.org/cgi/content/full/342/12/836

RINCON Osorio, Fanny. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres adultas con cateterismo cardiaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de referencia de la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y colaboradores. Tesis de grado. Maestría en Enfermería con énfasis en el Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007.

ROZANSKI, Alan; BLUMENTHAL, James A. and KAPLAN, Jay. Impact of psychological factor on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. In: Circulation. 1999, vol. 99, p. 2192-2217.

ROJTEENBERG, Sergio. Depresiones. Bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Cáp. 7, Buenos Aires: Editorial Polamos. 2006, p. 144-168.

RUA Y NAVA, Rafael. La enfermedad como oportunidad para evolucionar: una bendición. Los procesos emocionales involucrados en la enfermedad y el sentido profundo de la misma. En: Revista Electrónica de Psicología "La Misión". Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. Junio 2006. 27 p.

RUIZ, José. Metodología de la investigación cualitativa. 2a. ed. España: Universidad Deusto. 1999, p. 28-45.

SÁNCHEZ CARRIO, Ana M. et al. Detección de pacientes con factores de riesgo psicosocial ingresados en la unidad de coronarias. En: Enfermería en Cardiología. 2008, año 15 no. 44, p. 37.

SANDOVAL, Carlos A. Investigación cualitativa. ARFO Editores e Impresores Ltda. Diciembre de 2002, p. 94.

SCOTTISH Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Acute coronary syndromes: a national clinical guide lines [on line]. Edinburg: SIGN publication. 2007, no. 94, p.

5-58. [cited in march 12, 2008]. Available from Internet: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign93.pdf

SHAFFER, Rose y CORISH, Cheryl. Cardiac Surgery and women. In: The Journal of cardiovascular Nursing. Julio 1998, vol. 12 no. 4, p. 14-31.

SHIOTANI, I. Sato et al. Depressive symptoms predict 12-month prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. In: J Cardiovasc Risk. Jun 2002, vol. 9 no. 3, p. 153-60.

SOTO, Alejandra. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. En: Revista Avances en Enfermería. 2007, vol. 25 no. 2, p. 58-64.

STEWART, Anita L. et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study. In: JAMA. Aug 18 1989, vol. 262 no. 7, p. 907-913.

STEWART, Miriam et al. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping and support. In: Journal of Advanced Nursing. 2000, vol. 31 no. 6, p. 1351-1360.

STRIK, Jacqueline et al. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. In: J Am Coll Cardiol. 2003, vol. 42, p. 1801-1807.

SVEDLUND, Marianne; DANIELSON, Ella. and NORBERG, Astrid. Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. In: Journal of Advanced Nursing. Jul 2001, vol. 35 no. 2, p. 197-205.

TAYLOR, Steven y BODGAN, Robert. Introducción a los Métodos Cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós. 1990, 344 p.

THOMAS, Sue A. Depression in patients with heart failure: prevalence, pathophysiological [online]. In: Crit Care Nurse. 2008, vol. 28 no. 2, p. 40-55. Available from Internet: http://ccn.aacnjournals.org/cgi/reprint/28/2/40.pdf

THOMBS, Brett et al. Prevalence of depression in survivor of acute myocardial infarction. In: J Gen Intern Med. 2006 Jan, vol. 21 no. 1, p. 30-38.

TORO, Ricardo y YEPES, Luis. Fundamentos de medicina: psiquiatria. 4a. ed. Medellin, Colombia: Corporación para las investigaciones biológicas. 2002.

TRIVIÑO ZG, SANHUEZA O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. En: Revista Aquichán. 2005; 5 (1): 22.

VACCARINO, Viola et al. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. In: Journal of the American College of Cardiology. 2001, vol. 38, p. 199-205.

VACCARINO, Viola et al. Sexbased differences in early mortality alter myocardial infarction. In: N Engl J Med. 1999, vol. 341, p. 217-25.

VAN MELLE, Joost P. et al. Prognostic association of depresión following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis [online]. In: Psychosom Med. 2004, vol. 66, p. 814-822. Available from Internet: http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/66/6/814

VIEIRA GONCALES, Cintia Adriana e MACHADO, Ana Lucía. Vivendo com a depresao: historias de vida de mulheres. Em: Revista Escuela de Enfermería Universidad Sao Pablo. 2008, vol. 42 no. 3, p. 461-466.

WELLS, Kenneth B. et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. In: Journal of the American Medical Association. 1989, vol. 262 no. 7, p. 914-919.

WHITE, Joanna; HUNTER, Myra and HOLTTUM, Sue. How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. In: Psychology, Health & Medicine. May 2007, vol. 12 no. 3, p. 278 – 288.

WHITE, Mary L. y GROH, Carla J. La depresión y la calidad de vida en las mujeres después de un infarto de miocardio. In: Journal of Cardiovascular Nursing. March/April 2007, vol. 22 no. 2, p. 138-144.

XIMENES, Neto et al. Concepcoes, Conhecimentos e prácticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressao: Um olhar para o territorio da Atencao Primária a Saúde. Em: Revista Enfermería Global. Junio 2009, no. 16, p. 6.

ZIEGELSTEIN, Roy C. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. In: JAMA. 2001 Oct 3, vol. 286 no. 13, p. 1621-7.

ZIEGELSTEIN, Roy C. et al. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. In: Arch Intern Med. 2000, vol. 160 no. 12, p. 1818-23.

Anexo A

Consentimiento informado

Titulo del estudio: EXPERIENCIA DE LAS MUJERES EN LA ETAPA POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Investigador: Lilia Andrea Buitrago Malaver

Apreciada señora,

Usted ha sido seleccionada para participar en un estudio que se propone describir a partir de sus experiencias algunas situaciones que permitan conocer información más amplia acerca de los cambios generados desde el momento en que fue diagnosticada con infarto agudo de miocardio, la recolección de la información se efectuará mediante la realización de una entrevista que tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

Mediante la firma de este formato, doy mi autorización para que me entreviste y para que esta entrevista sea grabada, la cual tendrá una duración de 45 minutos. Entiendo que al responder las preguntas no será mencionado mi nombre ni identidad y que con este trabajo estoy contribuyendo a que las enfermeras puedan conocer mejor las experiencias que tienen las mujeres en la etapa post infarto agudo de miocardio pues podrán mejorar los cuidados a las personas que hacen uso de los servicios de salud.

Yo recibiré como beneficio el derecho a conocer los resultados del estudio si así lo deseo y manifiesto.

Manifiesto que he concedido de forma libre y voluntaria participar en el estudio, sin embargo mantendré mi derecho a rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir dar la entrevista por terminada cuando así lo considere necesario.

Se me ha informado que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de esta investigación aparecerá mi nombre o identificación, solamente llevaré un código para el registro de información que suministre.

