



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**



IMPACTO PSICOSOCIAL EXPRESADO POR MUJERES POST TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CORONARIO. UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Autor:
Lic. Enf. Gabriela Dotti

Tutor:
Prof. Agda. Mag. Annalet Viera

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2018



Universidad
de la República



IMPACTO PSICOSOCIAL EXPRESADO POR MUJERES POST TRATAMIENTO
ENDOVASCULAR CORONARIO.

UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Autora: Licenciada en Enfermería Gabriela Dotti

“Tesis para la obtención del título de Magister en Salud Mental en el marco del Programa de la
Maestría 2014”

Tutora: Prof. Agda. Mag. Annalet Viera

Montevideo, Noviembre 2018.

DICTAMEN DEL ACTO DE DEFENSA

Siendo las _____, del día _____ del mes _____ del año _____ en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, este tribunal compuesto por:

Presidente: _____

Vocales: _____

Tutor: _____

después de evaluar la tesis del aspirante: _____

Titulada: _____

y de evaluar la presentación y criterios del tesista, hace las siguientes consideraciones:

1. Sobre el acto de defensa.

2. Sobre las respuestas del tesista a los miembros del tribunal.

3. Sobre el cumplimiento de las normas de redacción y presentación.

4. Sobre la aplicación de la tesis y su contribución a la práctica social.

Por lo antes expuesto este tribunal acuerda otorgar la calificación de _____ al acto de defensa de la tesis referida y proponer se otorgue

el título de MASTER EN: _____

a: _____.

Recomendaciones: _____

Firman:

Vocal

Vocal

Presidente

AGRADECIMIENTOS

A Paco mi esposo y compañero de vida por su amor, apoyo y comprensión.

A Mateo por ser ese gran motor que me impulsa cada día.

A mis abuelos por todo lo que me enseñaron y guiaron mientras los tuve.

A Lucía mi hermana por su entusiasmo y confianza en mí.

A mis compañeros y colegas del Departamento de Salud Mental por ser un cable a tierra en muchas ocasiones.

Un especial agradecimiento a la Prof. Adj. Mag. Beatriz Capezzuto por compartir su saber, experiencia y materiales sobre la temática.

A la Prof. Adj. Mag. Laura Fascioli por su dedicación y apoyo permanente en la tutoría durante la etapa del protocolo de tesis.

A la Prof. Agda. Mag. Annalet Viera por su guía permanente y por no permitirme bajar los brazos como tutora en el proceso de tesis.

A los docentes de la Maestría en Salud Mental por sus conocimientos y por contagiar el entusiasmo a lo largo del cursado.

A la Directora de Biblioteca Beatriz Celiberti y a su equipo de trabajo, Mariela, Gabriela,

Adriana y Alejandra; Licenciadas Bibliotecólogas de la Facultad de Enfermería por su buena onda y disposición en todo momento.

Al Doctor Cesar Pardiñas, Director Técnico del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca por permitirme realizar esta investigación.

A las mujeres por acceder a participar en el proyecto.

A mis compañeros de maestría, recuerdo con cariño las jornadas de los viernes.

“Legítimamente le pedimos al pensamiento que disipe las brumas y las oscuridades, que ponga orden y claridad en lo real, que revele las leyes que lo gobiernan”.

Edgar Morín.

Introducción al Pensamiento Complejo

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

Ministerio de Salud	MS
Fondo Nacional de Recursos	FNR
Instituto Nacional de Cirugía Nacional	INCC
Enfermedad coronaria	EC
Fondo Nacional de Salud	FONASA
Enfermedad cardiovascular	ECV
Insuficiencia cardíaca	IC
Infarto agudo de miocardio	IAM
Síndrome coronario agudo	SCA
Cardiopatía isquémica	CI
Factor de riesgo	FR
Factor de riesgo cardiovascular	FRCV
Instituto nacional de estadística	INE
Organización Mundial de la Salud	OMS
Clasificación Internacional Enfermedades	CIE

RESUMEN

El principal objetivo de esta investigación ha sido indagar los cambios psicosociales que expresan haber tenido mujeres montevidéanas de entre 20 y 50 años de edad atendidas en el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca luego de haber transcurrido un año de realizado el tratamiento endovascular coronario.

Para alcanzar dicho objetivo se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológica con entrevistas semiestructuradas a través de un muestreo teórico hasta lograr criterio de saturación. La información se analizó con análisis de contenido desarrollando categorías y subcategorías.

Se cumplió con los preceptos éticos sobre la investigación en seres humanos. La participación de las mujeres entrevistadas fue confidencial y voluntaria previa firma de consentimiento informado.

Del análisis se destaca que los síntomas que refieren las mujeres no son los clásicos, no reconociéndolos como problema cardíaco y teniendo una demora en la consulta. Las vivencias durante el proceso de salud –enfermedad y el autocuidado– denotan en algunas de ellas la falta de concientización. El proceso de adaptación a la situación es un factor protector de su salud mental. La totalidad de las mujeres elaboró el duelo por la salud perdida en diferentes plazos.

Palabras Clave: Impacto /Impactue, Impacto Psicosocial / Psychosocial Impact, Identidad de Género / Gender Identity, Mujer / Women, Procedimiento Endovascular / Endovascular Procedures.

ABSTRACT ABSTRACT

The main objective of this research is to inquire into the declared psychosocial changes of Montevidean women, aged between 20 and 50 years old, that assist to the National Institute of Cardiac Surgery, after a year of having a coronary endovascular procedure. To reach this objective, a phenomenological qualitative interview was made through theoric sampling until saturation criterium was reached. The information was analyzed performing a content analysis of categories and sub categories.

The ethical precepts on research in human beings were fulfilled. The participation of the women interviewed was confidential and voluntary prior signing of informed consent.

The bibliographic search was carried out through the health descriptors (DECs), using as key words: impact, Psychosocial impact, gender identity, women, endovascular procedure.

The analysis highlights that the symptoms referred by women are not the classic ones, not recognizing them as heart problems and having a delay in the consultation. The experiences during the health process -disease and self-care- denote in some of them the lack of awareness. The process of adapting to the situation is a protective factor of their mental health. All women worked through grieving for the lost health in different timelines.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Problema de investigación	2
1.2 Justificación del problema de investigación	4
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo General	5
2.2 Objetivos Específicos	5
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	6
3.1 Teoría social de enfermería	6
3.2 Perspectiva de género	8
3.3 Proceso de enfermedad crónica	10
3.3.1 Proceso de adaptación frente a la enfermedad	10
3.3.1.1 Comportamientos adaptativos y no adaptativos ante los estados de salud y enfermedad.	11
3.3.2 Adulto joven	11
3.4 El corazón de la mujer	14
3.5 Tratamiento endovascular coronario	14
3.6 Papel de la psicocardiología en la mujer	15
3.7 Factores psicosociales	16
3.8 Aislamiento social, falta de apoyo social y trastorno social	16
3.9 Estrés vital y presión laboral	17
3.10 Determinante social: situación socioeconómica	17
3.11 Tensión nerviosa aguda	18
3.12 Paradigma de Enfermería	19

CAPÍTULO 4. ANTECEDENTES	22
4. 1 Antecedentes Internacionales	22
4. 2 Antecedentes Nacionales	35
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA	38
5. 1 Estrategias de búsqueda de literatura científica sobre el tema a investigar	38
5. 2 Características de la investigación	38
5.2.1. Procedimiento	39
5. 2. 2 Descripción de las mujeres participantes	40
5. 2. 3 Criterios de inclusión	40
5. 2. 4 Herramienta metodológica: entrevista semi estructurada	40
5. 2. 5 Contexto	41
5. 2. 6 Método de análisis	42
5. 2. 7 Consideraciones éticas	42
CAPÍTULO 6. RESULTADOS	44
6. 1 Categorías de análisis	45
6. 1. 1 Categoría N°1: Reconocimiento de sintomatología	45
6. 1. 2 Categoría N°2: Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel familiar	46
6.1. 3 Categoría N°3: Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel social y laboral	46
6.1. 4 Categoría N°4: Aspectos psicológicos:	46
6. 1. 5 Categoría N°5: Autocuidado	46
6. 2 Caracterización de las mujeres entrevistadas	46
6. 2 Análisis de Contenido según las categorías halladas	46
6. 2. 1 Reconocimiento de sintomatología	47
6. 2. 2 Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento familiar.....	49

6. 2. 3 Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento social y laboral	51
6. 2. 4 Aspectos psicológicos	53
6. 2. 5 Autocuidado	56
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN	58
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES	62

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo N° 1: Estadios de Erick Erikson de desarrollo psicosocial

Anexo N° 2: Enfermedades del Sistema Circulatorio por la Organización Mundial de la Salud en la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Anexo N° 2: Enfermedades del Sistema Circulatorio por la Organización Mundial de la Salud en la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Anexo N° 3: Percepción sobre causas de muerte más importantes en Uruguay 2014

Anexo N° 4: Aval del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca

Anexo N° 5: Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería

APÉNDICE

Apéndice N° 1: Tabla de búsqueda bibliográfica para antecedentes internacionales

Apéndice N° 2: Tabla de búsqueda bibliográfica para antecedentes nacionales

Apéndice N° 3: Información a las usuarias participantes

Apéndice N° 4: Consentimiento informado explicado y aplicado a las mujeres de la muestra (que participaran de la investigación)

Apéndice N° 6: Ficha de transcripción de entrevista

Apéndice N°7: Categorías y subcategorías de análisis

Apéndice N° 8: Tabla de expresiones analizadas según categorías

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

La escasa investigación existente en Uruguay en relación a cambios en la salud mental de las mujeres luego de un evento coronario (EC) y del tratamiento endovascular coronario recibido, llevó a reflexionar a la investigadora sobre la importancia de contemplar los aspectos psicosociales en la población femenina que transitó por estas situaciones.

Para ello la pregunta problema que se planteó fue: luego del tratamiento endovascular, ¿se producen cambios en los aspectos psicosociales de este grupo de mujeres? Si se producen, ¿cuáles son los que las mujeres del grupo estudiado expresan?

El objetivo de la presente investigación ha sido indagar si las mujeres entre 20 y 50 años de edad que se atendieron en un centro de medicina altamente especializado de la ciudad de Montevideo manifiestan haber tenido repercusiones psicosociales luego de un año de haber recibido tratamiento endovascular coronario.

Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológica en base a entrevistas semiestructuradas y con análisis de contenido.

A nivel mundial y nacional la principal causa de muerte en el género femenino son las patologías cardiovasculares, sin embargo a pesar de ello, la población de nuestro país en general aún continua considerando que el cáncer es la principal causa de defunción en mujeres uruguayas ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²⁾ en el año 2013 planteó que a nivel mundial las enfermedades cardiovasculares, a menudo consideradas un problema “masculino”, son la principal causa de muerte entre las mujeres.

Se realizó una extensa búsqueda bibliográfica en un rango de 10 años donde se observó que no se cuenta con trabajos de investigación en Uruguay desde una perspectiva en salud mental y de género de lo que expresan sentir las mujeres que transitaron por un evento coronario y el

tratamiento endovascular coronario posterior.

Si bien se conocen cuáles son aquellos factores de riesgo cardiovascular para el desarrollo de la patología cardíaca y las estrategias terapéuticas y de cuidado que se deben implementar luego del evento coronario, no se han realizado investigaciones acerca de los cambios en la salud mental que pueden sufrir este grupo de mujeres.

Tanto la *American Heart Association* (AHA) como la *European Society of Cardiology* (ESC) han lanzado campañas y guías para atender de manera integral y apropiada a la mujer que transcurre por estos eventos. Se plantea que el estrés psicosocial que puede padecer y/o sufrir la mujer moderna trabajadora, siendo cada vez más jefas de hogar, tiene un impacto agregado sobre el estrés de la vida cotidiana ⁽³⁾.

D. Sancho Cantus ⁽⁴⁾ plantea que para el 2050 la mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) será un 30% más elevada en las mujeres que en hombres, no obstante se sigue temiendo más al cáncer. Continuando con el autor mencionado, resalta que en relación a la incidencia de la cardiopatía isquémica en la mujer, diversos estudios respaldan la hipótesis de que esta enfermedad no sólo mata anualmente el doble de mujeres que todos los tipos de cánceres juntos, sino que también se constituye en la principal causa de discapacidad en la mujer.

1.1 Problema de investigación

A lo largo de la trayectoria profesional de la investigadora como licenciada en Enfermería en áreas de cuidados intensivos coronarios fueron muchas las veces que se tuvo la oportunidad, desde la observación clínica y desde el acompañamiento en el proceso salud – enfermedad, de trabajar con usuarias con eventos cardíacos, viendo en ellas el miedo y/o temor a lo que serían sus vidas luego del evento, a la “dependencia”, frustración, al replanteo de cambios en la cotidianeidad.

Debido en parte a la vertiginosidad que se vive en estos tiempos modernos, sumado a los factores de riesgo, las enfermedades cardiovasculares (ECV) han cobrado protagonismo. Esa situación, en la cual está inserta “la población” hace necesario que a la salud del individuo se le brinde atención en todos los aspectos, biológico, psicosocial, cultural, psicológico y/o mental. Esto resulta en un gran desafío para los equipos de salud en general y para el personal de enfermería en particular. Desde la metodología cualitativa se buscó conocer la opinión de las mujeres que participaron de la investigación, teniendo en cuenta cómo han sido sus vivencias respecto al evento coronario padecido. A nivel nacional, no existen estudios que contemplen la importancia del impacto psicosocial del mismo en la vida cotidiana posterior al evento de las mujeres que han transitado por esta experiencia. Los estudios nacionales a los cuales se tuvieron acceso, sobre la patología y su posterior tratamiento endovascular cardíaco, son cuantitativos, donde quedan claramente definidos los factores de riesgo (FR) para la enfermedad y la adhesión al tratamiento, englobando la necesidad de una vida saludable (ejercicio, no tabaquismo, etc.), en la población en general, sin diferenciar hombres de mujeres.

Para esta investigación algunas preguntas orientadoras han sido: las mujeres luego del tratamiento endovascular recibido: ¿que vivencias experimentan?; ¿cuáles son sus miedos o temores: al dolor, a las secuelas, a la muerte?

En esta investigación se tuvo en cuenta la siguiente pregunta, intentando dar respuesta a la temática que se investiga: luego del tratamiento endovascular, ¿se producen cambios en los aspectos psicosociales de este grupo de mujeres? Si se producen, ¿cuáles son los que las mujeres del grupo estudiado expresan?

1. 2 Justificación del problema de investigación

La relevancia de esta investigación se basa en que no se han encontrado en nuestro país investigaciones referidas a la repercusión del tratamiento endovascular coronario en la salud mental y social de estas mujeres.

En la revisión bibliográfica realizada a nivel nacional no se encontraron trabajos con metodología cualitativa sobre la problemática a investigar.

La mayor producción bibliográfica sobre la temática se encuentra enmarcada en la cuantificación de los factores de riesgo cardiovascular y de los cambios en los estilos de vida saludable, por lo cual, se planteó una visión integradora que permitiera conocer la percepción de estas mujeres en pro de brindar un cuidado de calidad. Es así que se consideró de interés conocer lo que sienten las mujeres luego del evento coronario y el tratamiento endovascular coronario recibido y cómo puede afectar ello en su vida personal, familiar, laboral, etc.

Se pretende contribuir con esta investigación en destacar la importancia y necesidad de tomar al ser humano desde una mirada basada en el cuidado integral, cuidado que caracteriza a enfermería; teniendo en cuenta que más allá de la educación y rehabilitación que se les brinda, dependerá también en gran medida de la fortaleza personal de cada una de ellas y del apoyo tanto familiar, como social y psicológico que reciban.

Se investigó desde la perspectiva de la salud, contemplando cómo han evolucionado, como se han reintegrado a su vida habitual (familiar, laboral, etc.), teniendo en cuenta la importancia de la enfermedad coronaria como problema de salud pública y como meta en el cuidado de enfermería, analizando el comportamiento desde las propias mujeres y de cómo han percibido el acontecimiento cardíaco.

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Indagar los cambios psicosociales que expresan haber tenido mujeres montevidéanas de entre 20 y 50 años de edad atendidas en el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca luego de haber transcurrido un año de realizado el tratamiento endovascular coronario.

2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar si las mujeres de la muestra expresan haber pasado por cambios psicosociales luego de un año de haberse realizado un tratamiento endovascular coronario.
2. Describir dichos cambios.

CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

3.1 Teoría social de enfermería

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, esta investigación se apoya en la teoría social de S. Malvarez. Tomando el pensamiento de dicha autora citamos que la enfermería es:

“Una profesión del campo de las ciencias sociales cuyo objeto de estudio es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud y en la experiencia de vivir”⁽⁵⁾.

Con este pensamiento se busca conocer a las mujeres desde una mirada más allá de lo biológico y del tratamiento recibido luego de un evento coronario.

Continuando con la línea de esta autora, en su artículo “El reto de cuidar en un mundo globalizado” plantea que la enfermería posee como razón social el cuidado profesional, condición esencial y humana. Por ello debe tener responsabilidad ética, pensamiento crítico para dar respuesta a las necesidades de la comunidad, se debe reconocer que la “Sociedad del Conocimiento” trae consigo el desarrollo de enfermedades crónicas entre ellas ECV y el padecimiento de trastornos mentales siendo éstas, preocupaciones a nivel comunitario y de los sectores sanitarios⁽⁶⁾.

C. Mozo citando a E. Menéndez refiere:

“Que el proceso de salud/enfermedad/atención es un proceso estructural, cuya resolución es necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad, haciendo énfasis en el sistema de desigualdades sociales para poder comprender así la propia vida social”⁽⁷⁾.