Es importante que la información que yo brinde corresponda a la realidad, por tanto, si deseo y lo manifiesto, podré escuchar mis grabaciones; de igual manera tendré la posibilidad de escuchar la trascripción escrita de la entrevista grabada con el fin de ampliar o modificar la información suministrada inicialmente.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en el estudio.

Firma _____
Documento de identidad _____

He explicado el estudio a la persona arriba identificada y he confirmado su comprensión de la información suministrada para su consentimiento previa información satisfactoria.

Firma del investigador _____
Fecha_____

Anexo B
Cuadros de categorías y códigos sustantivos

EXPERIENCIA DE LAS MUJERES EN LA ETAPA POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Para mejorar la comprensión de los datos presentados a continuación, al inicio de cada código sustantivo se mostrará la fuente de donde fue extraída la información, de la siguiente manera
P: Hace referencia al número de participante
E: Se refiere al número de entrevista realizada a la participante en mención
p: Párrafo de la narrativa construida a partir de la entrevista en mención y de donde se extrajo la frase expuesta.
Ejemplo: P1E2p2 corresponde a la participante 1, entrevista 2 y la frase se encuentra en el párrafo 2

Categoría Nuclear	Categoría	Subcategoría	Código sustantivo
SIGNIFICADOS	Impacto emocional en relación con el diagnostico de la enfermedad	Sorpresa (11referencias)	* P1E1p2. Significo algo que no esperaba y no imaginaba que me iba a pasar, no me siento bien en pensar que me paso esto, me dan ganas de no hacer nada, de dormir y despertar de ésta que es como una pesadilla * P2E1p2 Yo me consideraba una persona sana pero me cogió de sorpresa el infarto y no estaba preparada * P1E2p1 Ohh! Sorpresa cuando el médico me dijo que tenía una enfermedad del corazón, no lo creía y no lo pensaba. * P1E3p3 Me cayó de sorpresa, era algo inesperado, la enfermedad surgió de repente y no estaba preparada * P4E2p4 Eso es terrible, no me lo esperaba, la enfermedad me sorprendió y me cogió fuera de base * P5E1p3 Yo tenía planeado viajar a visitar a mis hijos durante la semana santa y me da esto (refiriéndose al infarto agudo de miocardio), no me esperaba ese desenlace cuando fui al médico porque solo sentía el pecho como apretado, yo no estaba preparada; bueno!, tal vez uno no se prepara para la enfermedad; lo que quiero decir es que es algo sorpresivo e inesperado, vea! me paso y no sé ni a qué hora me dio * P6E1p5 Uno cree que algo está mal pero no se imagina que sea tan grave como eso (refiriéndose al infarto), la razón de mi sorpresa radica en la creencia que tenía de estar sana; pero era mentira!, me enfermé y no me di cuenta a qué hora paso todo * P7E4p6 Pues imagínese que uno cree que está bien, se cuida durante toda su vida para llegar a viejo sin grandes complicaciones y me pasa esto, no me esperaba esta noticia, me sorprendió, pero sabía que algo no estaba bien cuando sentí el dolor tirante en el pecho

			* P8E1p5 La sensación de rabia que tuve al enterarme que lo que tenia era una enfermedad del corazón fue causada por la sorpresa cuando el médico me leyó el electrocardiograma y me dijo que tenía que hospitalizarme por un infarto * P9E1p7 Pues no significo nada especial, no es grato estar enfermo y menos de algo tan grave como el corazón, en mi familia nadie sufre de eso y no pensé que me pasara a mí; acaso eso no es hereditario?, por eso sí que me sorprendí cuando me lo dijeron, hasta pensaba que el médico se estaba equivocando y que lo que yo tenía era un mal de estomago * P10E2p7 Las enfermedades llegan cuando uno menos se lo espera, definitivamente no hay dicha completa, no podía creer que eso me pasaba, quería correr, cerrar los ojos y despertar de la pesadilla.
		Inminencia de muerte (21 referencias)	* P1E2p3 La enfermedad fue terrible, pensé que se acababa el mundo * P1E3p3 En esos momentos es en los que la muerte se siente tan cerca * P2E2p5 Creí que se me acababa la vida * P3E1p4 Pensé que me iba a morir * P7E2p3 Pensé que me iba a morir * P5E2p5 Cuando a uno se le está acabando el tiempo * P3E4p6 Uno en esos momentos en que la muerte esta cercana, piensa en la familia * P3E3p4 Uno se siente morir * P6E2p3 Uno se siente morir * P9E3p5 Uno se siente morir * P5E2p8 Uno se siente muy mal, se siente triste, desolado, con ganas de llorar, sin ganas de hacer las cosas, a punto de morir * P4E3p8 Me da miedo que en cualquier momento me den cosas peores y me repita este episodio P5E2p3 porque me pude morir * P7E2p5 A mí me da miedo que me de otro infarto en la noche, uno oye que a muchas personas les da cuando duermen y no se dan cuenta y se mueren y aunque uno sabe que entre más pasa el tiempo, más peligro de morirse tiene, pues yo no quiero que eso me pase todavía * P9E2p3 Uno se siente tan cerquita de un final fatal como en un abrir y cerrar de ojos * P11E1p3 Creo que fui al otro lado, vi la luz y volví, uno se siente muy mal, es lo peor que me ha podido pasar, ese dolor no se lo deseo a nadie, vi la muerte muy cerquita * P10E2p4 Pensaba que me iba a morir, pensaba en las cosas que dejé de hacer y no pude, pensaba que ya no había tiempo, pensaba que me iba a morir, es que el dolor es tan fuerte que uno solo piensa cosas malas * P2E1p4 Es como si la muerte estuviera presente todo el tiempo, es como si en cualquier momento me fuera a pasar algo igual o peor, sé que incluso puedo morirme de repente * P2E2p2 Uno siente que como que la hora le ha llegado, se le pasan tantas cosas por la mente que también me angustiaban mis hijos, aunque estén grandes iban a sufrir, uno se va y ya, pero ellos quedan acá con todo el peso y el dolor * P6E4p3 Yo creo que el corazón es una parte muy delicada del cuerpo humano, como muy frágil, y si uno se enferma de eso pues es grave, creí que no iba a vivir más, vi tan cerquita la muerte que sólo le pedí a Dios que me ayudara a no sentir dolor y que si eso me iba a pasar pues que fuera

			como en un abrir y cerrar de ojos. * P2E4p6 Pues es muy angustiante!, por unos momentos sólo pensé que me iba a morir. * P1E3p5 Sentí la muerte muy cercana y se me pusieron los pelos de punta * P8E3p5 Pensaba que me iba a morir, pensaba en las cosas que dejé de hacer y no pude, pensaba que ya no había tiempo, pensaba que me iba a morir, es que el dolor es tan fuerte que uno solo piensa cosas malas
		Evaluación de la experiencia del infarto agudo de miocardio (16 referencias)	* P1E1p7 No es grato haber pasado por la situación de estar enferma del corazón * P1E1p3 La enfermedad fue terrible * P3E1p2 La enfermedad fue terrible * P5E1p5 La enfermedad fue terrible * P8E1p7 La enfermedad fue terrible * P12E1p3 Una situación tan delicada como esa no es fácil * P10E3p6 Esta es una experiencia triste * P9E1p4 Significa un estado de ansiedad y de estrés, algo terrible. * P6E2p5 La experiencia del infarto es espantosa, uno sabe que de eso se mueren muchas personas * P6E1p2 Eso que le digan a uno que tiene un infarto es algo terrible * P5E1p3 Esa enfermedad es algo teeerrible! (se lleva la mano a la frente) * P3E3p7 Había escuchado que tener esa enfermedad era muy grave * P8E4p7 Las enfermedades del corazón son graves y le dan a las personas de manera repentina y se las lleva * P9E2p8 Pues es aterrador, me enferme y fue terrible, ni siquiera me di cuenta a qué hora ocurrió todo * P5E2p5 Pues es una experiencia traumática para la vida de cualquier ser humano * P3E4p4 No pues!, imagínese tener una enfermedad tan grave es muy malo, eso es terrible, uno cree que no hay nada peor después de eso
	Nueva Oportunidad	Tiempo extra (15 referencias)	* P1E1p6 Pensé que me había llegado la hora pero no!; tengo otra oportunidad * P2E1p4 Es un llamado a prevenir, es como una nueva oportunidad para hacer las cosas * P1E1p6 Gracias a Dios no me morí allí, creo que fue suerte * P4E1p9 Gracias a Dios esto (muerte) no fue así por ahora * P3E2p6 Todavía no he terminado mi misión en la tierra * P7E1p8 La llama de mi vida aún no se apaga, tengo más años de vida * P7E3p3 Pues es como si tuviera otro tiempo para deambular por esta tierra y eso me gusta * P8E2p4 En el momento que el doctor me dijo lo que tenia y me explico la situación a seguir y lo que me podía pasar con el medicamento que me iban a poner, yo concentre mis fuerzas en pensar y pedirle a Dios que me ayudara; una ayuda adicional a los médicos y las enfermeras no está de mas * P10E4p4 He tenido otra oportunidad de vivir y no la puedo desaprovechar * P11E4p5 Pues la hora de mi muerte no era ahora * P12E2p4 Es como si a uno le dieran un espacio mas amplio para vivir * P10E3p5 Casi como si tuviera espacio para hacer avances en mi cuenta, claro!, es otro espacio o

			tiempo para estar acá * P6E4p6 Mi marido, al que le gusta el fútbol, diría que es tiempo de reposición * P5E2p3 Ahora creo que voy a disfrutar más el tiempo, voy a preocuparme menos y como tengo algo de tiempo pues no me voy a poner a pelear, además eso me hace daño * P9E1p2 Pues tengo otro espacio de mi vida para hacer las cosas que aún me faltan
		Valorar aspectos relacionados con la vida (15 referencias)	* P1E1p8 Soy afortunada porque pudo ser peor pero ahora tengo que pensar que esto me da otro espacio y otra oportunidad para cambiar * P1E1p4 Una nueva oportunidad, una señal de alarma, una necesidad de cambiar hábitos, un evento estresante que me pone mal anímicamente * P4E2p9 Cuando pienso en lo que me ocurrió caigo en cuenta que fue una señal de alarma y que debo cambiar algunas cosas en mi vida * P8E3p11 Una experiencia para cuidarse uno más en estabilidad emocional y en las actividades en que venía realizando, en alimentación, en ejercicios, en la vida diaria y en actividades generales * P9E3p2 Le rece tanto a mi Diosito que sé que me ayudo a salir de este trance * P7E2p7 Ahora sé que esto que me pasó sirvió para unirme más a mi familia * P6E2p8 Uno tiene que sacar provecho de las cosas y esta es una oportunidad para corregir lo hecho en el pasado con mi salud y poderme cuidar mejor * P4E4p9 La enfermedad me sirvió para…o bueno, es una señal de alarma de que tengo que cuidarme para no enfermarme peor * P6E1p1 Eso es lo bueno de haberme enfermado, que mis hijos volcaron su mirada hacia mí de una mejor manera * P3E1p5 Ahora tengo que cambiar mi vida y mis hábitos * P4E3p7 Sé que tengo otra oportunidad de vivir * P5E2p4 Uno en esos momentos en que la muerte está cercana, piensa en la familia y en el tiempo que a veces deja pasar sin decirles o demostrarles que los quiere, pero ya lo voy a arreglar pues tengo la posibilidad de hacerlo ahora * P7E4p3 En esos momentos de crisis uno valora más las cosas que tiene, como mi familia que me apoya mucho y esta situación me abrió un poco los ojos * P1E2p1 Yo siempre he sido muy drástica en mi forma de ser y cuando pensé que me iba a morir pues me dio miedo y ahora que miro atrás y veo que no me pasó nada pero y no me morí pues valoro más la vida * P2E1p7 Cuando a uno se le está acabando el tiempo le da un valor diferente a las cosas y esa situación me ayudo a ver lo que aparentemente estaba perdido como el amor por la vida
SENTIMIENTOS GENERADOS POR EL DIAGNÓSTICO Y LA EXPERIENCIA	Rechazo/ negación (32 referencias)	------	* P1E2p3 No pensé que eso me pasara a mí * P1E1p4 Uno cree que eso es cosa de otros y no de uno * P2E2p3 Uno no cree que eso le pase algún día * P4E3p2 No creía eso cuando el médico me explicó lo que pasaba * P6E4p6 Jamás pensé que era grave * P3E2p6 Yo he sido una persona muy útil en la vida y tan joven pues no pensé que me diera esto