Reconociendo así que durante el proceso de enfermar, ser tratado, cuidado, se apoya y educa al usuario; también es necesario tener la capacidad de reconocer que todos los individuos se reinsertan en diferentes ámbitos familiares, laborales, lo que de alguna manera pueda implicar en

algunas de ellas dificultades en la elaboración del proceso salud - enfermedad.

Por otra parte la autora C. Mozo citando a Joan Scott plantea que:

“En nuestra sociedad las relaciones son relaciones estructurales vehiculadas por el poder en la medida en que ocupar una posición de sexo u otro, con independencia de nuestra voluntad, provoca que tengamos un acceso diferencial y desigual a los recursos tanto materiales como simbólicos de nuestra sociedad” ⁽⁷⁾.

La autora plantea la importancia que tienen las diferencias sociales y las diferencias de género al momento de tener acceso a diferentes servicios de atención. Considerando que en todo desarrollo humano se hará presente en algún momento el padecimiento, es ineludible que la población como conjunto social puedan percibirlo como una amenaza. Es por ello la importancia que tiene el poder entender a estos sujetos y el sentido que los mismos le otorgan a la patología cardiovascular y al tratamiento endovascular recibido.

Partiendo de la definición de salud de la OMS como *“el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”* ⁽⁸⁾, y de la salud mental como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, para afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera contribuyendo con aportes satisfactorios a su comunidad”*; es de interés para la investigadora conocer las vivencias experimentadas por el grupo de mujeres participantes en la investigación con el fin de trabajar en el fortalecimiento de las mismas.

Esta definición de salud va más allá de lo biológico pues engloba la salud mental y social, pero se presta al ideal de salud sin contemplar la individualidad de cada persona respecto a lo que cada uno considere por salud ideal.

B. Botero de Mejía⁽⁹⁾ menciona que la OMS define la “calidad de vida” como la percepción del

individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. El mismo es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

3.2 Perspectiva de género

Esta investigación tiene un abordaje desde la perspectiva de género tomando diferentes conceptos.

La OMS plantea que es la forma de referirse a la organización social de las relaciones entre sexos, percibiéndose una desigualdad entre masculino y femenino.

“Los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres”⁽¹⁰⁾.

La Real Academia Española (RAE) plantea que la palabra género proviene del latín, *genus*, -eris y significa *“grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico”⁽¹¹⁾.*

Por otra parte se entiende por género a la construcción social e histórica de carácter relacional, configurada a partir de las significaciones y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres. Constituye una serie de asignaciones sociales que van más allá de lo biológico/reproductivo, a partir de las cuales se adjudican características, funciones, responsabilidades y derechos, es decir, “modos de ser” y “actuar” diferenciales para varones y mujeres. Implica relaciones, roles e identidades activamente construidas por los sujetos a lo largo de sus vidas, históricamente produciendo y reproduciendo relaciones de desigualdad social ⁽¹¹⁾.

Debora Tajer, Doctora en Psicología y especialista en estudios de género de la Universidad de

Buenos Aires, como referente regional en su obra “El corazón de las mujeres”, plantea que las mujeres a pesar de padecer eventos coronarios igual que los hombres, con una diferencia de 10 años en la presentación, son diagnosticadas y tratadas en forma diferente, debido en parte al modo de presentación clínica inespecífica, a como consultan, a la tardanza de la consulta, a la “queja” que muchas veces presentan dificultando la entrevista con el profesional sanitario, convirtiéndose en un riesgo psicosocial diferente para el padecimiento de esta patología¹.

Otro punto importante son las diferencias socio económicas, dadas en que aquellas mujeres que son amas de casa se suponía poseían factores de protección al no estar expuestas al trabajo remunerado, competitivo, estresante y con grandes horas de jornal, sin embargo son sobre exigidas, presentando el “síndrome de súper mujer” (imprescindibles y multifuncionales)¹.

Por otro lado, las mujeres de los niveles socio económicos medio alto son competitivas, autosuficientes, se caracterizan por la auto exigencia, y por estar insertas en esta época posmoderna, de la inmediatez, culto a la estética, valorizando la autonomía, convirtiéndose también en un importante riesgo cardiovascular denominadas por la autora como “mujeres masculinizadas”. A su vez, la autora plantea que este problema de salud pública fue considerado como enfermedad de género masculino durante la primera mitad del siglo XX, a partir de la segunda mitad de ese siglo se da un importante cambio al constatarse el aumento de la incidencia en la población femenina y este padecimiento.²

Igualmente en el imaginario, la enfermedad coronaria se sigue considerando una patología del hombre en edad productiva.

D. Tajer en el 2013 publicó en la revista Argentina de Cardiología una carta al editor enmarcada

¹ Comunicación personal con Tajer D. Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Material compartido por la autora con la investigadora vía correo electrónico el 01 de setiembre de 2017.

² Comunicación personal con Tajer D, Carta al editor en Rev Argent Cardiol 2013; 81:295-296. Material compartido por la autora con la investigadora vía correo electrónico el 01 de setiembre de 2017.

en la importancia de las desigualdades de género de las mujeres respecto a los hombres dadas por determinadas formas de vivir, de enfermar, consultar, ser atendidas, tratadas y de morir³.

3.3 Proceso de enfermedad crónica

B. Capezzuto plantea que la patología crónica acompañará al individuo a lo largo de su ciclo de vida, marcando y simbolizando tanto al paciente como a su familia, siendo éste un fenómeno bio – psico – social – cultural ⁽¹³⁾.

Las características propias de la edad incidirán en la forma de asumir la situación de vida (niñez, adolescencia, adultez) y en las connotaciones que puede adquirir la enfermedad.

Continuando con la autora plantea que la personalidad previa (flexibilidad, rigidez) del individuo facilitará o dificultará el enfrentamiento a la misma.

El soporte social, material, familiar, de información actuarán como factores de protección facilitando la adaptación a la situación, disminuyendo aquellas conductas de sobreprotección y de negación que se puedan experimentar ⁽¹³⁾.

En estas usuarias se van a dar reacciones emocionales y mecanismos de defensa en un proceso de adaptación que tendrá una duración entre 3 y 6 meses, en los cuales se procesará el duelo por la salud perdida ⁽¹³⁾.

3.3.1 Proceso de adaptación frente a la enfermedad

El diagnóstico de una patología crónica provoca un quiebre en lo que pueden ser los proyectos de vida de cada individuo al igual que provoca cambios en la dinámica familiar.

Es de esta forma que se presenta una cascada o circuito de reacciones de adaptación o de desadaptación a la situación de enfermedad ⁽¹³⁾.

³ Comunicación personal con Tajer D. Carta al editor en Rev Argent Cardiol 2013; 81:295-296. Material compartido por la autora con la investigadora vía correo electrónico el 01 de septiembre de 2017.

3.3.1.1 Comportamientos adaptativos y no adaptativos ante los estados de salud y enfermedad.

Primeramente se da una situación de shock donde el individuo al conocer la noticia se “defiende” utilizando mecanismos inconscientes presentándose la negación, la racionalización entre otros, pero que a su vez le permitirán salir de esa situación de shock.

Se comenzarán a presentar diferentes sentimientos en el individuo como ser la tristeza, rabia, iniciando así el duelo por dejar de ser una persona sana. Esa situación de rabia puede llegar a ser proyectada al medio, a los familiares, al equipo de salud al no poder soportar la situación que se está viviendo.

A partir de ahí puede venir un período de resignación, en donde ya no importa lo que vendrá, lo que sucederá, no hay confianza en poder salir adelante.

Luego vendría la aceptación, dándose oportunidades de cambios y mejoras para una calidad de vida satisfactoria.

Este circuito de reacciones es bidireccional pudiéndose repetir frente a descompensaciones pero con diferente intensidad dado que ya se produjo la aceptación y adaptación a la situación.

La tristeza puede llegar a dar paso a la depresión cuando se da una negación profunda de la situación al igual que cuando la rabia no se exterioriza.

La intensidad de los cambios que sufre la persona son generadores de estrés donde el apoyo social tendrá un rol preponderante brindando confianza y ayudando a una buena adaptación ⁽¹³⁾.

3.3.2 Adulto joven

Respecto a la definición y clasificación de adulto joven o mujer joven no se encontró información de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni tampoco de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para poder explicitar cómo se define a la población que se

investigó se plantea lo expuesto por autores con trayectoria en la psicología evolutiva.

De acuerdo a lo planteado por J. Palacios, acerca de la clasificación de la adultez, la misma se subdivide en tres etapas: adultez temprana (desde los 25 años a los 40 años), adultez media (de 40 años a 65 años) y adultez de los 65 años en adelante ⁽¹⁴⁾.

Para D. Amorín, existen también tres subdivisiones: adultez joven (década de los 20 años hasta el comienzo de los 30 años), adultez media (hasta promediar los 40 años) y adultez tardía (hasta aproximadamente los 65 años) y luego la etapa de la vejez ⁽¹⁵⁾.

G. Jiménez Sánchez ⁽¹⁶⁾ plantea que cada etapa de la vida desde diferentes miradas permite identificar aquellas características que pueden ser alcanzadas desde el punto de vista social, físico, emocional, intelectual y cognitivo. A su vez, cada etapa o período del desarrollo humano está relacionado a otros aspectos como ser la geografía, el clima, la alimentación y la cultura.

Esta autora plantea que la etapa adulta temprana se da entre los 20 y los 40 años, siendo una de las etapas con mayor plenitud del ser humano, se asimila el rol en la comunidad, lo vocacional y la aceptación de la imagen corporal, lo sexual, orientación e identidad. Es un miembro activo en la sociedad, productivo y se plantea el bienestar económico personal y familiar ⁽¹⁶⁾.

Los adultos constituyen generalmente el porcentaje de población más sana, encontrándose en la cima de la curva de desarrollo normal ⁽¹⁶⁾.

Las afecciones cardíacas suelen aparecer en el rango de edad entre los 35 y 44 años de edad, destacándose en esta etapa las relaciones de igualdad y reciprocidad con una vida personal y laboral ⁽¹⁶⁾. La edad adulta media es un término nuevo debido a la longevidad de las personas.

Abarca el período de vida entre los 40 años y los 60 años de edad, donde los cambios físicos se dan paulatinamente acentuándose en la mujer con la llegada de la menopausia ⁽¹⁶⁾. En esta etapa se hacen presentes las enfermedades físicas, emocionales, desórdenes nerviosos y mentales,

también se evidencia un mal funcionamiento en el sistema circulatorio como la presión arterial, ataques cardíacos, etc. G. Jiménez Sánchez comenta que las tres principales causas que conducen a la muerte entre los 35 y 54 años de edad son el cáncer, enfermedades del hígado, accidentes y el corazón ⁽¹⁶⁾.

Como factores psicosociales se tendrán en cuenta los planteados por Erick Erikson y su “Teoría del desarrollo psicosocial” con una perspectiva evolutiva. El autor divide el ciclo vital en ocho estadios donde el estadio VI corresponde al adulto joven (de 20 a 30 años de edad) y el estadio VII corresponde al adulto (de 30 a 50 años de edad), (Anexo N°1). Ambos estadios se caracterizan por la asociación con el amor, el trabajo, la salud, por la formación, educación, creatividad, bienestar y cuidado, confianza, esperanza (amor, familia, profesión, religión), autonomía y libertad. La teoría de Erickson tiene un marcado carácter psicosocial y los cambios y la evolución de la persona se producen a lo largo del ciclo vital. Cada estadio está marcado por una crisis de carácter psicosocial, donde se aprecian los patrones de comportamiento acordes a cada edad ^(17, 18,19).

R. Bernardi y T. Ceretti en el protocolo de identificación de factores psicosociales definen el impacto o problema psicosocial como *“aquellas condiciones psíquicas o sociales del paciente que sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, constituyen situaciones que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo, requiriendo del equipo asistencial una actitud de vigilancia o algún tipo de intervención sobre el paciente o su entorno”* ⁽²⁰⁾.

S. Minayo habla de H. Gadamer, y como la vivencia constituye una elaboración que hace el individuo sobre los fenómenos que experimenta, en base a su personalidad, experiencias previas, capacidad de reflexión, intereses y lugar en la sociedad ⁽²¹⁾.

3.4 El corazón de la mujer

En el año 2017, D. López Rosetti⁽²²⁾ planteó que los síntomas coronarios en la mujer son atípicos, cansancio, agotamiento, falta de aire y trastornos digestivos. La obstrucción coronaria en una mujer puede incluir dolor de espalda, indigestión, angustia, dificultades para dormir. Puede decirse que el dolor de pecho de origen cardíaco conjuga el dolor físico opresivo con la vivencia emocional de angustia o ansiedad equivalente del miedo y la aprehensión. En la mujer es más frecuente encontrar síntomas de orden emocional como componente en la angina de pecho, ansiedad, angustia, miedos y nerviosismo⁽²²⁾. Durante el período fértil las mujeres tienen cierta protección contra las enfermedades cardíacas debido a los estrógenos. Luego en la menopausia el nivel de los mismos disminuye aumentando paulatinamente la frecuencia de enfermedades cardiovasculares sumado a los factores de riesgo como el estrés y el tabaquismo⁽²²⁾. Otro punto a tener en cuenta es que en muchos casos la mujer se ve sobrecargada por su rol ancestral e histórico del cuidado de la familia más el agregado de su expansión económica y personal⁽²²⁾. Están documentados los beneficios⁽²²⁾ que el matrimonio y la vida estable y armónica en pareja ejercen sobre la salud y el bienestar. Como contrapartida la soledad y el aislamiento social resultan negativos para la salud de las personas⁽²²⁾.

D. López Rosetti planteó claramente que la sintomatología cardíaca en el género femenino está marcada por una presentación diferente lo que conlleva a subdiagnosticar, o tardar en diagnosticar correctamente, el evento coronario.

3.5 Tratamiento endovascular coronario

La cardiología intervencionista al igual que la cirugía cardíaca son procedimientos que permiten la revascularización miocárdica donde se constata que existe isquemia miocárdica. En esta investigación se tuvo en cuenta como procedimiento de revascularización miocárdica a la

angioplastia percutánea transluminal coronaria (APTC).

La angioplastia coronaria es un procedimiento endovascular que busca la revascularización de la coronaria afectada mediante el uso de catéteres, dilatación por medio de balones y colocación de stent haciendo uso de la radioscopia para guiar el paso por las arterias ⁽²³⁾.

3.6 Papel de la psicocardiología en la mujer

La psicocardiología surge como un área diferenciada de la psicología de la salud en 1959 con Meyer Friedman y Ray Rosenman quienes reconocieron la conjunción de factores biofisiológicos y un patrón de conducta relacionado con la patología cardiovascular. Se entiende por psicocardiología a la disciplina que atiende los aspectos psicológicos en pacientes con patología cardíaca desde el punto de vista de la prevención, rehabilitación, en diferentes presentaciones (agudo o crónico), las emociones y comportamientos que puedan derivar de la internación y de los diferentes procedimientos que muchas veces se realizan incluyendo a la familia como red de apoyo.

“Una disciplina que debe centrarse en todos los aspectos psicológicos que se encuentran relacionados con cualquier padecimiento cardíaco, no solo en los que conciernen a la prevención primaria o secundaria de la enfermedad coronaria y su rehabilitación, sino también a las que aparecen relacionadas con procedimientos invasivos, los que derivan de la hospitalización en fase aguda del padecimiento y estados críticos de gravedad del enfermo que crean malestar psicológico, y por ende, la aparición de emociones negativas, a los comportamientos sexuales y su relación con los padecimientos coronarios. Conjuntamente, es necesario incluir a la familia, al ser ésta en primer lugar, cuna de aprendizaje de estilos de vida, en segundo lugar, porque se establece como agente de apoyo social y es facilitador del cambio, además de ser sujetos que se involucran de manera directa en el complejo entramado de las

enfermedades cardíacas por marcadores genéticos, y por la herencia social que se trasmite de generación y que da lugar a la aparición de factores de riesgo conductuales y emocionales. Exige además el diagnóstico de posibles secuelas de estas enfermedades sobre los procesos cognitivos de los enfermos coronarios y el enfoque de género en el estudio de intervención de cualquiera de los procedimientos cardiovasculares”⁽²⁴⁾.

3. 7 Factores psicosociales

La interacción de factores psicológicos y bioconductuales con la cardiopatía es compleja. Varios factores de riesgo cardiovascular se relacionan con la conducta por lo que se les trata con su modificación⁽²⁵⁾.

Se cree que el estrés agudo y crónico “desencadenan” el infarto agudo de miocardio. Las redes y el apoyo social influyen en el pronóstico de la patología. La falta de apoyo social se asocia con un peor pronóstico tanto en hombres como en mujeres, pero su impacto puede ser mayor en mujeres ya que éstas tienen más probabilidad de sobrevivir a sus parejas y vivir solas. La depresión es un factor independiente de riesgo de un mal pronóstico después de un suceso cardíaco o de una intervención quirúrgica en las mujeres, y el pronóstico cardiovascular puede mejorarse con un tratamiento específico⁽²⁵⁾.

Estos factores suelen ser psicosociales y pueden asociarse con patrones de vida poco saludables. El estrés vital puede estar asociado con el tabaquismo, el aumento del consumo de alcohol y una mayor masa corporal; la gente con menos apoyo social es menos propensa a dejar de fumar y a cumplir adecuadamente las indicaciones médicas⁽²⁶⁾.

3. 8 Aislamiento social, falta de apoyo social y trastorno social

Se ha estudiado que estar casado, tener contacto regular con los amigos y pertenecer a

organizaciones se asocia a niveles más bajos de cardiopatía. El aislamiento y la falta de apoyo social (vivir solo, tener pocos amigos o familiares, no pertenecer a organizaciones como por ejemplo un club) se asocian con la incidencia de cardiopatía y un peor pronóstico luego del primer diagnóstico de la enfermedad, por lo que presentan una mayor tasa de recurrencia de IAM y de IAM letal y mortalidad cardíaca de cualquier causa que los que están mejor integrados socialmente ⁽²⁶⁾.