DE LA ENFERMEDAD			* P9E4p8 Quería que fuera mentira y salir corriendo y olvidarme de todo y que lo que me pasaba en ese momento no fuera cierto * P10E4p6 Yo sólo quería estar en mi casa y que nada de eso me hubiera pasado * P10E1p5 Yo quiero morirme de vieja y no de un ataque al corazón * P12E4p4 Obviamente nadie quiere morirse * P2E4p6 Este no era mi momento porque no creía que fuera tan grave lo que tenía si yo misma me veía como bien, solamente un poco cansada * P12E4p9 No quería haber pasado por esa enfermedad * P10E2p3 A uno se le cruzan por la mente deseos de cerrar los ojos y soñar y pensar que no es verdad lo que me está pasando * P9E1p2 No quisiera que algo peor me pase a causa de ese infarto * P8E1p6 Una negación de la situación, no quería que eso que me decían fuera cierto * P8E2p4 Pues sentía como vacío, ganas de salir corriendo, de despertar del sueño o pesadilla, no creía que era verdad lo que me estaba pasando * P3E2p2 Uno se siente sólo, algunas veces triste, con ganas de llorar, de no hacer nada, de dormir y despertarme sólo cuando todo esté bien * P2E4p4 Yo todo pensé en la vida menos que me iba a dar un infarto * P1E3p6 Yo solamente me he enfermado de la apéndice y no más, y en mi familia nadie sufre de nada y menos del corazón; así que no creía que me hubiera dado eso, pensaba que el médico se había equivocado * P9E3p4 Nunca pensé que fuera tan grave y por eso no me fui al médico pronto * P10E4p3 Primero que todo pues no creía que eso fuese real, pensaba que podía ser un error médico y sentí miedo * P11E3p3 A mí me da miedo que me de otro infarto en la noche, uno oye que a muchas personas les da cuando duermen y no se dan cuenta y se mueren y aunque uno sabe que entre más pasa el tiempo, más peligro de morirse tiene, pues yo no quiero que eso me pase todavía * P8E4p7 Significo algo que no esperaba y no imaginaba que me iba a pasar, no me siento bien en pensar que me paso esto, me dan ganas de no hacer nada, de dormir y despertar de ésta que es como una pesadilla * P9E2p5 Llegue hasta pensar que lo mejor era que me hubiera muerto sin darme cuenta y no estar pasando por esto * P6E1p3 Me sentía como pollo al matadero * P6E1p7 Pienso que en cualquier momento me puedo morir * P4E1p6 No sabía bien que era ese lugar (refiriéndose a la unidad de cuidados intensivos), pero allí hospitalizan a las personas que están a punto de morirse * P8E1p3 Pienso que en cualquier momento me puede dar algo de nuevo y que puede ser definitivo * P7E1p7 Fue ahí cuando realmente pensé que ya me había llegado la hora y todavía no he terminado mi misión en esta tierra * P12E1p3 Antes de esto no pensaba en la muerte * P11E3p7 Los pensamientos que tengo en relación a la enfermedad es que de pronto me puedo morir

			* P8E4p6 A uno se le cruzan por la mente deseos de cerrar los ojos y soñar y pensar que no es verdad lo que me está pasando o acabar con ello de una y ya, sin dolores
	Rabia (9 referencias)		* P3E2p3 Llegue tarde al hospital y no me pudieron poner un medicamento que para que se destapara mi arteria, eso me da rabia * P4E4p2 Me dio rabia porque pude morirme de una cosa tan grave como esa (IAM) * P4E2p3 Cuando yo fui consciente que tenía un infarto,…me dio una sensación de ira contra todo el mundo y contra la doctora que me dio la noticia * P9E3p2 Hasta rabia sentí porque pensé que no iba a ser grave cuando me llevaron al hospital y peor cuando me metieron a cuidados intensivos * P8E3p6 Ya no puedo hacer lo de antes y eso me da como rabia * P7E4p4 Se generan sentimientos de rabia, de susto, de miedo, de temor a lo desconocido porque era algo nuevo para mí * P5E2p4 Sentí rabia y desespero * P9E1p7 Rabia porque uno puede evitar enfermarse pero como cree que todo en su cuerpo va bien, pues no dimensiona lo que le puede pasar * P3E3p9 Al enterarme de qué tenía realmente, sentí rabia y desespero
	Tristeza (14 referencias)		* P1E3p2 Tristeza en dejar a mi familia * P2E2p3 Uno se siente desesperado, desamparado y eso a cualquiera lo pone triste * P3E3p1 Al comienzo estaba triste * P5E2p6 Sentí tristeza por no poder haber evitado que me diera un infarto * P3E1p3 Esta es una experiencia triste * P9E1p6 Me duele el corazón porque la tristeza en pensar que lo que me pasó fue muy grave * P9E1p4 El dolor que tengo ahora no es físico sino como del alma * P3E1p1 Me da tristeza llegar a vieja llena de males y sin poder hacer mis cosas como antes * P4E2p2 Ya no puedo moverme igual que antes y eso me da tristeza * P7E2p3 Uno se siente muy mal, se siente triste, desolado, con ganas de llorar, sin ganas de hacer las cosas, a punto de morir * P11E4p3 La vida, los recuerdos, las esperanzas, los sueños y las cosas no hechas a uno lo ponen muy pensativo, además porque uno hospitalizado pues no hace nada más que pensar en cosas de su vida y su familia y uno se siente sólo, algunas veces triste * P12E2p4 Llegue tarde al hospital y no me pudieron poner un medicamento que para que se destapara mi arteria, eso me da rabia y tristeza * P4E2p7 A veces me pongo triste porque no sé qué hacer, no sé cómo actuar, no sé si lo que hago o lo que como me va a enfermar más * P5E1p5 Procuro no estar sola porque siento que voy a estar triste y esa sensación no me gusta
	Angustia o desesperanza (14 referencias)		* P2E1p3 Uno se siente desesperado, desamparado * P1E1p2 Cuando me enteré de lo que tenía tuve una sensación como de vacío en el estómago, me puse muy angustiada * P3E1p5 Cuando me llevaron al hospital, la ambulancia se movía mucho y eso me asustaba, yo me movía para un lado y el otro y creía que me iba a caer o que algo peor me iba a pasar o que algo no estaba del todo bien porque ese carro corría mucho y eso significaba que yo tenía que estar