3.9 Estrés vital y presión laboral

Los estudios en humanos, a diferencia que en animales, se centran en dos formas diferentes de estrés: eventos fundamentales de la vida que interfieren en la capacidad de adaptación del individuo (divorcio, mudanzas, dificultades económicas, implicación en problemas legales) y frustraciones. Cuando se estudian los acontecimientos estresantes de la vida cotidiana, la presión laboral ocupa un papel destacado. La presión laboral se define como la combinación de un elevado nivel de exigencias con escasa autonomía o control sobre las condiciones de trabajo y la amenaza de la pérdida del trabajo ⁽²⁶⁾.

3.10 Determinante social: situación socioeconómica

El estado de salud en general se relaciona con la posición socioeconómica, las personas con una mala posición tienen mayores tasas de cardiopatía y peor pronóstico tras sufrir un IAM. Una baja situación socioeconómica (valorada por la educación, trabajo, ingresos) predispone prospectivamente a las personas sanas a padecer cardiopatía y empeora el pronóstico de quienes ya tienen la patología. También influye en algunos grupos sociales la mala alimentación y las dificultades para acceder a una atención médica adecuada. Los eventos vitales estresores, la presión en el trabajo, la ausencia de apoyo social contribuyen a la relación entre el nivel socio

económico y los eventos coronarios ⁽²⁶⁾.

3. 11 Tensión nerviosa aguda

La tensión nerviosa de aparición repentina tiene efectos negativos en el sistema cardiovascular.

La mortalidad por causa cardiovascular aumenta en el mes inmediatamente posterior a la muerte de un ser querido ⁽²⁶⁾.

El estrés agudo puede favorecer la cardiopatía mediante diferentes mecanismos:

- Aumenta la demanda miocárdica de oxígeno como consecuencia de las alteraciones hemodinámicas que provoca.
- Puede haber también una disminución del flujo coronario debido a vasoespasmos.

Cuando se logra mitigar el sufrimiento de las personas que padecen coronariopatía, en cualquiera de sus fases así como contribuir a la estabilidad de parámetros psicológicos y fisiológicos en el curso de la enfermedad, modulando la adherencia terapéutica y facilitando herramientas para hacer menos traumático el cambio del estilo de vida que exigen estos padecimientos, se está contribuyendo a la no recurrencia de la enfermedad y a elevar la cantidad y calidad de vida de los cardiopatas ⁽²⁷⁾.

Cuando se apoya al paciente se influye favorablemente en todos los estados emocionales, y en el funcionamiento neuropsicológico. Es preciso tener en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad cardíaca pero sin perder la perspectiva de género, pues el no contemplarlo dificulta al diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación ⁽²⁷⁾.

La hostilidad se considera un componente “tóxico” esencial de la personalidad coronaria.

También las situaciones de ira precipitan episodios cardíacos ⁽²⁸⁾. En la década de los 90 Denollet y Brutsaert propusieron un tipo de personalidad asociada a la patología coronaria: la personalidad tipo D.

La misma se define como:

“La interacción de afectividad negativa e inhibición social observada en la tendencia a suprimir, reprimir y contener el distrés emocional”⁽²⁸⁾.

El estrés negativo o distrés se vincula con la patología coronaria (ansiedad, depresión). El estrés social, el estrés laboral, cambios sociales, impactan en la salud. Los factores socioeconómicos también deben ser considerados, como la pobre nutrición, mínimo de cuidados médicos y mayor carga infecciosa. Se puede considerar a la enfermedad coronaria como una enfermedad resultado de un estilo de vida ⁽²⁸⁾. Se debe tener en cuenta diferentes elementos que pueden presentarse:

- Hostilidad
- Urgencia en el tiempo o impaciencia
- Competitividad y orientación al logro
- Desatención de síntomas de dolor
- Fatiga
- Control
- Indefensión

La enfermedad coronaria puede desencadenar cuadros depresivos o agravar los preexistentes aumentando el riesgo de mortalidad. La depresión, por sí misma o en asociación con otros factores de riesgo coronario, favorece la adopción de hábitos nocivos para la salud cardiovascular (tabaquismo, alcohol, sedentarismo), la hipofunción de los barorreceptores (reducción de la capacidad de amortiguar las variaciones tensionales) ⁽²⁸⁾.

3. 12 Paradigma de Enfermería

El cuidado con un enfoque holístico considera al ser humano como un todo, en su integralidad, con una perspectiva amplia y con un enfoque multidisciplinario. El vocablo paradigma proviene

del latín tardío: *paradigma*, y este del griego παράδειγμα *parádeigma* y significa:

“Teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento” ⁽²⁹⁾.

La etimología del término holismo se define como: holo- e -ismo *“Significa doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen”* ⁽³⁰⁾.

Con base en lo planteado por K. Mijangos-Fuentes sobre el paradigma de la complejidad de Edgar Morín que refiere a:

“Comprender a las personas enraizadas y contextualizadas en sus múltiples dimensiones sociales, biológicas, personales, psicológicas y de otra índole, conociendo su pasado, su presente y su interrelacionamiento con el entorno próximo” ⁽³¹⁾.

Este paradigma promueve la salud global y holística del ser humano, en esta investigación en particular la salud de las mujeres que se investigarán.

Los diferentes modelos y teorías de enfermería tienen como base el cuidado humanizado, tomando al hombre en forma integral, atendiendo los factores que afectan el desarrollo pleno (biológico, psicológico, espiritual, social, cultural, económico, etc.), brindando apoyo, una visión humana y multidimensional ⁽³¹⁾.

A nivel filosófico S. Rodríguez Jiménez habla respecto al cuidado de uno mismo para poder cuidar luego al otro citando a M. Foucault, donde el cuidado de sí se inicia desde el pensamiento griego “cuidate a ti mismo”, donde el individuo que cuida de sí mismo está en condiciones de relacionarse con los otros sosteniendo que:

“Si cuidáis de vosotros como es debido, si sabéis ontológicamente lo que sois capaces,...si sabéis cuales son las cosas de las que debéis dudar y de las que no debéis hacerlo, si sabéis lo

que es conveniente esperar, y cuáles son, y por el contrario, las cosas que nos ha de ser completamente diferentes, si sabéis en fin que no debes tener miedo a la muerte, pues bien si sabéis todo esto no podéis en este momento abusar de vuestro poder sobre los otros'⁽³²⁾.

Teniendo en cuenta la filosofía del cuidado enfermero considero que el cuidado de sí es una acción sustantiva para poder cuidar a otros.

Marie Françoise Collière plantea que hay tres tipos de cuidado: el cuidado de sí mismo, el cuidado del otro y el cuidado con otros, lo que significa que para poder cuidar a los demás es necesario desarrollar la conciencia de atender las necesidades propias ⁽³²⁾.

CAPÍTULO 4. ANTECEDENTES

La búsqueda bibliográfica se realizó en diferentes portales bibliográficos, bases de datos y sitios web como: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Pubmed, Lilacs, Scielo, Timbó, Cuiden, Dialnet, Redalyc, Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, Sociedad Uruguaya de Cardiología.

Las palabras clave utilizadas para dicha búsqueda fueron: Impacto /Impactue, Impacto Psicosocial / Psichsocial Impact, Identidad de Género / Gender Identily, Mujer / Women, Procedimiento endovascular / Endovascular Procedures.

La información bibliográfica se organizó en una tabla elaborada para tal fin correspondiente a los antecedentes internacionales y otra para antecedentes nacionales. (Apéndices N° 1 y 2)

4.1 Antecedentes Internacionales

A lo largo de la bibliografía consultada a nivel internacional queda claramente descrito que el padecer coronario en las mujeres está acompañado de desinformación, no toma de conciencia de la sintomatología, diferencias en el tratamiento farmacológico en relación al recibido por los hombres y demoras en el diagnóstico al consultar.

A su vez la autoexigencia de las mujeres respecto al cumplimiento del rol de madre, esposa, ama de casa, asalariada, repercute en el cuidado personal aumentando los riesgos de repetir los eventos coronarios.

Retomando a Erik Erikson y sus estadios vemos que la importancia que cada uno de ellos significa en el desarrollo del individuo se ven amenazadas por la falta de conocimiento de las mujeres frente a los síntomas de un posible evento coronario.

A nivel internacional existen varios estudios sobre morbi mortalidad en pacientes con patología cardiovascular, factores de riesgo, y tratamientos tanto en población masculina como en población femenina. No así en lo que respecta directamente a la experiencia y vivencia de las mujeres luego de un evento coronario (EC) y el tratamiento endovascular coronario recibido y su relación con la salud mental.

En el año 2006 D. Tajer⁽³³⁾ nos acerca a la realidad socio económico y cultural de las mujeres en la Argentina, donde a pesar de los grandes avances respecto a la independencia del género femenino aún se posicionan respecto a la salud personal en un segundo plano. La autora realizó un estudio exploratorio tomando en cuenta al género femenino y su aspecto psicosocial al enfrentar diferentes circunstancias vividas respecto a la experiencia de la cardiopatía isquémica. El mismo se cumplió realizando entrevistas a mujeres dentro de la franja etaria de 35 a 55 años, trabajando con grupos control y de casos, clasificándolos en diferentes niveles socioeconómicos (bajo, medio bajo y medio alto); concluyendo que el primer y segundo grupo (bajo y medio bajo), respondían a patrones tradicionales desde el punto de vista cultural como son la conyugalidad, maternidad y el trabajo. Con respecto a la sintomatología y la percepción de la misma tanto las mujeres como los profesionales actuantes subregistraron los síntomas, debido a la inespecificidad de los mismos constituyéndose en un factor de desigualdad de género e inequidad en la atención recibida⁽³³⁾. Respecto al tercer grupo (medio alto), se observaron mujeres con mucha personalidad, y con un ritmo de vida acelerado.

“En ambos grupos (grupo control y grupo de casos) se relaciona el evento con estresores y vulnerabilidad frente a situaciones específicas ligadas a la constitución del narcisismo de género femenino; para el sector de menos recursos que valora el desarrollo familiar y la pareja y para el nivel alto que incluye valores como el éxito, desarrollo propio, ideales estéticos, sin

abandonar las aspiraciones en el área de la familia y la pareja del modelo tradicional”⁽³³⁾.

Independientemente de las tareas a que se dedicaran las mujeres de los tres grupos, según el nivel socio económico bajo, medio y alto, todos coincidieron en el exceso de responsabilidad y cansancio además de que todas estas mujeres se caracterizaron por luchar en marcar una diferencia respecto a su herencia materna. Cuando se profundizó respecto a la vida familiar:

“...a las mujeres de los grupos sociales más bajos les fue transmitido como mandato vital la superación de las condiciones de vida de las madres, con contenidos del tipo: casarse por amor, tener una casa, hijos que estudien, posibilidades con las cuales no contaron sus madres”⁽³³⁾.

“Para las mujeres del grupo social más alto los contenidos del mandato rondó en torno a: “hacer algo de su vida” pero con un mensaje subliminal de que el desarrollo personal está en contradicción con el amor, y con el matrimonio como institución”⁽³³⁾. En todos los grupos se observó que el carácter y personalidad de estas mujeres se acompaña de frecuentes episodios de enojos. Respecto a la sexualidad si bien para los grupos de recursos socio económicos más bajos lo ven relacionado a la maternidad, el grupo medio alto luego del evento coronario no sienten confianza, no sintiéndose “atractivas”⁽³³⁾.

En 2009 en Chile, P. Castro et al.⁽³⁴⁾, realizaron un estudio del cual se desprende la importancia de la concientización respecto a los factores de riesgo cardiovasculares sumado al nivel socio económico y cultural. Fue un estudio prospectivo en 14 hospitales, con el objetivo de evaluar cual era el impacto de los factores socioculturales en las personas con insuficiencia cardíaca y su evolución post alta hospitalaria a través del registro ICARO entre los años 2006 - 2008.

Se recolectó información de 968 pacientes hospitalizados por eventos coronarios concluyendo que, a mayor edad era menor el estrato sociocultural predominando el género femenino y la etiología más frecuente fue la hipertensión arterial en ese mismo estrato ⁽³⁴⁾.

Melgarejo e Higuera ⁽³⁾ en Colombia en el año 2011 hicieron hincapié en las diferencias de género (femenino vs masculino) demostrando la importancia del seguimiento, tratamiento, rehabilitación y cuidado del corazón femenino planteando que desde la década del 70 del siglo XX se comenzó a observar, a nivel mundial, un aumento en la mortalidad cardiovascular en mujeres, planteándose como explicación que se trataba de mujeres menopáusicas de la generación de la postguerra. El aumento de la mortalidad femenina continuó prolongándose una década después a nivel mundial mientras que en la población masculina declinaba, la explicación fue que las mujeres eran de la generación de los años 60, años llamados de la “liberación femenina”. Aquí se puede pensar que se presentan dos opciones, por un lado ¿las mujeres se estresaban más luchando por su liberación o la liberación femenina las estresó más?

Las diferencias de género en salud son muy complejas. En la medicina actual la enfermedad coronaria es vista como una enfermedad que afecta más a la población masculina; la mayoría de las mujeres, e incluso los propios médicos, no son conscientes de que dicha enfermedad es la principal causa de la mortalidad femenina ⁽³⁾. Cabe destacar que la forma como se manifiestan los síntomas son diferentes en las mujeres con respecto a los hombres: ardor, molestia epigástrica, náuseas o fatiga. Otro punto clave es la consulta tardía de las mujeres ya que las mismas presentan un comportamiento y actitud diferente frente al dolor. Las mujeres por lo general toman el dolor del parto o el de la dismenorrea, como patrón, disminuyendo de forma subjetiva la percepción, intensidad e importancia del dolor precordial, se destaca también la diferencia en las arritmias que pueden presentar ⁽³⁾. Continuando con el artículo de Melgarejo y colaboradores

el pronóstico de ECV en la población femenina es aún más letal que en los hombres; las mismas reinfartan más, se rehospitalizan más por falla cardíaca y si se une a esto la diabetes puede hablarse de peores pronósticos ⁽³⁾.

D. Sancho Cantus ⁽⁴⁾, en España en el año 2011 llevó a cabo una revisión bibliográfica que a da inicio a su trabajo doctoral, cuya hipótesis es demostrar la importancia de la relación entre género femenino y patología cardiovascular, llegando a la conclusión del escaso conocimiento que poseen las mujeres frente a la patología cardíaca. La revisión bibliográfica incluyó artículos entre los años 2003 - 2009 sobre la enfermedad coronaria y el enfoque de género, allí se observó diferencias de género en la cardiopatía isquémica respecto a la manifestación clínica, al abordaje terapéutico y a la forma que tiene la mujer de responder frente a un evento cardíaco.

Para el año 2012 D. Sancho Cantus⁽³⁵⁾ presentó su tesis doctoral, cuyo objetivo fue describir desde la perspectiva fenomenológica y de género los procesos experimentados por mujeres diagnosticadas de una cardiopatía isquémica. Del análisis se desprendió, que las mujeres no saben reconocer los síntomas iniciales de la enfermedad coronaria lo cual condiciona su comportamiento frente al evento, relacionando los síntomas con estados nerviosos, u otro tipo de patología, y por tal motivo solicitando con demora asistencia especializada. Otro punto detectado en dicha investigación fue, que tras la enfermedad coronaria se presentaron modificaciones:

A nivel físico: la limitación como incapacidad para llevar a cabo de forma habitual algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

A nivel psicológico: cambios en el humor, acompañados de episodios de ansiedad y depresión.

A nivel social: cambios muy discretos, la mayoría de ellos auto impuestos por las propias mujeres, planteando que recibían más ayuda de los hijos.

Respecto al apoyo percibido durante la enfermedad la familia fue el mayor sostén.

En el año 2012 en Argentina, M. Barros et al. ⁽³⁶⁾ publicaron un estudio de cohorte del estudio GRACE, estudio multicéntrico internacional reclutando población entre los años 1999 - 2007, incluyéndose 2027 mujeres y 4708 hombres con síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del segmento ST concluyó que las mujeres fueron de mayor edad y con mayor proporción de insuficiencia cardíaca (IC) e hipertensión arterial (HTA), que los tratamientos medicamentosos (betabloqueantes y antiagregante plaquetario) fueron menores en las mujeres que en los hombres; al igual que el tratamiento endovascular coronario recibido. La frecuencia de coronariografía dentro de la población femenina fue de 41%, mientras que la de la población masculina fue de 52%⁽³⁶⁾. En lo referente a las primeras 24 horas durante el ingreso hospitalario, la frecuencia con que las mujeres recibieron tratamiento antiagregante fue menor en comparación con los hombres, del mismo modo fue significativamente menor el tratamiento con betabloqueantes. Se observó mayor incidencia de muerte en mujeres durante la internación en relación a los hombres ⁽³⁶⁾.

En Estados Unidos de Norteamérica en el año 2013 Abramsohn et al. ⁽³⁷⁾ llevaron adelante un estudio cualitativo realizando entrevistas a 17 mujeres en la franja etaria entre los 43 y 75 años, su objetivo fue profundizar el conocimiento acerca de la recuperación de la función sexual femenina tras un IAM y mejorar los resultados sexuales en las mujeres. Este estudio incluyó a mujeres del registro del estudio *Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients Health Status Registry* (TRIUMPH), sobre la actividad sexual en el año anterior al IAM. La muestra fue aleatoria y se incluyó a mujeres correspondientes a tres grupos (55 a 64, 65 a 74 y de 75 y más), donde todas las participantes fueron entrevistadas dentro de los 18 meses siguientes a completar el estudio TRIUMPH (media de 12 meses) o dentro de los 30 meses de su IAM (media de 24 meses) ⁽³⁷⁾. Del mismo surgieron temas específicos a analizar: la sexualidad y la recuperación, la reanudación de la actividad

sexual, comunicación médico – paciente sobre la actividad sexual y la iniciación, contexto, oportunidad. Se concluyó que las mujeres encuestadas eran sexualmente activas poco después del IAM incluso con preocupaciones sobre su seguridad relacionada con la función sexual ⁽³⁷⁾. En este estudio se observó el temor de las mujeres que vivenciaron al evento coronario como una experiencia traumática y potencialmente mortal.