			rápido en el hospital o algo malo me pasaría * P5E1p7 He tenido pensamientos de desesperanza en pensar porqué me paso esto si yo no lo quería * P3E1p2 Me preocupe bastante, tenía ganas de llorar de la angustia pero no podía * P8E2p4 Al enterarme de qué tenía realmente, sentí rabia y desespero * P9E2p4 Me “toca tomar pastas de por vida” como me lo dijo la enfermera, eso hace que uno se sienta como invalido, como si tuviera un gatillo en la cabeza, como si tuviera el reloj trabajando en contra de uno * P12E2p14 Mire!!! Era como una sensación maluca como acá en el estómago, como unas maripositas pero desagradables, yo no hacía más que pensar en que me podía morir * P11E3p3 Yo pensaba que de eso (IAM) me iba a morir y me asuste bastante * P4E4p4 Cuando me dio el dolor y decidí irme para el médico sabía que algo no estaba bien, pero no sabía exactamente lo que era, estaba muy asustada * P5E2p8 Cuando me ingresaron a cuidados intensivos me asuste bastante y luego cuando me dejaron en esa cama y me empezaron a poner una cantidad de cables, los médicos entraban y salían, no me miraban, no me decían nada, yo no sabía qué hacer * P7E2p10 Y pensar que yo no podía hacer casi nada, tenía ganas de salir corriendo (se rie) pero no podía porque me cansaba y era como estar en una caja encerrada * P8E1p2 Me preocupaban mis hijitos, mi hermana se los iba a llevar a la casa pero el colegio, el trabajo, la casa de ella estaba más lejos del colegio, les tocaba madrugar más y yo allá en el hospital sin poderlos ver y no sabía si los iba aver luego, eso es muy angustiante * P6E3p5 Me preocupa que me dé eso otra vez
	Culpa (8 referencias)		* P1E1p3 A Dani no le gustan (las verduras) y es una brega para que se las coma así que a mí me toca hacerle las cositas que a él le gustan y de paso yo pruebo un poquito pero luego pienso que se me va a tapar otra vena en el corazón y que me va a doler y eso me da susto y me da remordimiento de conciencia * P1E4p1 Claro!, como no me cuide pues aguante la culpa y la carga de la enfermedad con sus consecuencias * P2E2p6 Me asuste mucho cuando me enteré de lo que tenía, aunque inicialmente pensé que era porque me había comido un almuerzo muy grande y me había caído mal al estómago; lo que pasa es que luego me dí cuenta que el dolor era como difícil de identificar y no pensé que fuera el corazón el que me molestaba, si me hubiera dado cuenta antes pues me habría cuidado más. * P3E1p5 Al inicio de mi enfermedad me auto culpaba, pensaba que si me hubiera cuidado más pues no estaría en esta situación, yo me consideraba una persona sana pero me cogió de sorpresa el infarto y no estaba preparada * P4E2p3 Pues si me hubiera cuidado no estaría con sentimientos de culpa por lo sucedido * P6E4p5 Me doy golpes de pecho por no haberme cuidado * P8E1p8 Yo peco por comer lo que no debo pero no lo puedo evitar, eso me atormenta porque me da remordimiento y culpa * P9E2p4 El dolor del corazón era como raro porque no me dio como todo el mundo dice que duele el pecho sino que pensaba que era un aire que se me había entrado porque dolía como entre las costillas y no en el pecho así que no me preocupe cuando lo sentí y eso fue peor porque llegue

			tarde al hospital y no me pudieron poner un medicamento que para que se destapara mi arteria, eso me da rabia y tristeza, nunca pensé que fuera tan grave y por eso no me fui al médico pronto
	Aislamiento (8 referencias)		* P5E3p5 No quisiera sentirme aislada o sola de mi familia * P7E4p6 Mi familia me visitaba pero como las visitas eran cortas, yo permanecía casi todo el tiempo sola en esa habitación llena de cables * P3E2p3 Si esta enfermedad no me hubiera tocado pues yo no tendría miedo e quedarme sola * P1E2p7 Cuando la vecina del cuarto me hablaba yo la evitaba, no quería que me hablara ni conocer nada de ella * P7E2p3 He llorado pero a solas para no preocupar a mi esposo * P9E2p13 Al pensar en mi enfermedad y lo que me pasa no me dan ganas de hablar con nadie, ni siquiera con mi familia * P7E4p5 La vida, los recuerdos, las esperanzas, los sueños y las cosas no hechas a uno lo ponen muy pensativo, además porque uno hospitalizado pues no hace nada más que pensar en cosas de su vida y su familia y uno se siente sólo * P9E2p5 A veces siento ganas de llorar pero como mi esposo me dice que no sea boba pues mejor me callo y no digo nada, me encierro en el baño y me desahogo
	Llanto (13 referencias)		* P8E4p10 He tenido ganas de llorar * P2E3p6 Lloraba de impotencia de no poder hacer nada * P3E3p6 Lloraba de la impotencia que sentía pues todo se salía de las manos y yo no podía controlarlo * P1E1p2 Cuando yo fui consciente que tenía un infarto me dieron ganas de llorar y gritar * P4E1p5 Dos noches lloré en silencio para que no me escucharan * P9E1p7 Me daban ganas de llorar de la impotencia que sentía * P8E2p7 A veces siento ganas de llorar pero como mi esposo me dice que no sea boba pues mejor me callo y no digo nada, me encierro en el baño y me desahogo, a veces lloro * P11E1p3 He llorado pero a solas para no preocupar a mi esposo * P10E2p6 Hay ocasiones en las que estoy sola que me dan ganas de llorar porque no puedo caminar como antes, me canso fácilmente * P3E2p8 La vida, los recuerdos, las esperanzas, los sueños y las cosas no hechas a uno lo ponen muy pensativo, además porque uno hospitalizado pues no hace nada más que pensar en cosas de su vida y su familia y uno se siente sólo, algunas veces triste, con ganas de llorar * P4E1p6 He sentido ganas de llorar, de no hacer nada, de no comer porque no me dan ganas de hacerlo * P6E2p5 Me preocupe bastante, tenía ganas de llorar de la angustia pero no podía * P5E3p5 Me encierro en el baño y me desahogo llorando, lo hago allí para que no me vean
	Estar mal	Síntomas sugestivos de depresión (9 referencias)	* P1E1p5 Yo me sentía muy mal * P2E2p4 Esa enfermedad produce una sensación muy maluca * P4E1p7 Yo quiero sentirme bien pero este mal no me deja * P2E1p9 Me sentía como maluca estaba, no era algo físico sino como …(silencio), como mal pero no físicamente sino como, no sé no lo puedo explicar con palabras pero era como no estar bien * P5E3p11 Me siento mal en la parte física y en la emocional

			* P5E2p4 Lo peor es que eso(IAM) me puede pasar otra vez porque tengo mis arterias enfermas y el corazón por estar grande, no trabaja bien, esa es la razón de cansarme tan fácilmente y que no me sienta bien ni física ni anímicamente * P7E3p4 Uno se siente muy mal, se siente triste, desolado, con ganas de llorar, sin ganas de hacer las cosas, a punto de morir * P9E2p5 Estoy como aburrida, bueno a veces me aburro mucho y no me dan ganas de nada, pero nada de nada cuando estoy así de mal, eso me da por pensar en mis hijos y me preocupo * P10E3p7 Me siento tan cansada, ya no quiero estar con tanta limitación para hacer las cosas, que si me quedo quieta, que si camino, que si hago fuerza, que si hago ejercicio; en fin!, uno no sabe ni qué es bueno
		Signos sugestivos de depresión (16 referencias)	* P1E3p9 He tenido desgano por la comida, incluso por la que más me gusta, ya no me sabe igual * P3E2p10 No me dan ganas de comer * P2E2p1 A veces se me olvida tomarme los medicamentos * P1E1p4 Estoy sensible y cuando estoy así quiero llorar de la impotencia de no poder cambiarlo * P6E4p5 Es una situación que a uno lo pone sensible * P7E2p4 Estoy bien, perdone por haberme descompuesto un poco, lo que pasa es que uno se vuelve sensible * P8E3p6 Estoy cansada y con pocas ganas de hacer las cosas * P11E1p13 A veces no me dan ganas de hacer las cosas * P12E2p4 Pues vea, cuando pienso en lo que me ocurrió, no me dan ganas de hacer nada, es como una sensación de desanimo, me da pereza las cosas, me siento como cansada, abrumada, como con un peso en la espalda que es difícil de cargar * P10E1p5 Como cansada porque casi no puedo hacer mis cosas, yo quisiera estar bien pero sé que tengo una enfermedad y que no voy a estar bien como antes, esa situación me agobia algunas veces * P5E2p6 Quisiera estar sola, que no me molesten, que ni me miren, no quiero que me sigan preguntando porque me paso esto, quiero es que me ayuden a mejorarme y ya!, siento …..(se queda en silencio) como un vacio acá en el estómago (señalando la región epigástrica), en fin, es como una sensación maluca que no me deja estar, creo que es como inquietud o ansiedad lo que me da * P7E3p4 Mi familia me ayuda pero a pesar de ello yo no estoy del todo bien, tengo todo en mi casa, no me falta nada pero las sensaciones de aburrimiento no me abandonan * P2E4p7 Las primeras noches no podía dormir, sentía miedo que me durmiera y no despertara * P1E2p8 Pues es como una depresión, como un no querer hacer nada, no puedo explicarlo bien, pero no se siente grato, uno está bien por fuera pero mal por dentro de su alma * P8E1p1 He sentido que estos últimos días he tenido muchos sucesos malos, como que he sufrido por algo que no sé qué hice * P9E2p3 Me he sentido como mal, como algo que no está bien

	Miedo	Miedo a la muerte (10 referencias)	* P2E4p4 Tenía susto en pensar en que de ese percance (IAM), pues, “no voy a salir” * P1E2p7 Miedo a que me voy a quedar ahí * P3E1p3 Pasar por un episodio tan trágico como éste es grave y uno casi toca la puerta de la muerte * P4E1p7 Tenía miedo de irme * P5E2p7 Era un miedo terrible a morirme * P6E3p6 A lo único que le tengo miedo es a la muerte * P7E4p5 Me da miedo que me muera * P8E3p4 Tuve miedo de morir * P9E3p9 Cuando las personas se enferman, ….¡claro que hay enfermedades peores!…., sienten miedo a morirse, lo que pasa es que las enfermedades de tipo coronario a uno le causan mucho miedo, sumado a ello el dolor de pecho tan fuerte y feo que a uno le da no lo puedo describir * P10E4p3 Me asusta tener que morirme pero no dejo de pensar en ello porque sé que me puede pasar en cualquier momento y que no puedo controlar ni evitar que me pase * P11E2p4 Las primeras noches no podía dormir, sentía miedo que me durmiera y no despertara
		Miedo a la incapacidad (19 referencias)	* P1E3p3 Miedo de no cumplir con mis responsabilidades en el hogar * P2E2p2 Miedo de no cumplir con la responsabilidad de mis hijos porque me quede mal el tratamiento * P3E1p9 Miedo a quedar postrada en una cama * P4E1p1 Miedo a que me muriera, a que me pasara algo peor, a no poder moverme, a quedar postrada en una cama o invalida o mal * P5E2p4 Yo tengo apenas 55 años y casi me siento inútil * P6E3p3 La enfermedad que me diagnosticaron ahora e limita mucho * P7E4p3 A mi me preocupa que no pueda trabajar igual que antes * P8E1p5 Necesito vivir más tiempo porque hacer mi trabajo me gusta, además necesito trabajar todavía * P12E3p5 Ya no puedo trabajar igual que antes * P10E1p7 Me siento inútil por no poder trabajar igual que antes * P9E3p3 Uno se siente como inválido e inútil * P12E4p4 En cuidados intensivos no me dejaban ir al baño, esos cables me molestaban, no me dejaban mover y los ruidos en ese lugar no dejan dormir en la noche * P4E4p5 Ahora luego de salir del hospital todavía tengo que esperar a que me recupere del todo, eso es muy duro porque usted se ve bien a sí mismo pero no puede hacer las cosas así quiera * P7E2p7 Esta enfermedad me incapacita mucho * P6E1p3 Uno se siente como impotente porque no pude evitar que me diera un infarto y con todo lo que hay hoy en día para evitar las enfermedades * P8E2p7 Uno siente mucho miedo y tal vez por no tener el suficiente conocimiento * P9E1p2 Me daba miedo, bueno, aún lo siento,…miedo a no hacer las cosas que antes hacía, miedo a repetir ese episodio porque tengo mis vasos tapados y se pueden tapar aún más hasta que sucedan cosas inevitables como la muerte * P12E3p2 Ahora me quedaron secuelas de la enfermedad, me canso mucho, me da miedo andar

			muy rápido porque me puede dar otra vez * P4E4p7 No me quiero sentir inútil
		Miedo a las consecuencias que la enfermedad genere en la familia (6 referencias)	* P3E2p1 Estaba con miedo pero optimista pensando que todo saldría bien * P2E1p4 Yo no puedo dejar a mi hija y mi nieto solos, ellos me necesitan * P4E2p7 Yo no quiero convertirme en una carga para mis hijos y mi esposo * P5E1p9 Yo no puedo dejar a mi hija con la carga de criar un hijo sola * P8E3p4 No quiero morirme y dejar a mi hija sola * P10E4p1 No quiero dejar de hacer mis cosas de siempre
CAMBIO	Percepción de la experiencia como un elemento trascendental para el cambio (7 referencias)		* P3E2p2 Una enfermedad como esta siempre genera cambios a veces positivos y en otros aspectos, esos cambios son negativos * P4E3p2 La enfermedad que me dio es un signos de alarma de que algo no está bien y debo hacer cosas para prevenir que me vuelva a dar ese dolor tan fuerte * P5E1p4 Sabía que eso era como grave pero no pensé que mis actividades fueran a cambiar tanto * P7E2p3 Sé que tengo que cambiar mi forma de vivir * P9E2p1 Ese evento le cambia a uno la vida, porque o cambia a las buenas o cambia a las malas * P8E1p3 No es fácil adaptarse a una situación tan delicada como esa * P12E3p2 Las costumbres tienen que cambiar porque si no lo hago, eso (IAM) me puede pasar otra vez y no quiero
	Percepción de cambios que se requieren (11 referencias)		* P1E4p2 Tengo que cambiar mi forma de vivir * P2E2p2 Mi vida de ahora en adelante debe ser distinta * P4E1p3 Hay que cambiar mis hábitos de alimentación * P5E4p5 Pues imagínese uno tiene que cambiar, debe dejar de hacer las cosas que le gustan * P6E2p6 Sé que tengo que cambiar mi forma de vivir * P3E1p2 Dicen que me debo cuidar en la dieta y que puedo cambiar la sal por el limón en las comidas * P9E3p2 Ahora me siento cansada, me toca trabajar menos y con esos días en el hospital no pude ir a conseguir el dinero para el diario, me dicen que no puedo hacer ejercicios fuertes * P10E2p2 Pues se deben dar cambios de vida, cambios de actitud * P11E3p1 Tengo que comer diferente como lo hacía antes * P12E4p3 Las costumbres tienen que cambiar porque si no lo hago, eso (IAM) me puede pasar otra vez y no quiero * P7E2p2 He tenido que acoplarme a algunas situaciones que no son muy agradables
	Percepción de los cambios que ya se han dado (18 referencias)		* P11E2p4 Ya no me dejan hacer cosas en la casa, hay una señora pendiente de mi y ella se encarga también de las labores de la casa * P9E1p3 No quiero dejar de hacer mis cosas de siempre * P7E3p4 Ya no puedo casi ni trabajar, me canso mucho, la pasta pequeña me cae mal * P8E1p3 Tengo que gastar más plata * P6E3p2 Tengo que gastar más plata que antes y no puedo trabajar bien * P4E4p1 Me canso al subir las escaleras de mi propia casa y antes no me pasaba eso, en las