En el año 2014 en Colombia, C. Padilla García y X. Sáenz Montoya⁽³⁸⁾ publicaron un estudio cuantitativo descriptivo que tuvo por objetivo describir las respuestas de las mujeres y la demora en el tiempo transcurrido entre el síndrome coronario agudo y la ayuda solicitada. En él se comprobó que el 44% de las mujeres demora más de seis horas para decidir ir a urgencias una vez iniciado los síntomas y un 18 % ignora por completo los síntomas. Otro punto destacado, es que el inicio de los síntomas es en su hogar asociándose esto con el retraso para llegar al hospital, al igual que cuando están acompañadas del esposo u otro familiar, no sucede lo mismo al encontrarse en el ambiente laboral con compañeros o alguien que no pertenezca al núcleo familiar ⁽³⁸⁾. Al ignorar los síntomas se observa que las mujeres anteponen el ejercicio de sus roles sobre su autocuidado, dejando de lado su propia salud. Otro factor que favorece a que se ignoren los síntomas es la edad avanzada, la ambigüedad de los mismos y la percepción de un buen estado de salud, hacen que las mujeres tengan mayor capacidad de control personal, de control de síntomas, de control de la situación por lo que las mismas conviven largo tiempo con la sintomatología ⁽³⁸⁾.

En el año 2014 C. Mejía Lancheros et al.⁽³⁹⁾ realizaron en España un estudio prospectivo longitudinal respecto al impacto de los factores psicosociales en la morbi-mortalidad en personas con síndrome coronario agudo, el mismo se encontraba integrado en el estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea) que se llevó a cabo desde octubre del 2003 hasta diciembre 2010. La edad media de los participantes fue de 67 años y el 57,5% fueron mujeres. En relación

a los factores psicosociales se destaca que: un 74,8% de los participantes logró educación primaria, un 18% tenía diagnóstico de depresión y solo un 10% contaba con un apoyo social débil ⁽³⁹⁾.

En el año 2015 en Colombia, D. Molina et al. ⁽⁴⁰⁾ realizaron una revisión de la literatura para mostrar aspectos relevantes en cuanto a: epidemiología, fisiopatología, clínica, pronóstico y estrategias terapéuticas de la depresión en el contexto de la enfermedad cardiovascular con énfasis en mujeres, “[...] destacándose que tras la depleción estrogénica hay un incremento en la prevalencia de la enfermedad cardiovascular, posicionándola como causa número uno de muerte en mujeres mayores de 65 años ⁽⁴⁰⁾. “The National Health and Nutrition Examination Surveys” (NHANES) aporta datos que muestran que en las dos últimas décadas la frecuencia de IAM en las mujeres ha incrementado en la mediana edad (35 a 54 años) en paralelo con hipertensión arterial y dislipemia. Los síntomas depresivos pueden ser considerados un factor predictor para el desarrollo del síndrome metabólico, en especial entre mujeres de mediana edad, considerando a la depresión como un fuerte predictor de incidencia y recurrencia de eventos cardiovasculares en las mujeres ⁽⁴⁰⁾.

En el año 2015 Valencia Micolta et al. ⁽⁴¹⁾ en Colombia realizaron una investigación cualitativa, en ocho ciudades de Colombia donde se incluía a 23 mujeres con antecedentes de malestar y dolor torácicos en el período 2010 – 2011. Fueron abordadas allí las condiciones de desigualdad como: empleo, educación, género, etnia, violencia, etc. partiendo que las mismas desencadenan la aparición del síndrome coronario, angina e IAM en la mujer. Como objetivo fundamental buscaron determinar los factores socioculturales y económicos que afectan la aparición de síntomas de angina en mujeres. Concluyeron que los mismos se relacionaban con antecedentes fisiológicos, con el entorno familiar y social ⁽⁴¹⁾. Otro punto a destacar fue que el modo de vida

de las mujeres con síndrome coronario agudo es un factor influyente en el empeoramiento de los síntomas. Las entrevistadas plantearon cumplir con sus tareas laborales a pesar de la presencia de síntomas, y que únicamente recurrieron en busca de ayuda al verse agotada su capacidad de resistencia ⁽⁴¹⁾.

En el año 2016 C. Vetter et al.⁽⁴²⁾ en Estados Unidos de Norteamérica realizaron un estudio prospectivo en una población de enfermeras que trabajaban en el turno nocturno, el objetivo fue determinar si el trabajo nocturno está asociado con el riesgo de cardiopatía coronaria en las mismas. Inicialmente se incluyeron 189.158 mujeres seguidas durante 24 años en dos cortes, con antecedentes de IAM. En el primer grupo presentaron incidentes con una media de edad de 54,5 años unas 7303 mujeres, mientras que en el segundo grupo la media de edad fue de 34,8 años y alcanzó a 3519 mujeres ⁽⁴²⁾.

En el mismo año Grines y Schreibe ⁽⁴³⁾ publicaron el artículo “Las mujeres son criaturas complejas” en él que plantean que las mujeres tienen una alta carga de comorbilidad incluyendo: edad avanzada, diabetes, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular previo e insuficiencia renal. Destacando que sus arterias coronarias son generalmente más pequeñas, tortuosas, más calcificadas y propensas a la disección y que la aterosclerosis puede ser difusa, lo que dificulta el reconocimiento de las lesiones significativas y el tratamiento. Los síntomas son a menudo atípicos o ausentes, lo que puede retrasar el diagnóstico de enfermedad coronaria hasta que la enfermedad está muy avanzada ⁽⁴³⁾. En lo referente a las mujeres jóvenes con cardiopatía isquémica el trabajo señala que son particularmente propensas a errores de diagnóstico, retraso en los tratamientos y posibles malos resultados. En la interacción entre mujeres jóvenes, factores de riesgo, falta de conocimientos y mal pronóstico deben dilucidarse más, las diferencias de género en farmacocinética, farmacodinamia y respuesta del paciente a los fármacos CV ⁽⁴³⁾.

En el año 2016 en Suecia, Wieslander et al. ⁽⁴⁴⁾ exploraron los procesos de recuperación de las mujeres después de un primer IAM. Observaron que la recuperación personal de las mujeres es un proceso multidireccional con el deseo de desarrollar y abordar una nueva perspectiva de vida. Se incluyen tres dimensiones a explorar: a) el comportamiento, es decir la actuación de las mujeres y la participación en diversas actividades; b) los aspectos sociales, es decir cómo las mujeres reciben y dan apoyo en su entorno social y psicológico; c) la manera de pensar, de reflejar y de apreciar la vida ⁽⁴⁴⁾.

En el 2016 D. Sancho Cantus⁽⁴⁵⁾ en España realizó un estudio cualitativo cuyo objetivo fue conocer qué cambios se producían en las mujeres un año después de haber sufrido un evento cardíaco, así como conocer qué ha supuesto la enfermedad en sus vidas. Las categorías que surgieron del estudio fueron:

- Cambios que produce la enfermedad coronaria en la mujer: limitación, cansancio, fatiga.
- Modificaciones del estilo de vida adoptadas como consecuencia de la enfermedad cardíaca.
- Eficacia del auto cuidado.

En el contexto emocional – psicológico se aprecian algunas modificaciones tras la enfermedad como cambios del humor o episodios de ansiedad, relacionándose con aumento del riesgo de enfermedad cardíaca llevando como consecuencia falta de motivación para llevar a cabo el autocuidado de forma adecuada. Estos hallazgos responden en ocasiones a una falta de autoestima y de cambios en su auto imagen, sin embargo estas mujeres no suelen ser remitidas para valoración psicológico ⁽⁴⁵⁾. Las alteraciones psicológicas según el autor pueden ejercer cierta influencia en las prácticas del autocuidado de los pacientes, por lo que la motivación de las mismas resulta fundamental para conseguir una adecuada prevención secundaria de la

enfermedad ⁽⁴⁵⁾.

Ferraz, Torres y Belzunegui⁽⁴⁶⁾ en el año 2016 presentaron en la *Revista Española de Cardiología* un estudio cualitativo cuyo objetivo fue conocer en profundidad el fenómeno de las diferencias que se producen en el seguimiento y tratamiento de los pacientes con afecciones de cardiopatía isquémica según sexo, entrevistando a 8 pacientes (4 mujeres y 4 hombres). En los resultados se observó:

- Sintomatología: ambos sexos sospecharon que su proceso encajaba con un problema cardíaco, habiendo sido el inicio brusco, en horas del día, y con escasa actividad física.
- Percepción del proceso: ambos sexos lo percibieron con temor y miedo.
- Conocimiento de la patología: ambos grupos comentaron tener conocimientos básicos adecuados sobre las patologías coronarias y lo que es un IAM, pero las mujeres plantearon que en contraposición a las recomendaciones estipuladas para estas patologías demoran igual la solicitud de asistencia.
- Tiempo: las mujeres actúan conscientemente priorizando labores del hogar, y no desean ser una carga familiar por lo que retrasan la demanda de ayuda.

Los autores concluyeron que a pesar de los conocimientos de las mujeres, los factores socioculturales (responsabilidad familiar) y psicoemocionales (ser una carga para la familia) son los motivos de retraso para recibir asistencia médica especializada.

En Brasil en el 2016 B. Silva Oliveira et al. ⁽⁴⁷⁾ estudiaron el impacto de la enfermedad coronaria en la vida cotidiana de las mujeres en un hospital de Río de Janeiro entre los meses de enero/abril 2014. Las mujeres estudiadas tuvieron una media de edad de 63 años, del análisis se desprendieron dos categorías: gravedad de la dolencia coronaria y el impacto físico ⁽⁴⁷⁾. La dolencia coronaria implica cambios en la vida de las mujeres, percibiéndolos como una amenaza,

sentimientos de pérdida de la salud y del control de su vida, desencadenando un sufrimiento físico y emocional relacionado al miedo por la invalidez ⁽⁴⁷⁾. Con respecto al impacto emocional y afectivo manifestaron percepción y sentimiento de tristeza aumentando la vulnerabilidad. Los síntomas emocionales originados por la enfermedad cardíaca pueden ser confundidos con un diagnóstico de depresión refiriendo falta de energía, inapetencia, fatiga, insomnio, falta de concentración ⁽⁴⁷⁾. Se vinculan con la enfermedad coronaria alteraciones del humor, promoviendo aspectos negativos en la vida de las mujeres, estados de ansiedad, rabia, tristeza, nerviosismo asociándolo como estresores emocionales ⁽⁴⁷⁾. Con respecto a la impotencia y autocuidado se vio una ruptura en la vida cotidiana de las mujeres, alterándose sus hábitos de vida, en ocasiones experimentando frustración, sufrimiento y dependencia ⁽⁴⁷⁾.

También en 2016 en México, Juárez Herrera y Cairo con Castro Vázquez realizaron un estudio basado en las diferentes aportaciones desde la investigación social en salud, donde las autoras teniendo en cuenta a E. Millán plantean que la EC es: “[...] un problema de salud cuya experiencia es compleja, suele acompañarse del temor a morir y compromete ámbitos físicos, psicológicos y emocionales en la vida de la mujer⁽⁴⁷⁾. A su vez expresan lo expuesto por Emslie y Ledon que:

“Se dan sentimientos encontrados de falla, carga o debilidad, dadas las connotaciones del corazón en el imaginario social y las limitaciones que puede traer consigo la EC”⁽¹⁷⁾.

Las mismas autoras citando a L. Álvarez plantean que:

“Por otro lado centralizar el estudio de las EC de mujeres solo en aspectos biológicos, como la relación con la menopausia, la genética y la comorbilidad con factores de riesgo cardiovasculares (obesidad, sedentarismo, hipercolesterolemia) y con enfermedades (hipertensión arterial y diabetes), muestra limitaciones para incorporar otras dimensiones a las

conductuales y subestima las condiciones socioculturales, contextuales y de género de las personas y grupos sociales, es decir, las determinantes sociales de la salud, que difieren del enfoque tradicional de los factores de riesgo”⁽¹⁷⁾.

La Sociedad de Cardiología Argentina, en el Día Internacional de la Mujer 2016, presentó un artículo planteando que “las mujeres también infartan, pero peor” basándose en las diferencias diagnósticas, en la tardanza de las mujeres al consultar frente a la sintomatología que presentan y en un número menor de intervenciones terapéuticas que reciben, sustentado por la falta de información de esta parte de la población en cuanto que la patología cardiovascular es la principal causa de muerte en el género femenino⁽⁴⁸⁾.

La Asociación de Cardiología Americana (AHA) en el 2016 planteó que las diferencias fisiopatológicas y de mecanismos en la presentación del infarto en la mujer es diferente a la de los hombres, infartando las mujeres sin elevación del segmento ST y padeciendo enfermedad coronaria no obstructiva ⁽⁴⁹⁾.

Otro indicador de las diferencias entre mujeres y hombres a la hora de presentar un evento coronario fue presentado en el estudio VIGO 2015, donde participaron mujeres jóvenes de los principales hospitales españoles con IAM desde 2008 al 2012 ⁽⁵⁰⁾. Del mismo se concluyó que tanto las mujeres como los hombres evolucionan luego de un evento coronario en forma similar, sin embargo las mujeres evidenciaron más angina, menos satisfacción con el tratamiento, más limitaciones corporales y peor calidad de vida sumada a la depresión ⁽⁵⁰⁾.

M. Paniagua en el año 2017 en Paraguay realizó un resumen de la declaración científica de la Asociación Americana del corazón publicado en *Circulation* en 2016 sobre la problemática del IAM en las mujeres, donde a pesar de las mejoras en la mortalidad CV de las mujeres en las últimas dos décadas, la cardiopatía isquémica (CI) sigue siendo poco estudiada, subdiagnosticada

y subtratada en mujeres ⁽⁵¹⁾. Esta patología afecta más frecuentemente a las mujeres post menopáusicas, sin embargo las mujeres jóvenes (40 a 49 años) presentan peores perfiles de factores de riesgo, mayor mortalidad, mayor hospitalizaciones y tienen dos veces más re hospitalizaciones ⁽⁵¹⁾.

A lo largo del material expuesto, se evidencia que, en todos los trabajos de investigación se ha prestado importancia a los cuadros coronarios en el género femenino. Los mismos han demostrado que la sintomatología en las mujeres muchas veces no es clara y se presta a subdiagnosticarla, subtratarla e interpretarla como cuadros de índole mental (depresión). A su vez se sigue pensando, a nivel general, que la patología cardíaca se presenta a predominio del género masculino en edad productiva. Otro punto importante es que las mujeres consultan con demoras en relación a la aparición de la sintomatología conllevando a demoras en el tratamiento.

4. 2 Antecedentes Nacionales

A nivel nacional es mucho lo que se publica e investiga respecto a la patología cardiovascular, factores de riesgo, tratamientos médicos y de reperfusión coronaria desde la mirada cuantitativa, no así con lo que respecta a las experiencias de vida de las mujeres luego del evento coronario y del tratamiento endovascular coronario recibido desde la metodología cualitativa.

La Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSCV)⁽⁵²⁾ publicó la mortalidad en nuestro país por enfermedad cardiovascular entre los años 2000 – 2002, planteando que la mortalidad por esta causa se presenta con una tendencia decreciente con excepción de las muertes por hipertensión arterial.

En el 2009, M. Valverde et al. ⁽⁵³⁾ publicaron las características de la cardiopatía isquémica en la mujer planteando que los factores de riesgo cardiovascular clásicos se asocian a un incremento del riesgo cardiovascular tanto en hombres como en mujeres, pero el impacto de cada uno de

ellos es diferente en cada sexo. El vínculo existente entre factores psicológicos y conductuales con la cardiopatía isquémica es complejo, múltiples factores de riesgo cardiovascular guardan un estrecho vínculo con el psiquismo y las conductas del paciente (tabaquismo, obesidad, ejercicio físico). El estrés al igual que la depresión tanto en situaciones agudas como crónicas afecta el riesgo de cardiopatía isquémica en ambos sexos ⁽⁵³⁾.

La enfermedad cardiovascular en general y particularmente la cardiopatía isquémica constituyen una fuente de morbimortalidad en la mujer ⁽⁵³⁾.

En el año 2012 Zelarayan y Curto ⁽⁵⁴⁾ llevaron a cabo un estudio cuantitativo sobre mortalidad por enfermedad cardiovascular. Para el mismo se analizaron 9232 certificados de defunción por esa causa en el año 2009. En el mismo se vió que la enfermedad isquémica del corazón sumó un total de 2442 muertes siendo 1032 correspondientes al género femenino y que los meses de mayor mortalidad correspondieron al invierno (junio, julio y agosto) ⁽⁵⁴⁾.

La Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular⁽⁵⁵⁾ publicó en el año 2012 un informe sobre la mortalidad por enfermedad cardiovascular en Uruguay presentando datos sobre las personas egresadas a nivel público y privado que fueron internadas por ECV. Los casos analizados se refirieron a los egresos hospitalarios por enfermedad del sistema circulatorio en base a las consideraciones sobre Enfermedades del Sistema Circulatorio declaradas por la Organización Mundial de la Salud en la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ⁽⁵⁵⁾ (Anexo 2). El total de personas investigadas a nivel nacional fue de 30537 personas, de las cuales en Montevideo fueron 17518, a nivel de prestador de salud; 11147 fueron a nivel privado y 6371 a nivel de prestador público. En relación al sexo en Montevideo fue de 57 % en el género femenino y de 43 % en los hombres ⁽⁵⁵⁾.