			noches siento que me ahogo y tengo que dormir casi sentada * P3E4p3 Mi relación con mi esposo ahora luego del infarto, es mejor * P2E5p4 Ya no me dejan hacer cosas en la casa, hay una señora pendiente de mi y ella se encarga también de las labores de la casa * P5E3p2 Ahora las cosas se ven un poco distintas, más claras, ya siento que me cuido más, mi familia está muy pendiente, descubrí que mis hijos y sobretodo mi esposo se preocupan bastante de mí * P2E2p4 Ahora he dejado de ser rabietas, de ser malgeniada, de llevar las cosas con más calma * P1E2p3 Ya no puedo alzar cosas pesadas * P1E3p7 En la parte física, procuro hacer ejercicio, salgo a caminar de vez en cuando * P7E2p5 Deje de comer gordos, dulces y golosinas así que tanto me gustaban * P6E1p2 Ahora me siento cansada, me toca trabajar menos y con esos días en el hospital no pude ir a conseguir el dinero para el diario, me dicen que no puedo hacer ejercicios fuertes * P8E3p3 Nuestros hábitos alimenticios han cambiado, la última vez que fuimos al mercado casi no compramos granos sino que decidimos traer más verduras * P9E1p3 Ya he ido cambiando mi forma de comer, de cuidarme; ahora es mejor * P12E1p9 Pues ya he ido aprendiendo a cuidar mejor mi salud, trato de caminar más seguido y despacio para que nada feo me dé * P10E1p8 Ahora me siento diferente, ya no tengo miedo, aquel miedo que sentía ha ido desapareciendo; esto se debe a mi cambio de actitud frente a las cosas y la vida, me alimento mejor y eso me hace bien
LA ENFERMEDAD GENERADORA DE INCERTIDUMBRE	Qué vendrá luego (10 referencias)		* P1E1p4 Temor a no saber qué va a pasar luego * P1E2p5 No sé que me vaya a pasar más tarde pero ahora voy a vivir mi vida al día * P2E1p3 No sé que vaya a pasar más tarde pero ahora no quiero que me pase nada * P3E2p6 No sabía que podía pasar conmigo luego que saliera del hospital, es más no sabía si iba a salir de él y pensar en eso me daba miedo * P5E3p3 Si yo me enfermo, él (refiriéndose al esposo) puede dejar de quererme y yo no quiero causarle dolor o problemas y que se canse de mí * P6E1p2 Pero no sé qué me pasaría luego de esta situación si optara por hacerme daño * P7E2p6 No sabía que iba a pasar luego, que vendría después, si iba a quedar inútil, sin poder hacer mis cosas, ni trabajar * P8E3p4 Imagínese usted en una camilla, con dolor, sin saber qué va a pasar con usted, impotente porque no puede manejar ni modificar la situación * P9E4p3 Me asusta tener que morirme pero no dejo de pensar en ello porque sé que me puede pasar en cualquier momento y que no puedo controlar ni evitar que me pase * P12E1p5 No sé qué hacer, no sé cómo actuar, no sé si lo que hago o lo que como me va a enfermar más, en fin todo es un titubeo total

	Falta de conocimiento (9 referencias)		* P1E2p6 Pues aparte de susto y miedo también sentí terror porque era algo a lo que no me había enfrentado antes * P4E4p8 No tenía la suficiente información y tampoco sabía que debía saber sobre el tema para poder seguir adelante * P8E2p2 Uno siente mucho miedo y tal vez por no tener el suficiente conocimiento * P9E3p2 Tengo mis vasos tapados y se pueden tapar aún más hasta que sucedan cosas inevitables como la muerte * P10E4p3 Se generan sentimientos de rabia, de susto, de miedo, de temor a lo desconocido porque era algo nuevo para mí * P11E3p4 Me siento tan cansada, ya no quiero estar con tanta limitación para hacer las cosas, que si me quedo quieta, que si camino, que si hago fuerza, que si hago ejercicio; en fin, uno no sabe ni qué es bueno * P12E3p5 Imagínese usted en una camilla, con dolor, sin saber qué va a pasar con usted, impotente porque no puede manejar ni modificar la situación * P1E4p2 No sé si las recomendaciones y lo que me ponen a hacer en rehabilitación cardiaca me sirve realmente, a veces ciento que voy es a perder el tiempo porque solamente me ponen a caminar en una máquina pero ¿cómo va a mejorarme eso? * P2E3p5 No sé qué hacer, no sé cómo actuar, no sé si lo que hago o lo que como me va a enfermar más, en fin todo es un titubeo total
RECONOCIMIENTO DE RECURSOS DE APOYO	Apoyo familiar y social (8 referencias)		* P2E1p5 Ahora mis hijos se preocupan más por mí * P2E2p4 Yo no puedo dejar a mi hija y mi nieto solos, ellos me necesitan y yo a ellos * P1E2p6 Las relaciones con mi esposo mejoraron luego de ese acontecimiento * P4E1p5 Cuando me llevaron a la clínica mis hijos se preocuparon más por mí y me llamaban y yo sabía que estaban muy pendientes * P5E3p5 Pues ahora me visitan con más frecuencia y me llaman y están atentos conmigo * P6E2p4 Hay vecinos que me llaman, la vecina del frente viene y me golpea para ver cómo estoy, además porque yo sé que mi hija la llama y le dice que este pendiente de mí * P8E1p3 Pues yo me aferre a Diosito, le pedí tanto que me ayudara a salir de esta que creo que me escucho * P12E1p4 De no ser por la enfermera de esa mañana que me explicó las cosas y me ayudo cuando estaba tan asustada pues no sé si me había vuelto loca porque nadie en esa sala de urgencias me miraba, unos entraban, salían, se reían, comían y yo? … pues nada, como si no les importara
	Hablar libera (7 referencias)		* P4E1p2 Hablar de ello me tranquiliza * P4E2p2 Ahora que vuelvo a pensar en eso y lo recuerdo, creo que soy una afortunada * P5E1p4 No se preocupe, yo estoy bien!, lo que pasa es que me da melancolía en pensar que me pude haber muerto por no ir al médico rápido, pero siento luego de estas lágrimas me siento más tranquila y relajada * P5E2p6 Cuando me enteré que a mi compañera de cuarto le había pasado algo similar a lo mío,