La Sociedad Uruguaya de Cardiología y el Comité de Cardiología de la Mujer presentaron en el

año 2014 “Corazón de mujer, la realidad de la mortalidad de las mujeres en Uruguay”.

Plantearon que a pesar de lo que se cree, las mujeres mueren más de causas cardiovasculares que de cualquier otra causa, pero la mortalidad a nivel mundial y nacional viene disminuyendo aunque lo preocupante es que no es la misma proporción en mujeres que en hombres ⁽⁵⁶⁾.

En el 2016 en nota de prensa de “Montevideo Portal”, M. Zelarayan informó que en Uruguay mueren al año 30 mil personas siendo el 28.1% por causas del sistema circulatorio. La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres previéndose que para el 2017 pase a segundo lugar respondiendo esto a las mejoras en las posibilidades de atención y en parte a la disminución de los factores de riesgo ⁽⁵⁷⁾.

En el año 2017 C. Artucio et al ⁽⁵⁸⁾ publicaron los resultados de una encuesta realizada en 2013 sobre la percepción que tienen las mujeres uruguayas respecto a la patología cardiovascular. El trabajo, incluyó mujeres de Montevideo, de distintos niveles socioeconómicos, con edades de 20 a 70 años. Uno de los resultados más destacables es que solo 3 de cada 10 respondieron "verdadero" a la pregunta sobre si las enfermedades del corazón eran la principal causa de muerte en las mujeres de Uruguay ⁽⁵⁸⁾. Por otra parte, cuando se les preguntó específicamente sobre las causas de muerte que consideraban como más importantes, el 62%, mencionó al cáncer. Entre ellas, 42% ubicó al cáncer de mama en primer lugar. En contraste, solo 11% de las entrevistadas identificó a las enfermedades de corazón, el ataque cardíaco y el ataque cerebral como las causas de muerte más importantes ⁽⁵⁸⁾ (Anexo N° 3).

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

5.1 Estrategias de búsqueda de literatura científica sobre el tema a investigar

Se realizó una búsqueda exhaustiva según palabras clave: Impacto Psicosocial/Psichsocial Impact, Identidad de Género / Gender Identily, Mujer / Women, Procedimiento Endovascular / Endovascular Procedures y a medida que fue avanzando la misma se llegó a cruzar descriptores. Los portales bibliográficos, bases de datos y sitios web utilizados fueron: Timbó, Dialnet, Lilacs, PUBMED, Scielo, Cuiden y las páginas web de OPS y OMS.

5.2 Características de la investigación

Se realizó una investigación cualitativa utilizando diseño fenomenológico. Este diseño se basa en la descripción y la comprensión de los fenómenos desde el punto de vista individual y /o colectiva de los participantes. Pretende explicar cómo los individuos significan fenómenos sociales y personales a través de la experiencia, describiendo minuciosa y rigurosamente las vivencias, para encontrar el significado de las mismas ^(59,60).

Los sujetos de estudios han sido mujeres entre 20 y 50 años de edad post tratamiento endovascular coronario con un año de evolución atendidas en el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca de la ciudad de Montevideo.

La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia definiéndola según criterio de inclusión que han sido la edad de las participantes (entre 20 y 50 años de edad), que residan en Montevideo, que hayan tenido un evento coronario y tratamiento endovascular coronario con un año de antigüedad y que acepten participar de la misma.

El tamaño de la muestra se definió a lo largo de la investigación según la información obtenida teniendo en cuenta el criterio de saturación ⁽⁶¹⁾. El criterio de saturación se define cuando a lo

largo de las entrevistas se han recogido datos suficientes de los participantes y cuando las ideas o comentarios se vuelven repetitivos por lo cual la inclusión de más mujeres no proporcionará datos nuevos a la investigación ⁽⁶⁰⁾.

5.2.1. Procedimiento

Contando con la aprobación del protocolo de tesis, el aval del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca (Anexo N°4) para entrevistar a las mujeres atendidas en su servicio y el aval del comité de ética de la Facultad de Enfermería (Anexo N°5), se procedió a solicitar en el servicio de archivo médico del INCC la lista de usuarias que cumplieran con los criterios de inclusión para la investigación.

Se realizaron los contactos telefónicos con las usuarias, presentándome, explicándoles el motivo de la llamada e invitándolas a participar de la investigación. Se las llamó hasta un total de tres veces a cada una donde se desistió si no se lograba comunicación.

Al acceder a participar en la investigación, habiendo concertado día y lugar de encuentro para la entrevista se les proporcionó información verbal y escrita sobre la investigación (Apéndice N° 3), posteriormente se les entregó consentimiento informado. (Apéndice N°4)

Se acordó con las usuarias participantes emplear seudónimos que son los nombres con los que se trabajó siendo los mismos los de piedras preciosas (Rubí, Esmeralda, Zafiro, Ágata, Amatista, Ámbar, Cornalina, Topacio, Turquesa, Aguamarina, etc.).

Se les explicó a las participantes que los resultados obtenidos serían manejados resguardando el anonimato individual y que una vez finalizada la investigación serán conocidos por las autoridades de la Facultad de Enfermería y por la dirección del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca. Aquellas usuarias que accedieron participar y no se presentaron el día pautado a la entrevista se las llamó al día siguiente para confirmar si habían decidido no participar o si no

concurrieron por algún motivo que desearan compartir, planteando poder agendarlas nuevamente de así desearlo ellas.

5. 2. 2 Descripción de las mujeres participantes

La muestra definitiva fue de siete mujeres entrevistadas en una franja etaria entre 37 y 48 años de edad. Tienen entre uno y dos hijos con edades entre 8 y 25 años. Respecto a la situación de pareja, 3 de ellas son casadas y el resto separadas. Respecto a la actividad laboral cinco tienen independencia económica con trabajos asalariados, una de ellas es ama de casa y la otra se encuentra con causal jubilatoria por enfermedad (Apéndice N°5).

5. 2. 3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: mujeres con edades entre 20 y 50 años, que tuvieran 1 año de haber recibido tratamiento endovascular coronario post infarto agudo de miocardio, que vivieran en la ciudad de Montevideo, que aceptaran participar y firmar consentimiento informado.

5. 2. 4 Herramienta metodológica: entrevista semi estructurada

Como herramienta metodológica se utilizó la entrevista semi estructurada teniendo en cuenta una guía de preguntas orientadoras en relación a los objetivos planteados para la investigación y sin respuestas fijas. Esto permitió flexibilidad en la conversación sobre la experiencia vivida y la modificación cuando se percibió el planteamiento de temas no previstos ⁽²⁰⁾. (Apéndice N°6).

La entrevista constó de diferentes etapas. La primera incluyó la presentación de la investigadora, agradecimiento por acceder a participar de la misma, se les explicó cuál era el motivo del proyecto y cómo se desarrollaría la entrevista, que la misma de estar ellas de acuerdo se grabaría, (grabación de audio). Como segundo paso, se realizó la entrevista en busca de cumplir con el objetivo de la investigación, por último se realizó el cierre que incluyó una síntesis/resumen

reafirmando lo expresado por las participantes brindando un espacio para preguntas a la investigadora.

Las mismas tuvieron una duración entre 35 y 45 minutos, fueron grabadas en teléfono celular previa autorización de las participantes, evitando así la pérdida de información, falsas interpretaciones garantizando validez y veracidad. Concomitantemente se llevó registro en cuaderno de campo correspondiendo a las anotaciones de la observación: gestos, posturas, llanto, silencios, exclamaciones, etc., generando credibilidad y confianza. Luego la investigadora realizó la transcripción de cada una de las entrevistas en una ficha creada para tal fin (Apéndice N°7), se les explicó que se resguardarían los datos por un período de un año para luego ser destruidas.

La transcripción se realizó el mismo día de las entrevistas, o al día siguiente, procurando no perder así información.

5. 2. 5 Contexto

Las entrevistas se desarrollaron seis de ellas en un consultorio proporcionado por el INCC y una en sala de hemodiálisis durante el tratamiento dialítico de la usuaria.

En las entrevistas si bien no hubo interrupciones de profesionales que pudieran entrar en el consultorio si hubo ruidos en forma permanente dado que se están realizando obras de ampliación en la institución sanitaria.

Respecto a la entrevista realizada en sala de hemodiálisis si bien el lugar lo escogió la participante, se solicitó autorización formal planteando el objetivo de la investigación al médico nefrólogo jefe y a la licenciada en enfermería jefa del área. Por estar conectada la paciente y verse imposibilitada para firmar la licenciada en enfermería fue quien firmó el consentimiento

informado a solicitud de la usuaria y le colocó sello del sector. La entrevista se desarrolló sin interrupciones y con los ruidos característicos (alarmas) de las máquinas en funcionamiento.

5. 2. 6 Método de análisis

El análisis del material cualitativo se realizó mediante el análisis de contenido ⁽²⁰⁾.

Es así que se fueron descubriendo significados dentro de la comunicación con relevancia para el objetivo de estudio buscando interpretar las entrevistas, trabajando en las categorías halladas.

A su vez esas categorías fueron subdivididas en subcategorías (Apéndice N°8).

La unidad de análisis ha sido los cambios psicosociales de las mujeres coronarias que pasaron por un tratamiento endovascular coronario luego de un año de evolución.

5. 2. 7 Consideraciones éticas

La realización de esta investigación requirió de una serie de consideraciones y cuidados éticos buscando proteger y brindar las mayores garantías a las personas que participaron de la misma.

Todas las mujeres entrevistadas lo hicieron de manera voluntaria, en forma anónima, elaborándose una pauta de entrevista que guió la recolección de información con las mujeres, en función de los objetivos definidos para la investigación. Se les brindó información sobre los objetivos de la investigación y se les proporcionó un formulario de consentimiento informado para que asintieran mediante firma su conformidad para participar en él.

Se contó con carta de autorización al Consejo Directivo del INCC.

Con respecto al marco ético esta investigación se rigió por el decreto N° 379/008 del M.S.P. que tiene como finalidad la protección integral de los seres humanos que participan de una investigación. Uno de los criterios planteados por este decreto es el de respetar el anonimato de las personas involucradas, en este caso de las mujeres que fueron entrevistadas garantizando la confidencialidad y privacidad de la información que brindaron. De acuerdo a este decreto, las

mujeres que participaron del estudio dispusieron de información clara, completa y pormenorizada sobre la naturaleza de la investigación, sus objetivos, métodos, beneficios previstos, potenciales riesgos y/o incomodidades que ésta pudiera acarrear. En función de ello, se solicitó el consentimiento de las mujeres mayores de 18 años, así como su aceptación para grabar las entrevistas y poder contar con un registro inequívoco de las mismas.

Se contó con el aval del comité de ética de la Facultad de Enfermería

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

A través del sector archivo médico del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca se obtuvo la lista de las posibles participantes. La misma fue elaborada teniendo en cuenta los criterios de inclusión pre establecidos para la investigación. El total de mujeres que reunieron los requisitos fue de 28 mujeres habiendo estado internadas entre los meses de enero 2017 a diciembre 2017.

Se realizaron llamadas telefónicas presentándome, invitándolas a participar de la investigación, compartiendo con ellas el objetivo del trabajo, para luego proceder a agendar a aquellas mujeres interesadas en participar.

En el proceso de las invitaciones hubo números telefónicos inhabilitados y otros que pertenecían a otras personas.

Las entrevistas se agendaron en los turnos de la mañana y la tarde según preferencia de las participantes y disponibilidad de contar con el consultorio.

La muestra definitiva fue de siete mujeres entrevistadas en una franja etaria entre 37 y 48 años de edad.

Con respecto al contexto, las entrevistas fueron realizadas en un consultorio del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca y una de ellas en sala de hemodiálisis previa autorización del jefe médico de servicio y de la licenciada en enfermería del turno.

Se realizaron mayoritariamente en el horario de la mañana los días lunes y miércoles, algunas en la tarde luego de las 16.30 hrs.

Las entrevistas fueron grabadas (grabación de audio) en teléfono celular. En forma simultánea se tomaron notas de campo contemplando la actitud de las participantes, silencios, posturas corporales, angustia, llanto, etc.

Tuvieron una duración entre 35 y 45 minutos sin interrupciones.

Las entrevistas partieron de una pregunta disparadora:

Cuénteme cómo está siendo su vida luego del evento coronario y del tratamiento endovascular coronario recibido.

De esa forma teniendo en cuenta la respuesta se sucedieron otras interrogantes para lograr así enriquecer el relato.

El procesamiento del material se realizó en varias etapas.

La primera fue escuchar atentamente en varias oportunidades las entrevistas teniendo en cuenta las voces y los silencios de las participantes.

Como segunda etapa se comenzó con la transcripción de las entrevistas utilizando planilla para tal fin.

En tercer lugar se las escuchó y leyó en forma simultánea teniendo en cuenta las anotaciones del cuaderno de campo.

Por último se identificaron dimensiones o categorías de las que se desprendieron subcategorías para trabajar en el análisis de contenido (Apéndice N° 7).

En la transcripción y lectura posterior de las entrevistas se desprendieron 5 categorías a tener en cuenta para el análisis de los datos.

6.1 Categorías de análisis

6.1.1 Categoría N°1: Reconocimiento de sintomatología

Apreciación y conocimiento por parte del propio individuo sobre los síntomas que presenta y poder ser capaz de relacionarlos con un posible evento coronario tales como dolor, ardor, cansancio, pesadez, etc.

6. 1. 2 Categoría N°2: Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel familiar

Cómo percibe la mujer que puede influir la patología en la familia, en la vida diaria, en los roles que tenía.

6.1. 3 Categoría N°3: Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel social y laboral

Cómo percibe la mujer que puede influir la patología a nivel laboral, de estudios, de amistades.

6.1. 4 Categoría N°4: Aspectos psicológicos:

A) Repercusión psicológica de la patología

B) Vivencia de la enfermedad - proceso de adaptación

Cómo percibe la mujer que puede influir la patología en el ánimo.

6. 1. 5 Categoría N°5: Autocuidado

Capacidad de responsabilizarse de su propia salud. Concientización sobre la importancia del cuidado de la salud para mejorar la calidad de vida.

6. 2 Caracterización de las mujeres entrevistadas

La muestra quedó constituida por 7 entrevistas al haber alcanzado el criterio de saturación.

Las mismas están comprendidas en la franja etaria entre 37 y 48 años de edad, todas tienen entre uno y dos hijos con edades entre 9 y 25 años.

Seis de ellas cuentan con cobertura de salud privada y una asistencia de salud pública.

6. 3 Análisis de Contenido según las categorías halladas

En esta etapa de la investigación se trabaja con significados extraídos de las entrevistas y con significados interpretados en base a las expresiones de las participantes.

Se elaboró una tabla de análisis con segmentos de las entrevistas según cada categoría.

(Apéndice N°8)

6. 3. 1 Reconocimiento de sintomatología

Con respecto al reconocimiento de la sintomatología **Rubí** expresa “...no me di cuenta, pensé que era la presión, me sentía mareada, pensé en un pico de presión”, “estaba haciendo el infarto y estaba fumando, no sabía que estaba infartando”, “...no me di cuenta”, esto muestra que los síntomas no han sido los típicos de la enfermedad cardíaca y a su vez muestra la incredulidad y dificultad en poder percibir su situación clínica, hablando esto de fragilidad a nivel de su personalidad que incide en la no “escucha” de la sintomatología con la consiguiente dificultad en el proceso de adaptación.

Por otro lado se ve la negación al no reconocer los síntomas a pesar de su experiencia de vida “...no me agarró nada de sorpresa, yo salía de una etapa de cuidar a mi padre”, a su vez se ve incredulidad al plantear “...yo me había hecho todos los estudios que me pidió el médico y todo salió bárbaro, divino...y a los tres meses hice un infarto”.

En el caso de **Esmeralda** tampoco hubo una clara presentación de la sintomatología por lo que no la pudo unir a una situación coronaria, la presentación del cuadro fue de comienzo brusco durante la conexión de diálisis con sintomatología difusa, lo que sí reconoce son síntomas de origen desconocido que la llevan a la inquietud y dificultad para explicarlo, “...empezó como una cosa rara en las piernas y en los brazos y dije me siento rara, no me siento bien, no sé explicarlo”, “no sé que tengo, pero siento una sensación rara en todo el cuerpo”, “tenía inquietud”.

Zafiro no solamente no reconoce la sintomatología sino que le cuesta entender lo que le estaba sucediendo presentando un episodio de risas frente al diagnóstico médico, “...un mes antes tuve un dolor rarísimo en el tórax y en la espalda y también me costaba respirar pero pensé que con unos masajes se me iba a ir”.

“Me preocupaba el dolor pero no pensé que fuera el corazón...esperaba que fuera más fuerte, no sé”, en su imaginario tendría que ser un dolor mucho más fuerte, insoportable, aunque plantea “fue una sensación horrible” igualmente no lo relaciona con un evento coronario.

Por otro lado entiende la gravedad de estos episodios al plantear *“debería haber consultado antes, mirá si me moría”*.

Ágata a pesar de tener sintomatología desde antes no consulta frente a los mismos, *“...al principio sentía cansancio, llegaba a casa cansada, me acostaba”, “...pensé que era algo del estómago,... cuando me dijeron que era el corazón, dije, ¿de dónde salió esto?*

Cuando consulta ya estaba infartando, mostrando así una resistencia y temor a lo que podría tener, sentimiento que confirma la usuaria en forma posterior al hablar del evento coronario.

Igualmente si bien no hay un reconocimiento previo no consultando con anticipación, sí consulta en el momento del infarto lo que nos hace pensar que hay una escucha de su cuerpo y un factor de protección en busca de ayuda *“...después empezó un ardor en el pecho, cansancio en los brazos”, “yo pensaba, de ninguna manera es el corazón”, “jamás pensé que era el corazón, no se me pasó por la mente”*.

Aguamarina logra escuchar su cuerpo dándole otra explicación *“pensé que era muscular, un mal esfuerzo”*, se percibe en ella incredulidad, *“¿por qué tenía que quedar internada?”*, esto es una reacción esperable ante lo nuevo de la situación.

Amatista es una usuaria que escucha su cuerpo previo al infarto, *“...hacía unos días que tenía una sensación rara en el pecho, consulté en la emergencia y tenía la presión alta, y ahí vomité”*.

Esto muestra una fortaleza mayor a nivel de su personalidad, búsqueda de ayuda que habla de factores de protección.

Ámbar plantea respecto a la sintomatología incredulidad dado que no vincula la sintomatología

con lo que le estaba sucediendo, “...sentí como dolor en la espalda”, “me sentía rara”, “inquieta”, “lo único que sentí fue dolor en la espalda, como que fuera la columna”.

6.3.2 Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento familiar

Con respecto a la percepción de sentirse sostenida por su entorno, **Rubí** plantea que siente apoyo familiar aunque por momentos en demasía ocasionándole un sentimiento de sobre protección, planteando “... en casa yo hago hasta dónde puedo”, “...cuando no puedo, no puedo”, “me ayudan mi hermano y mi hijo de 25 años en las tareas de la casa”.

Esmeralda reconoce su dependencia hacia su hija que la lleva por momentos a sentirse impotente y con sentimientos de no ser útil, “me siento impotente, dependo mucho de mi hija”, “uno se siente como que ya no sirve”. Por lo tanto, si bien hay un reconocimiento a su dependencia también se ve la gratificación cuando logra realizar alguna actividad sola, mostrando capacidad de recibir ayuda.

En la entrevista a **Zafiro** al principio plantea “...los primeros meses me sentía un poco dependiente” igualmente se ve el sostén que recibe por parte de su hijo mayor lo que habla de su capacidad para aceptar la ayuda que se le brinda siendo esto un factor de protección, “...mi hijo grande me cuida, el chico parece no tener conciencia”.

Aparecen sentimientos de temor ante su vida sexual lo que incide negativamente en su relación de pareja generando una separación, encontrándose en trámite de divorcio con el estrés que esto genera, “...tenía miedo a tener sexo, a agitarme, ahora estoy separada de mi esposo”.

Ágata respecto al soporte social es una usuaria que se siente sostenida por su pareja tanto en la cotidianeidad como en su vida marital, “...me cuida”, y por su hija con la cual tiene un vínculo de confianza sintiéndose sostenida al hablar con ella.

Acepta la dependencia y limitaciones pero por momentos se siente demasiado cuidada y

controlada, “...mi esposo tiene miedo... cuidado no hagas esto, aquello, ¿te sentís bien?”.

Aguamarina con respecto a su situación familiar siente culpa, se siente responsable ante la sobrecarga a su pareja ya que no puede hacer algunas actividades en la casa, lo que la hace sentir “mal”, “lloro con facilidad porque me irrita”. Todo esto la ha llevado a tener sentimientos de dependencia “...soy una persona joven con hijos para criar”, “...estoy sobrecargando a los demás”.

Con respecto a su vida marital este evento ha incidido en su relación sexual debido al temor, llevándola a la percepción “...yo como que no tengo ganas de tener sexo con mi marido”.

A pesar de esto en ella encontramos el soporte social desde el apoyo emocional brindado por su pareja y familia, apoyo material no presentando dificultades desde lo económico y también la capacidad para planificar hacia el futuro.

Amatista reconoce la afectación en su vida familiar de su enfermedad generando actitudes sobre protectoras hacia su hija y a su vez de su esposo hacia ella, “...el miedo estaba comenzando a afectar la relación familiar con mi esposo y con mi hija”, “...me puse sobre protectora con mi hija, la controlaba en lo que comía”.

Logra poner en palabras su sentir y lo que trasmite “...mi esposo me entiende y trata de acompañarme dentro de lo que puede”, “...cansancio, ansiedad, todas esas cosas que también se las he transmitido a él (esposo)”.

En **Ámbar** aparece temor referido a no poder criar a su hijo y morir en la situación, “...lo que pensaba cuando estaba en ese proceso era poder tener diez años más para poder criar a mi hijo”, “...angustia, lloraba todo el tiempo”, “...había momentos que me quebraba”.

Con respecto a su vida de pareja la usuaria plantea dificultades de comunicación con su esposo previo a la situación de salud llevando todo esto a una posterior separación, “...después de unos

meses de haber pasado todo esto yo me separé”.

6. 3. 3 Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento social y laboral

Con respecto a la situación laboral **Rubí** retomó sus actividades no escuchando a su cuerpo (hacer a pesar del cansancio), minimizando los síntomas, “...*me cuestan algunas cosas más que otras como iba a pasar*”, “...*trabajo de lunes a sábados limpiando un edificio*”.

Se percibe la afectación de la enfermedad en su vida lo que la lleva a aislarse, llevándola a cambios en su cotidianeidad, a cambios en el comportamiento, aislándose desde lo social, “...*me angustio porque no me gusta estar encerrada*”, “...*mi día libre no hago nada, me siento y miro televisión*”, “...*siento que mis amigos me quieren cuidar más de lo que es, de repente tienen un trato preferencial, yo quiero que me traten como siempre*”.

El aislamiento social y la falta de actividades de recreación y de compartir son fundamentales para el proceso de rehabilitación.

Con respecto a cómo la patología incidió en lo laboral en el caso de **Esmeralda**, la usuaria se encuentra en trámite jubilatorio por las limitaciones que presenta y desde el punto de vista social muestra capacidad para recibir sostén, buscando apoyo en su hija como en una amiga, aislándose a su vez de aquellos vínculos que muestran un no entendimiento de su situación y de su sentir frente a esta vivencia, “...*tengo sólo una amiga que va a casa y después, le digo, la verdad: hay gente que me ha dicho, no te queremos ver así y eso me tira abajo*”.

En el caso de **Zafiro** aparecen en ella sentimientos de soledad no pudiendo hablar de lo que le genera la enfermedad con sus seres queridos, “...*tengo gente conocida, amigos no*”, “...*tengo gente del fútbol de mi hijo y la gente de mi trabajo, es con quienes tengo más contacto*”.

En ella se ven factores de riesgo, por un lado se encuentra presente la situación del divorcio y los sentimientos de soledad ante la enfermedad, también en su relato se hace evidente el no sentirse

lo suficientemente sostenida por su entorno social y de amistades.

Respecto a la adaptación a la situación si bien a los dos meses retomó sus actividades laborales, ha disminuido la carga horaria de 14 a 8 horas por día, hay un reconocimiento que el cuerpo no le responde como antes, *“...mi cuerpo no es el mismo”*.

Ágata en lo laboral se siente sostenida por sus patronos que colaboran en no exigir desde lo físico mas allá de lo que puede, aunque a ella le cuesta esa limitación excediéndose por momentos, *“yo trabajo en dos casas y siento que me cortaron independencia, tengo límites, y eso me hace sentir mal”*.

Aguamarina desde el punto de vista social ha disminuido sus vínculos, *“...me cuesta salir”*, *“estoy más en casa...tengo miedo de salir”*, *“...trato de mantener el contacto, pero me doy cuenta que soy yo, ...me estoy encerrando”*.

Ámbar siente que a nivel social y laboral la patología no implicó cambios, y a su vez tiene la capacidad para percibir el sostén del grupo de amistades y vínculos planteando, *“...lo que si me di cuenta es de los amigos reales”*, *“...hay gente que me cuidaba a mi hijo y eran amigos”*.

6. 3. 4 Aspectos psicológicos:

A. Repercusión psicológica de la patología

B. Vivencia de la enfermedad – proceso de adaptación

Con respecto a la vivencia de enfermedad y el proceso de adaptación en **Rubí** se perciben dificultades: “...no me daba cuenta que estaba infartando”, “...a pesar de que conocía la sintomatología cardíaca”. “...Yo salía de una etapa de cuidar a mi padre, yo conocía más o menos el tema del corazón, no me agarró de sorpresa, yo ya lo había vivido con mi padre”.

Estas dificultades en el proceso se perciben también en el estado de resignación, hay una especie de entrega de lo que es la situación “...de las enfermedades coronarias no se puede esperar mucho”, “...pero el corazón para mi es una cosa traicionera”.

Con respecto a los sentimientos y emociones que genera la patología, la usuaria no se angustia ni llora, escucha música, no pudiendo unir sentimientos y emociones a su situación repercutiendo en la adaptación a la enfermedad. Es necesario sentir tristeza, rabia por la situación vivida, situaciones que la usuaria no se ha permitido sentir como se plantea en la teoría, “... no vale la pena más nada”.

Todo esto muestra las dificultades que tiene la usuaria para adaptarse a la situación vivenciada, lo que habla de cierta fragilidad psíquica debido al tiempo transcurrido. Lo esperable para la adaptación a una enfermedad crónica es entre 3 y 6 meses.

En el caso de **Esmeralda** nota un reconocimiento que muestra un proceso de adaptación, reconociendo dificultades, reconoce que no es fácil, “...bueno la verdad que me he sentido bien, es todo un día a día, hay que pelearla”, “...no fue fácil...pero bueno la ayuda de todos, todo ello me ha llevado a ir superando todo”.

Toda esta situación incide teniendo repercusión psicológica lo cual es esperable y “sano”, siendo

un factor de protección de su salud mental, “...*me manejo sola en algunas cosas, demoro un poco mas pero lo hago sola*”. Todo esto muestra un reconocimiento de sus limitaciones pero a su vez un sostén interno, “...*yo me digo tengo que estar tranquila*”, y también se percibe un deseo de lucha, “...*antes estaba muy entregada*”, “...*pero después dije, no puede ser que con 45 años me deje morir*”, esto muestra reconocimiento, esperanza y fortaleza psíquica que habilita un proceso de adaptación.

La aceptación también se ve cuando plantea, “...*me cambió la vida de un día para el otro*”, denotando cambio de su situación.

Esto nos muestra que se habilita a expresar sentimientos como factor de protección de su salud mental. Hay elementos que hablan de su proceso adaptativo, esto habla de fortaleza y autoestima, alejamiento del grupo de amistades.

Con respecto a la entrevista de **Zafiro** se hace necesario respecto a su vivencia de enfermedad señalar el momento del infarto, lo previo y posterior al mismo. En lo previo: usuaria que no podía “*escuchar y enfrentar*” los síntomas, “...*yo antes caminaba y no podía respirar*”, mostrando poco cuidado para con su cuerpo, a pesar de tener antecedentes familiares.

Sus vínculos de amistad no son lo suficientemente fuertes para lograr comunicar, poder expresar sentimientos que la situación le genera (nerviosismo, miedo, incomodidad, llevándola a la irritabilidad), “...*me sentaba en el sillón y me ponía a llorar*”, “...*angustia de cómo a mi edad me pasaba esto*”, “...*me vienen a veces...ataques de depresión, que necesito llorar, pero no puedo*”.

En **Ágata** se da una aceptación de su situación pero cuando habla de ello, aparecen aún sentimientos de rabia y angustia mostrando la necesidad de una atención psicológica que colabore a mejorar las dificultades que tiene en su adaptación de la enfermedad, como ser

olvidos en la toma de la medicación. También dificultad de habilitarse tiempos para sí misma.

Aguamarina presenta dificultades en la adaptación a la situación de la misma. Esta situación genera en ella “inestabilidad, temor”. Temor referido fundamentalmente a la muerte, uniendo la usuaria corazón con muerte, *“te tocan el corazón, te tocan todo”*, llevando a la usuaria a una serie de preguntas, *¿si sucediera de nuevo?, ¿Qué sucederá con mis hijos?*, todas preocupaciones que la invaden generando angustia, por momentos sentimientos de tristeza, irritabilidad y enojo, *“...estoy enojada con la vida”*, incidiendo en cambios en su estilo de vida, en su cotidianidad, *“hay cosas que ya no hago, ...”*.

A lo largo de la entrevista con Aguamarina se desprende que plantea en varias oportunidades, *“estoy mas bajoneada, decaída, no sé si triste”*, *“...ya no me río como antes”*.

Hay una situación de gran fragilidad, *“...lloro con facilidad por cosas cotidianas”*, *“tengo miedo de morirme, pero sobretodo que me vuelva a pasar”*.

Como factor de protección en ella se encuentra el soporte social y familiar, de todas formas la intensidad del temor y los cambios en su comportamiento, dada su situación orgánica actual, es un factor de riesgo en su calidad de vida requiriendo, atención pudiendo incrementar las dificultades en la adaptación a la enfermedad.

En **Ámbar** se observa una adaptación a la situación de enfermedad observándose una fortaleza a nivel de su personalidad, *“...lo que quiero contarte es que fueron momentos muy difíciles, que tuve que poner lo mejor de mí, tuve que lucharla”*, *“...hoy me siento orgullosa de haber salido de todo eso”*, el poder expresar los sentimientos que la situación le generó, enfrentando los mismos nos habla de capacidad de sobreponerse y la habilitación a la lucha.

6.3.5 Autocuidado

En **Rubí** se ve que debido a las dificultades que tiene en la adaptación a la situación de enfermedad lleva a que en su autocuidado sea variable, *“...me canso pero igual continúo caminando”*.

Por otra parte si bien ha dejado de fumar no da la sensación en su relato de la importancia de la adhesión al tratamiento, *“...dejé de fumar y camino algo y si se repite es porque es para uno”*.

Hay una adaptación pasiva (aceptación/resignación/sin satisfacción), muestra cambios en el autocuidado pero no denota satisfacción frente al hecho.

En el caso de **Esmeralda** a pesar de someterse tres veces por semana a un tratamiento dialítico y de manifestar que tiene limitaciones físicas enfatiza *“...yo hasta lo último que me digan con tal de mejorar la salud, voy a hacer todo”*.

Contrariamente al analizar la entrevista de **Zafiro** vemos que hay dificultad en la adaptación, sobre todo en la adhesión al tratamiento, *“...a veces no tomo algunos medicamentos pero no siento la diferencia”, “...estoy fumando de nuevo pero no como antes”*.

Ágata presenta olvidos en la toma de la medicación planteando: *“a veces me olvido, es como un rechazo”*, esta situación nos muestra un alto factor de riesgo en lo que respecta a la calidad de vida de la usuaria.

Aguamarina refiere: *“...me cuesta cocinar todo sano, me cuesta cambiar hábitos, hay una cuestión de tiempos y de plata”, “la medicación la cumplo y trato de salir a caminar dos o tres veces por semana”*.

La adhesión al tratamiento se da en algunos aspectos presentando limitaciones en otros que son necesarios para su calidad de vida y evolución satisfactoria.

En **Amatista** desde el punto de vista de la adaptación a la enfermedad se observan elementos de

adhesión al tratamiento, “...no fumo y me cuido en las comidas”, y otros que plantean dificultades como ser la falta de actividad física, “...no hago ejercicio que me lo recomendaron”, pero a su vez muestra planificación al plantear “...tengo una bicicleta que nunca la use y voy a empezar”.

Ámbar es una usuaria que se adhiere al tratamiento y trae que las limitaciones no son significativas desde lo consiente, pero a su vez plantea “...no me siento limitada, me siento como una anciana a veces, porque los ancianos toman un montón de medicamentos”. Esto nos hace pensar en el buen pronóstico para la evolución del tratamiento.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN

En este capítulo se tendrán en cuenta los antecedentes internacionales y nacionales contrastándolos con los hallazgos en las entrevistas.

Las mujeres participantes de la investigación estuvieron comprendidas en las edades entre 37 y 48 años lo que J. Palacios describe como adultez temprana y media.

Se observaron a lo largo de las mismas lo que Giménez Sánchez expresa como diferentes aspectos propios según la edad, haciendo referencia las entrevistadas al bienestar familiar y personal.

Por otro lado se percibe claramente a lo largo de las mismas los estadios que define E. Erickson en relación a la confianza, esperanza y autonomía viendo en muchas de ellas la falta de conocimiento respecto a la sintomatología cardíaca aumentando así los riesgos para su salud.

En relación a lo planteado por Rosetti el total de las mujeres entrevistadas al momento del evento coronario contaban con protección estrogénica y a su vez uno de los factores de protección sería el matrimonio en armonía viendo que luego del evento dos de las entrevistadas se separan. Se puede observar en la mayor parte de ellas la dificultad para identificar la sintomatología con la patología real coincidiendo con lo que trae la bibliografía (Tajer y Rosetti), tardanza en la consulta y la percepción de un buen estado de salud como plantea Padilla Sáez.

Esto puede tener que ver con la identificación de la enfermedad cardíaca en el hombre y no lo que prevalece en la mujer, a pesar que en este siglo XXI se plantea la importancia de la patología coronaria en el género femenino a diferencia del siglo pasado. Se logró interpretar la tardanza en la consulta frente al dolor como plantea Grines y Schreibe por lo atípico de la presentación.

A su vez los diferentes autores (Rosetti y Tajer) expresan que la enfermedad cardíaca se relaciona más a los hombres que a las mujeres teniendo esto que ver con los antecedentes

históricos en cuanto a las funciones de hombre y mujer.

En la actualidad tanto las actividades laborales como el estilo de vida ha pasado a ser casi semejante entre mujeres y hombres por lo que se observa una morbimortalidad mayor en la mujer, pero como podemos ver esta concepción se encuentra arraigada en la sociedad siendo hoy considerada en la actualidad como un “mito”.