			pues ahí si me interesé en hablar con ella y eso me tranquilizó un poco, me sentí como liberada y me identifique mucho con lo que a ella también le paso * P7E1p4 Claro! yo hablaba con Dios todas las noches y él me ayudo, escucho mis súplicas y yo mentalmente le hablaba, pero me desahogaba contándole lo que sentía aunque yo sé que él lo ve y lo sabe todo sin que yo se lo dijera * P9E1p5 Mi situación se la había contado a varias personas, les conté lo que me pasó y cada vez que lo hacía sentía que ya casi no me ponía triste cuando recordaba el dolor y el hospital y el miedo que sentí * P10E4p6 Pues cuando quiera volvemos a hablar porque siento como una carga que me quito de encima, a veces uno no expresa lo que siente pero si ayuda que por lo menos lo escuchen y le pongan cuidado a lo que uno dice

Anexo C

Aclaraciones adicionales

Cumpliendo la recomendación del comité de ética del Hospital San Ignacio para poder desarrollar la investigación en ésta institución, se coordinó con la Jefe del Departamento de Enfermería (enfermera Liliana Cuspoca) para que el primer abordaje de la paciente que cumpliera con los criterios e inclusión y candidata a ser participante del estudio, fuera realizado por la enfermera encargada del programa de rehabilitación cardiaca o la enfermera coordinadora del servicio de hospitalización de medicina interna, esto con el fin de darle mayor seguridad a la paciente.

Estas personas fueron las encargadas (como empleados de la institución), de presentar a la investigadora ante la paciente y de autorizarle a ella hablarles y hacer el primer abordaje como investigadora tal cual se tenía planteado en el procedimiento para la recolección de la información.

Anexo D

Carta de autorización del Comité de Investigaciones y ética del Hospital Universitario San Ignacio (este Comité está articulado con el Comité de investigaciones y ética de la Universidad Javeriana).

Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

30 de Junio de 2009 FM-CIE-4801-09

Enfermera
LILIA ANDREA BUITRAGO MALAVER
Investigadora Principal
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá

Ref: "Experiencia de la depresión en mujeres post infarto agudo de miocardio". 2009/33

Enfermera Buitrago:

Por medio de la presente le informamos que en sesión ordinaria del 25 de Junio (Acta No.10-2009), el Comité de Investigaciones y Ética recomienda incluir un tutor responsable para tener acceso a encuestar las pacientes dentro del HUSI o colaborar mediante la remisión voluntaria de las mujeres al lugar donde la investigadora desee hacer las entrevistas fuera del HUSI.

Solicito mencionar el número de identificación anotado en la referencia, para la correspondencia futura sobre esta investigación.

Atentamente,

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA FACULTAD DE MEDICINA COMITÉ DE INVESTIGACIONES Y ÉTICA

IVAN SOLARTE, M.D.
Decano Académico
Presidente Comité de Investigaciones y Ética

Copia: Archivo de Comité de Investigaciones y Ética

Olga S.

Recibido Sonia Cruz 14-07-09.

Facultad de Medicina – Comité de Investigaciones y Ética
Hospital Universitario San Ignacio, piso 7, Bogotá, Colombia, PBX (57-1) 3208320 Ext.2770 - 2883229

Anexo E

Carta Comité de Ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN

UGI-113-2009
Bogotá, 4 de Septiembre de 2009

Profesora
MAGDA FLOREZ
Coordinadora Posgrados en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional

Apreciada Profesora:
De la manera más atenta me permito remitirle las recomendaciones emitidas por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, en sesión del 24 de Agosto del 2009 Acta No.9, una vez analizado en sus aspectos éticos el proyecto de investigación EXPERIENCIA DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, de la estudiante Lilia Andrea Buitrago Malaver y director de tesis Prof. Edilma de Reales. Anexo recomendaciones (2 folios).

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Finalmente, es necesario revisar el proyecto y que el Director de la Tesis certifique por escrito la incorporación de las recomendaciones éticas ante la Coordinación del Programa Curricular, para que esta instancia lo remita al Comité de Ética y así poder entregar el respectivo aval ético. Se remite copia del proyecto para lo cual es indispensable entregarlo nuevamente, junto con el proyecto que contenga las incorporaciones solicitadas (anexar el Permiso Institucional y Hoja de Vida del docente externo).
Cordialmente,

VIRGINIA INES SOTO LESMES
Coordinadora Unidad de Gestión de Investigación
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería

c.c. Archivo UGI

UNIVERSIDAD NACIONAL POSGRADOS
Sede Bogotá D.C.
Facultad de Enfermería
8 SEP 2009
Recibido por: Hora: 4:30 pm

ciencia y tecnología para el país
FACULTAD DE ENFERMERIA
Carrera 30 No. 45-03, TORRE DE ENFERMERIA piso 8 Oficina 805
Conmutador: 57 (1) 31 65 000 extensión 17020 - 17021
Telefax: 57 (1) 31 65 000 Ext. 17021
Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América

Anexo F

Portafolio de servicios del programa de rehabilitación cardiaca aportado por el servicio de Cardiología del Hospital San Ignacio.

Hospital San Ignacio
CIENCIA Y TECNOLOGÍA CON PROYECCION SOCIAL

Unidad de Cardiología
Portafolio de Servicios Programa Rehabilitación Cardiaca

La rehabilitación cardíaca comprende el conjunto de acciones médicas dirigidas a los pacientes cardiovasculares, con el objeto de llevarlos a un mejor estado posible en su condición física, psíquica y social ayudándolos a recuperar un rol activo dentro de la sociedad y a disminuir las tasas de morbimortalidad de estos pacientes.
El programa de Rehabilitación cardiaca combina la actividad física, los programas educativos sobre los factores de riesgo de la enfermedad coronaria (tabaquismo, obesidad, hipertensión, stress) y las terapias de apoyo psicológico de con el fin de que el paciente haga una modificación en sus hábitos, facilitando su motivación y la adherencia a nuevos estilos de vida más saludables con el objeto de mejorar su calidad de vida.

Indicaciones

- Pacientes con Síndrome Coronario Agudo
- Cardiopatía dilatada
- Arritmias cardiacas
- Estenosis aórtica crítica
- Miopericarditis o pericarditis
- Embolismo reciente
- Tromboflebitis

Equipos Especializados

- Banda sin fin, bicicleta estática y elíptica
- Monitor

Personal de salud que interviene en la atención

Enfermera Jefe con experiencia.
Cardiólogo con especialización en rehabilitación cardiaca.
Auxiliar de enfermería con experiencia.
Apoyo psicológico a través de convenios realizados con la Facultad de Psicología de la Universidad Javeriana.

Todos los derechos reservados.