Es muy importante para poder entender los aspectos psicosociales ante la enfermedad crónica el proceso de adaptación a la situación de enfermedad como lo plantean B. Capezzuto y Gadamer, observando en todas las entrevistas las diferencias de elaboración de la vivencia experimentada. El mismo como se ha visto desde la teoría implica una serie de reacciones emocionales, sentimientos y mecanismos defensivos.

En las diferentes entrevistas se puede observar la presencia de este proceso con diferencias acordes a la personalidad de cada una de las participantes; pero en ninguna de ellas faltó el estado de “shock” e incredulidad del comienzo como plantea B. Capezzuto y Tajer, para luego seguir el curso encontrando en algunas de ellas un proceso con un pronóstico de adaptación satisfactorio y en otras se generan reacciones desadaptativas que no llegan a la adaptación de la enfermedad. Esto confirma lo traído desde la teoría con respecto a las enfermedades crónicas y su multifactorialidad y la multifactorialidad para la evolución de la misma. Los sentimientos de temor, tristeza, rabia, irritabilidad, la intensidad de los mismos hacen que cada uno de ellos varíe. Por lo que la personalidad, el contexto actual de vida, el soporte social son puntos que pueden ser factor en la protección o en el riesgo para cada uno de ellos.

Otro factor de protección que se considera importante, que se correlaciona con la teoría es la posibilidad de verbalizar estos sentimientos, ya que una representación mental con sentimiento y/o emoción facilitando el duelo e incidiendo en que la usuaria se estanque en una angustia

difusa o avancen hacia una depresión. Por lo que este punto se considera un elemento de autocuidado, cuya presencia habla de la fortaleza o fragilidad crítica de la usuaria.

Las diferentes entrevistas nos confirman que este es un proceso que requiere tiempo para integrar el cuidado y la enfermedad en la planificación de sus vidas.

Se observa también en las diferentes entrevistas la repercusión a nivel social, familiar y laboral de la enfermedad, pudiendo valorarse diferencias y similitudes a nivel del grado de soporte social en ellas. Así es como en algunas de ellas se observan vínculos de intensidad y confianza y en otras se perciben dificultades y carencias en el mismo, lo que incide en el proceso adaptativo dado en cada una de ellas.

Otro punto a destacar en la mayoría de las entrevistas es la incredulidad frente a la situación que se encuentran viviendo como los diferentes sentimientos, emociones y reacciones que se dan en el proceso de adaptación (temor, angustia, tristeza, rabia, irritabilidad) donde en el caso en que esto no se habilita expresar estos aspectos se encuentran la resignación y mayores dificultades en la adaptación a la misma.

Adaptación a la situación de la enfermedad y dificultades en la adhesión del tratamiento que influye negativamente en la calidad de vida como plantea Castro et al, donde el tabaquismo, sedentarismo y la no adhesión al tratamiento farmacológico en su totalidad en algunas de las mujeres nos habla de falta de concientización respecto a los factores de riesgo cardiovasculares.

Es una enfermedad que “cambia la vida de los sujetos” y así se observa como en algunos: desenlaces, separación, uniones más fuertes, pero en todas ellas depende de cómo era el vínculo, el que la pareja pueda esperar esos tiempos que requiere el proceso de la usuaria.

Otro factor que se observa es una mayor preocupación cuando los hijos fundamentalmente aún tienen una dependencia. Aparece el temor a la muerte muy unida a la posibilidad de un abandono

de ellos.

También se observa la incidencia en la sexualidad, la que se ve movilizada, surgiendo en algunos casos el temor desde la usuaria y desde la pareja con un sentimiento de dañar y dañarse.

Retomando a Foucault y Colliere respecto al cuidado de sí mismo, se ve que las mujeres intentan cuidarse aunque impresiona que a diferencia de lo planteado por los autores, tienden a pensar primero en el cuidado del otro.

Interpretando el paradigma de Morín se logra acercarse al conocimiento de las entrevistadas en sus diferentes dimensiones bio – psico - social - cultural.

Desde el punto de vista de la teoría de enfermería social de Malvarez se logró conocer la experiencia de vida de las participantes.

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

Se observan similitudes en aquellas mujeres entrevistadas que hicieron un proceso adaptativo satisfactorio tales como:

- Expresión y reconocimiento de emociones y sentimientos ante su situación.
- Dificultad en expresar los mismos en las que minimizan y evaden sentimientos y emociones ante su situación.
- La afectación en el entorno familiar y social que lleva a modificaciones en distinto grado en cada una de ellas.
- Los aspectos psicosociales con su importante incidencia en los procesos (personalidad, soporte social).

Los resultados que se desprenden en el análisis tienen coincidencia con lo expuesto teóricamente sobre la temática.

Como licenciada en enfermería destaco la importancia que implica habilitar un espacio de escucha activa sobre los aspectos vivenciales que contemplan un abordaje holístico habilitando el reconocimiento y un papel protagónico de las usuarias en su situación de salud - enfermedad.

Enfermería puede observar las fortalezas y fragilidades de las usuarias y su entorno que pueden incidir en el proceso de enfermedad para accionar desde lo personal cómo desde la interconsulta de ser necesario intervenciones, siendo enlace y fomentando el trabajo en equipo interdisciplinario, donde cada una de sus partes se enriquecen mutuamente con la información y discusión de lo observado.

A su vez se plantea la importancia de dar continuidad a esta investigación contemplando la población femenina a nivel país, es decir, de diferentes zonas del interior y rurales, dado que se piensa en la hipótesis de que deben existir diferencias en la elaboración del proceso salud –

enfermedad, en la adaptación a la nueva situación de salud desde el supuesto que el evento cardíaco a ellas les implicó por ejemplo un traslado con kilómetros de ruta de por medio. El temor a repetir el evento y la distancia existente geográficamente entre su ciudad o pueblo y la capital del país puede ser otro punto a contemplar. De esta forma se tendrían en cuenta las variables socio demográficas presentes.

Por otra parte sería interesante conocer las expectativas de vida posterior al evento y su relación con creencias religiosas.

Se debe tener en cuenta la longevidad manifiesta en los últimos años, por lo cual sería de interés poder incluir a mujeres adultas mayores en futuras investigaciones.

Otro punto que se podría contemplar es como vivencian los familiares este proceso vital y cómo acompañan en el mismo.

Manteniendo la línea de género y mujer con patología cardíaca se piensa que una futura investigación podría abarcar a mujeres post cirugía cardíaca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Uruguaya de Cardiología. Comité de Cardiopatía en la Mujer. Corazón de mujer: la realidad de la mortalidad de las mujeres en Uruguay. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.suc.org.uy/CCPM/DesayunoMujeresPrevencion_MG.PN.pdf [consulta: 17 ago 2017]..
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/> [consulta: 11 ago 2017].
3. Melgarejo Rojas E, Higuera Leal SA. Diferencias genotípicas y fenotípicas entre géneros: cardiología de la mujer. MÉD UIS [Internet] 2011; 24(3): 265-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v24n3/v24n3a05.pdf> [consulta: 11 ago 2017].
4. Sancho Cantus D, Solano Ruiz MC. La cardiopatía isquémica en la mujer. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet] 2011; 19(6): 1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_25.pdf [consulta: 11 ago 2017].
5. Rivas Rivero E. Entrevista a Silvina Malvárez. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería [Internet] 2016; 6(2): 9-14. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/198/> [consulta: 10 ene 2018].
6. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto Contexto Enferm [Internet] 2007; 16(3): 520-30. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a19v16n3.pdf> [consulta: 10 nov 2018].
7. Mozo C. Aportaciones y potencialidades de la antropología de la salud. Rev Andaluza Antropología [Internet] 2013; (5): 1-11. Disponible en: <http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n5/raa5/presentacion.pdf> [consulta: 2 set 2017].
8. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [consulta: 2 set 2017].
9. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud [Internet] 2007; 12: 11-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3091/309126689002/> [consulta: 2 set 2017].
10. Organización Mundial de la Salud. Género.[Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/> [consulta: 2 set 2017].

11. Diccionario de la Real Academia Española. Género. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=J49ADOi> [consulta: 10 ene 2018].
12. Grimberg M. Narrativas del cuerpo: experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. Cuad Antropol Soc [Internet] 2003; (17): 79- 99. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n17/n17a05.pdf> [consulta: 25 mar 2018].
13. Capezzuto B. Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica. En: Meliá S. Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2005. p. 95-101.
14. Palacios J, Marchesi A, Coll C. Desarrollo psicológico y educación: psicología evolutiva. Madrid: Alianza; 1998. v.1.
15. Amorín D. Apuntes para una posible psicología evolutiva. Montevideo: Psicolibros-Waslala; 2008. (Cuadernos de Psicología Evolutiva, 1).
16. Jiménez Sánchez G. Teorías del desarrollo III. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Teorias_del_desarrollo_III.pdf [consulta: 28 nov 2017].
17. Juárez Herrera y Cairo LA, Castro Vásquez MC. Aportes de la investigación social en salud: la importancia de la perspectiva de género en la comprensión de la enfermedad coronaria. Revista Estudios de Género La Ventana [Internet] 2016; 5(43): 217-45. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v5n43/1405-9436-laven-5-43-00217.pdf> [consulta: 21 nov 2017].
18. Villar F. Desarrollo adulto y envejecimiento desde el punto de vista socio contextual. En su: Psicología Evolutiva y Psicología de la Educación. [Internet]. 2003. Cap.12. Disponible en: http://www.ub.edu/dpssed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_12_ciclovital.pdf [consulta: 10 ene 2018].
19. Las ocho etapas de desarrollo del ego de Erikson. En: Dicaprio NS. Teorías de la personalidad.[Internet].1996. Cap.5. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0ByBzHDu1J9YkaVc1RHN4UEF5cFU/view> [consulta: 10 ene 2018].
20. Bernardi R, Ceretti T, Schwartzmann L. Protocolo de identificación de factores psicosociales. [Internet]. Disponible en: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/protocolo1.pdf> [consulta: 10 ene 2018].
21. Souza Minayo MC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva [Internet] 2010; 6(3): 251-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a02.pdf> [consulta: 1 dic 2017].

22. López Rosetti D. Ellas: cerebro, corazón y psicología de la mujer. Buenos Aires: Planeta; 2017.
23. Filipuzzi JM. Tratamiento endovascular del infarto agudo de miocardio. [Internet]. Disponible en: http://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_65983_65983.pdf [consulta: 20 ago 2017].
24. Rodríguez Rodríguez T. Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares: valoración actualizada desde la psicocardiología. Rev Finlay [Internet] 2012; 2(3): 158-68. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132> [consulta: 15 ago 2017].
25. Douglas PS. Artropatía coronaria en la mujer. En: Braunwald E, Zipes D, Libby P. Braunwald. Tratado de cardiología. Barcelona: Marban; 2004. v. 3. p. 2511-28.
26. Barsky A. Aspectos psiquiátricos y el comportamiento en las enfermedades cardiovasculares. En: Braunwald E, Zipes D, Libby P. Braunwald. Tratado de cardiología. Barcelona: Marban; 2004. v. 3. p. 2764-84.
27. Rodríguez T. La psicocardiología, disciplina indispensable de estos tiempos. MediSur [Internet] 2010; 8(3): 1-4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n3/v8n3a1156.pdf> [consulta: 15 ago 2017].
28. Laham M. Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. Suma Psicológica [Internet] 2008; 15 (1): 143-70. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604006.pdf> [consulta: 15 ago 2017].
29. Diccionario de la Real Academia Española. Paradigma. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=RpXSRZJ> [consulta: 3 set 2017].
30. Diccionario de la Real Academia Española. Holismo. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KZWLkpD> [consulta: 3 set 2017].
31. Mijangos Fuentes KI. El paradigma holístico de la enfermería. Salud y Administración [Internet] 2014; 1(2): 17-22. Disponible en: <http://www.unsis.edu.mx/SaludyAdministracion/02/Ensayos1.pdf> [consulta: 3 set 2017].
32. Rodríguez Jiménez S, Cárdenas Jiménez M, Pacheco Arce AL, Ramírez Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria [Internet] 2014; 11(4): 145-53. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n4/v11n4a5.pdf> [consulta: 3 set 2017].
33. Tajer D. Mujeres y enfermedad cardiovascular: género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. Anuario de Investigaciones [Internet] 2006; 13: 239-48. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a24.pdf> [consulta: 11 ago 2017].

34. Castro P, Verdejo H, Vukasovic JL, Llevaneras S, Rossel V, Lanas F, et al. Influencia de factores socioculturales en la evolución alejada de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Chil Cardiol* [Internet] 2009; 28(1): 51-62. Disponible en: http://www.sochicar.cl/images/revista_cardiologia/revista_2009/revista_1_2009/P.%20Castro.pdf [consulta: 11 ago 2017].
35. Sancho Cantus D. La enfermedad coronaria en la mujer: una aproximación fenomenológica [tesis doctoral] [Internet]. 2012. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26915/1/Tesis_Sanchez_Cantus.pdf [consulta: 11 ago 2017].
36. Barros M, Fusaro Casellas L, Coria N, Duronto EA, Beck E, Bozovich GE. Las mujeres con síndromes coronarios agudos reciben menos intervenciones en la fase aguda que los hombres en una población argentina. *Rev Argent Cardiol* [Internet] 2013; 81(4): 316-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v81n4/v81n4a07.pdf> [consulta: 12 ago 2017].
37. Abramsohn EM, Decker C, Garavalia B, Garavalia L, Gosch K, Krumholz H, et al. I'm not just a heart, I'm a whole person here: a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction. *J Am Heart Assoc* [Internet] 2013; 2(4): 1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828784/pdf/jah3-2-e000199.pdf> [consulta: 12 ago 2017].
38. Padilla García CI, Sáenz Montoya X. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el modelo conceptual del manejo de los síntomas. *Av Enferm* [Internet] 2014; 32(1): 102-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a11.pdf> [consulta: 14 ago 2017].
39. Mejía Lancheros C, Estruch R, Martínez González MA, Salas Salvadó J, Castañer O, Corella D, et al. Impact of psychosocial factors on cardiovascular morbimortality: a prospective cohort study. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet] 2014; 14(135): 1-9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195872/pdf/12872_2014_Article_783.pdf [consulta: 11 ago 2017].
40. Molina DI, Arnoby Chacón J, Esparza AS, Milena Botero S. Depresión y riesgo cardiovascular en la mujer. *Rev Colomb Cardiol* [Internet] 2016; 23(3): 242-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v23n3/v23n3a15.pdf> [consulta: 14 ago 2017].
41. Valencia Micolta SG, Rodríguez Torres E. Ahí me aguanté mi dolor: contexto sociocultural y económico de mujeres con síndrome con coronario residentes en Cali y otros municipios del Valle del Cauca. *Enferm Glob* [Internet] 2015; 14(40): 201-16. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/docencia4.pdf> [consulta: 11 ago 2017].
42. Vetter C, Devore E, Wegrzyn L, Massa J, Speizer F, Kawachi I, et al. Association between rotating night shift work and risk of coronary heart disease among women. *JAMA* [Internet] 2016; 315(16): 1726-34. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/42727> [consulta: 12 ago 2017].

43. Grines C, Schreiber T. Women are complex creatures. *JACC: Cardiovascular Interventions* [Internet] 2016; 9 (7): 685-6. Disponible en: <http://proxy.timbo.org.uy:443/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=27056306&lang=es&site=eds-live> [consulta: 12 ago 2017].
44. Wieslander I, Mårtensson J, Fridlund B, Svedberg P. Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation care. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet] 2016; 11: 1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4864844/pdf/QHW-11-30633.pdf> [consulta: 12 ago 2017].
45. Sancho Cantus D. Cambios en la enfermedad coronaria en la mujer al año del evento cardíaco. *Ene* [Internet] 2016; 10(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100009 [consulta: 11 ago 2017].
46. Ferráz Torres M, Marín Fernández B, Belzunegui Otano T. Factores relacionados a las desigualdades de género observadas en el tratamiento de la cardiopatía isquémica en los servicios de urgencias. *Rev Enferm Cardiol* [Internet] 2016; 22(68): 54-9. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/68_revista_completa.pdf [consulta: 16 ago 2017].
47. Silva Oliveira B, Oliveira Silva AC, Ribeiro Azevedo P, Carvalho Silva LD. Impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres. *Rev Baiana Enferm* [Internet] 2016; 30(1): 305-15. Disponible en: http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14591/pdf_29 [consulta: 16 ago 2017].
48. Folgarait A. Ellas también se infartan, pero peor. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/actualidad/ellas-tambien-se-infartan-pero-peor/> [consulta: 25 mar 2018].
49. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. Acute myocardial infarction in women: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* [Internet] 2016; 133(4): 1-33. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2016/01/25/CIR.0000000000000351> [consulta: 25 mar 2018].
50. Dreyer RP, Wang Y, Strait KM, Lorenze NP, D'Onofrio G, Bueno H, et al. Gender differences in the trajectory of recovery in health status among young patients with acute myocardial infarction: results from the variation in recovery: role of gender on outcomes of young AMI patients (VIRGO) study. *Circulation* [Internet] 2015; 131(22): 1971-80. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/131/22/1971.long> [consulta: 25 mar 2018].
51. Paniagua M. Infarto agudo del miocardio en las mujeres. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.siacardio.com/editoriales/sindrome-coronario-agudos/infarto-agudo-del-miocardio-en-las-mujeres/> [consulta: 12 ago 2017].

52. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Motivos de enfermedades cardiovasculares en Uruguay 2000-2002. [Internet]. Disponible en: <http://cardiosalud.org/files/documents/mortalidad2000-2002.pdf> [consulta: 16 ago 2017].
53. Valverde M, Ormaechea G, Acle S, Marino A, Álvarez Rocha A. Características de la cardiopatía isquémica en la mujer. Arch Med Int [Internet] 2009; 31(2-3): 46-59. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v31n2-3/v31n2-3a03.pdf> [consulta: 16 ago 2017].
54. Zelarayán M, Curto S. Mortalidad cardiovascular en Uruguay: análisis de su distribución mensual y diaria. Tendencias en Medicina [Internet] 2012; 40(1): 19-26. Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes40/art_04.pdf [consulta: 14 ago 2017].
55. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2012. [Internet]. Disponible en: http://www.cardiosalud.org/files/documents/2015_chscv_cv_morbilidad_2012_y_mortalidad_2013.pdf [consulta: 14 ago 2017].
56. Sociedad Uruguaya de Cardiología. Comité de Cardiopatía en la Mujer. Corazón de mujer: la realidad de la mortalidad de las mujeres en Uruguay. [Internet]. 2014 Disponible en: http://www.suc.org.uy/CCPM/DesayunoMujeresPrevencion_MG.PN.pdf [consulta: 17 ago 2017].
57. Informe sobre las principales causas de muerte en Uruguay. Montevideo Portal 2016 noviembre 30 [Internet]. Disponible en: <https://www.montevideo.com.uy/Mujer/Informe-sobre-las-principales-causas-de-muerte-en-Uruguay-uc326941> [consulta: 14 ago 2017].
58. Artucio C, Giambruno M, Duro I, Michelis V, Korytnicki D, Barranco D, et al. Enfermedad cardiovascular en las mujeres: cómo la perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres. Rev Urug Cardiol [Internet] 2017; 32(1): 13-22. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v32n1/1688-0420-ruc-32-01-00013.pdf> [consulta: 15 abr 2018].
59. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill Interamericana; 2014.
60. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender: recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf> [consulta: 25 mar 2018].
61. Prado ML do, Souza ML de, Carraro TE. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington: OPS; 2008.

ANEXOS

Anexo N° 1: Estadios de Erick Erikson de desarrollo psicosocial

ESTADIO	A Estadios y modos psicosexuales	B Crisis psicosociales Sintónica y distónica	C Relaciones sociales significativas	D Fuerzas básicas Virtudes y fuerzas sincrónicas	E Patologías básicas Antípata y fuerza distónica	F Principios relacionados de orden social	G Ritualizaciones vinculantes - integrantes (Institución)	H Ritualizaciones Desvinculantes- Desintegrantes (Sistemas Sociales)
I- INFANTE (1 año)	SENSORIO MOTOR - ORAL - RESPIRATORIO	CONFIANZA VS DESCONFIANZA BÁSICA	PERSONA MA- TERNA Diada	ESPERANZA "Yo soy la esperanza de tener y dar."	DESCONFIANZA Retramiento	ORDEN CÓSMICO Universo (Religión)	TRASCENDENTE (Religión - Iglesia)	IDOLATRÍA
II- INFANCIA (2 a 3 años)	MUSCULAR - ANAL ENTRENAMEN- TO HIGIÉNICO	AUTONOMÍA VS VERGÜENZA Y DUDA	PADRES	VOLUNTAD "Yo soy lo que puedo querer libremente."	VERGÜENZA Y DUDA	LEY Y ORDEN (Legal)	JUDICIALES Ley y condemna (Judiciario)	LEGALISMO
III- PREES- COLAR EDAD DEL JUEGO (3 a 5 años)	INFANTIL Genital - loco- motor. Aprendi- zaje sexual	INICIATIVA VS CULPA Y MIE- DOS	FAMILIA BÁSICA Triada	PROPÓSITO "Yo soy lo que puedo imaginar que seré."	SENTIMIENTO DE CULPA Y MECOS Inhibición	PROTOTIPOS IDEALES (Artes)	DRAMÁTICAS Artes, teatro, drama, Mitología (Artes dramáticas)	MORALISMO
IV- EDAD ESCOLAR (6 a 12 años)	LATENCIA	LABORIOSIDAD VS. INFERIORI- DAD	VECINDARIO Y ESCUELA	COMPETENCIA "Yo soy lo que puedo aprender para realizar en el trabajo."	INFERIORIDAD Inercia	ORDEN TECNOLÓGICO (Tecnología)	FORMALES Técnicas (Tecnología)	FORMALISMO
V- ADO- LESCENCIA (12 a 20 años)	PUBERTAD	IDENTIDAD VS. CONFUSIÓN DE IDENTIDAD	GRUPO DE IGUALES Y otros grupos Modelo de liderazgo	FIDEIDAD - FE "Yo soy lo que puedo creer fielmente."	CONFUSIÓN DE IDENTIDAD Postergar valo- res. Monstruo psicosocial	VISIÓN DEL MUNDO IDEOLOGÍA (Comovisión)	IDEOLOGICAS (Orden ideológico)	TOTALITARISMO (Fanatismo)
VI- ADULTO JOVEN (20 a 30 años)	GENITALIDAD	INTIMIDAD VS. AISLAMIENTO	COMPAÑEROS de amor y traba- jo. Competencia Cooperación	AMOR "Nosotros somos lo que amamos"	AISLAMIENTO Exclusividad Narcisismo	PATRONES DE COOPERACIÓN Sentido Ético (Asociaciones)	ASOCIATIVAS Solidaridad (Asociaciones abiertas al cerca)	EUTISMO Clase
VII- ADULTO (30 a 50 años)	PRODUCTI- VIDAD	GENERATIVIDAD VS. ESTANCA- MIENTO	TRABAJO DIVI- DIDO Familia y hogar compartidos	CUIDADO - CELO Caridad "Yo soy lo que cuido y celo"	ESTANCA- MIENTO Rechazo	CORRIENTES DE EDUCACIÓN Y TRADICIÓN (Asociaciones)	GENERACIO- NALES Productividad y Creatividad (Familia)	AUTORITARISMO (Poder degenerado)
VIII- VIEJO (Después de los 50 años)	GENERALIZA- CIÓN de los modos sensoriales	INTEGRIDAD VS. DESESPERANZA	GÉNERO HUMA- NO "Mi género"	SABIDURÍA "Yo soy lo que sobrevive en mí."	DESESPERA- ZA Desdén	SABIDURÍA (Síntesis existencial)	FILOSÓFICAS (Teorías Filosóficas)	DOGMATISMO (Ritualismo)

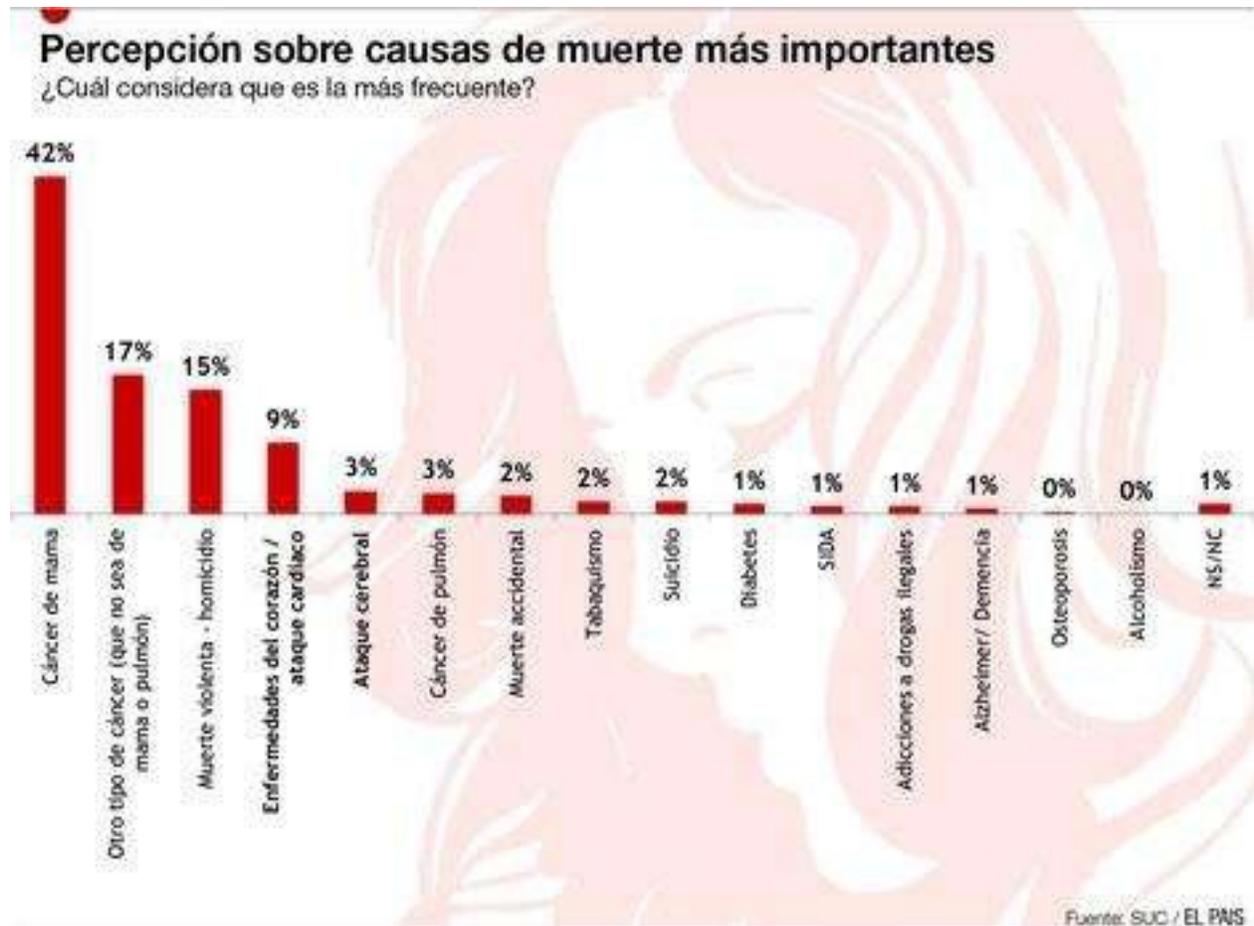
Fuente: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

Anexo N° 2: Enfermedades del Sistema Circulatorio por la Organización Mundial de la Salud en la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

PATOLOGÍAS	CÓDIGO
Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas del corazón	(100 -199)
Enfermedades hipertensivas que incluye :	(110 -115)
Hipertensión esencial	(110)
Enfermedad cardíaca hipertensiva	(111)
Enfermedad renal hipertensiva	(112)
Enfermedad cardiorenal hipertensiva	(113)
Hipertensión secundaria	(115)
Enfermedades isquémicas del corazón que incluye:	(120 125)
Infarto agudo del miocardio	(121)
Otras formas agudas y subagudas de la enf. isquémica del corazón	(124)
Infarto antiguo del miocardio	(122)
Angina de pecho	(120)
Otras formas de la enfermedad isquémica crónica del corazón	(125)
Enfermedad cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	(126 128)
Otras formas de enfermedad cardíaca	(130 152)
Enfermedades cerebrovasculares que incluyen:	(160 169)
Hemorragia subaracnoidea	(160)
Hemorragia intraencefálica	(161)
Otra hemorragias intracraneales no traumáticas	(162)
Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin infarto	(165)
Oclusión de las arterias cerebrales sin ocasionar infarto	(166)
Isquémia cerebral transitoria	(167 168)
Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida	(164)
Otras enfermedades cerebrovasculares y la mal definida	(167)
Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular	(169)
Enfermedades de arterias, arteriolas y capilares	(170 179)
Enfermedades de venas, vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte	(180 189)
Otros e inespecíficos desórdenes del sistema circulatorio	(195 199)

Fuente: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

Anexo N° 3: Percepción sobre causas de muerte más importantes en Uruguay 2014



Fuente: http://www.suc.org.uy/CCPM/Corazon_de_Mujer_Artucio.pdf

Anexo N° 4: Aval del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca



INCC

Prof. Dr. Orestes Fiandra

Montevideo 07 de setiembre de 2017

Facultad de Enfermería

Prof. Laura Fascioli

El Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca brinda autorización para la realización de la monografía titulada "Impacto Psicosocial en mujeres jóvenes post tratamiento endovascular coronario".

Trabajo a ser realizado por la licenciada Gabriela Dotti.


DR. CESAR PARDIÑAS
Presidente de INCC

CENTRO ASISTENCIAL: Luis A. de Herrera 2275 - Sanatorio IMPASA
DEPARTAMENTO DE HEMODINAMIA: Tel.: 2487 0010 - Fax: 2487 0065
E-mail: hemodinamia@incc.com.uy
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA CARDÍACA: Tel.: 2481 0209 - Fax: 2481 4150
E-mail: cirugia@incc.com.uy
ADMINISTRACIÓN: Prof. Dr. Pablo Purriel 1120 - Tel.: 2487 0010 - Fax: 2481 1666
C.P. 11600 Montevideo - URUGUAY
Internet: <http://www.incc.com.uy> - **E-mail:** administracion@incc.com.uy

Anexo N° 5: Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



Montevideo, 19 de diciembre de 2017

Estimada investigadora Lic. en Enfermería Gabriela Dotti.

El Comité de ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería ha recibido las enmiendas solicitadas, (aval del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca INCC, y el cronograma actualizado de la investigación) con lo cual se aprueba el protocolo presentado para desarrollar la investigación “Impacto psicosocial en mujeres jóvenes post tratamiento endovascular coronario”.

Atentamente,
Prof. Adjto Claudia Morosi
Por Adjto Araceli Otárola
Prof. Inés Umpiérrez
Lic. en Enf. José Priori

APÉNDICE

Apéndice N° 1: Tabla de búsqueda bibliográfica para antecedentes internacionales

Base de datos o Página Web	Palabras clave	Resultados seleccionados	Idioma	Rango de años	Metodología
Organización Mundial de la Salud	Género y salud / Mujeres	3	Español / Inglés	2007 - 2017	-
Organización Panamericana de la Salud	Políticas / Género y salud	4	Español	2007 - 2017	-
Pubmed	Myocardial infarction / women / Qualitative research / Psychosocial impact	7	Inglés	2007 - 2017	Cualitativa
Lilacs	Enfermedad coronaria / Mujeres / Género y salud	11	Español	2007 - 2017	Cualitativa
SciELO	Enfarte do miocárdio / Mulheres	4	Portugués	2007 - 2017	Cualitativa Cuantitativa
Timbó	Género y salud / Mujeres / Enfermedad coronaria	40	Español/ Portugués/ Inglés	2007 - 2017	Cualitativa
Cuiden	Infarto miocardio / Mujeres	11	Español/ Portugués	2007 - 2016	Cualitativa
Dialnet	Infarto miocardio / Mujeres / Género y salud	6	Español	2009 - 2019	Cualitativa
Redalyc	Psicocardiología / Teoría cognitiva social	4	Español	2007 - 2016	-
Dialnet	Psicocardiología / Teoría cognitiva social	6	Español/ Portugués	2009 - 2019	-
Timbó	Psicocardiología / Teoría cognitiva social	8	Español/ Portugués	2009 - 2019	-

Dialnet	Historia / Cardiología / Enfermería	6	Español	2009- 2019	-
Redalyc	Historia / Cardiología / Enfermería	10	Español	2007 - 2017	-
Dialnet	Impacto psicosocial	10	Español/ Inglés	2009 - 2019	-

Fuente: Dotti G. Elaboración tabla con antecedentes bibliográficos internacionales

Apéndice N° 2: Tabla de búsqueda bibliográfica para antecedentes nacionales

Base de datos / Página Web	Palabras clave	Resultados seleccionados	Rango de años	Idioma	Metodología
Scielo	Enfermedad coronaria / Mujeres / género y salud	4	2007 - 2017	Español	Cuantitativa
Comisión Honoraria Salud Cardiovascular	Enfermedad coronaria / mujeres	3	2007 - 2016	Español	-
Sociedad Uruguaya de Cardiología	Enfermedad coronaria / Mujeres	4	2007-2016	Español	-

Fuente: Dotti G. Elaboración tabla con antecedentes bibliográficos nacionales.

Apéndice N° 3: Información a las usuarias participantes

Señora, mi nombre es Gabriela Dotti soy Licenciada en Enfermería docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y la estoy invitando a participar de la investigación **“IMPACTO PSICOSOCIAL EXPRESADO POR MUJERES ENTRE 20 Y 50 AÑOS DE EDAD POST TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CORONARIA. Una mirada desde la perspectiva de género.**

Este trabajo es requisito como Trabajo Final de Tesis de Maestría en Salud Mental.

El objetivo es analizar que sentimientos experimentó usted cuando vivió esa experiencia.

De aceptar participar será expresamente en forma voluntaria, anónima y no recibirá remuneración económica por participar en esta investigación.

No existen riesgos para los participantes.

Deseo aclarar que todo lo que se hable en la entrevista será confidencial, utilizado solamente por la investigadora en su trabajo y además podrá retirarse de la entrevista en cualquier momento que desee o de lo contrario sentirse en plena libertad para no contestar aquellas preguntas que puedan incomodarla.

Esta entrevista, de estar usted de acuerdo, se grabará, grabación de audio.

Gabriela Dotti

Teléfono de contacto: 094402749

Apéndice N° 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yohe sido informada respecto al estudio

“Impacto psicosocial expresado por mujeres post tratamiento endovascular coronaria”

cuyo objetivo es analizar que sentimientos experimentó cuando vivenció esa experiencia. Es

llevado a cabo por la Licenciada en Enfermería Gabriela Dotti.

El mismo es requisito como trabajo final de tesis de Maestría en Salud Mental.

Fui debidamente informada de los riesgos y beneficios de la participación en esta investigación.

He podido realizar todas las consultas respecto a la investigación y se me ha entregado una hoja de información.

Se me ha informado que puedo retirarme de la misma cuando lo desee y que ello no será perjudicial para mi persona.

Doy mi consentimiento para participar en este estudio.

.....

.....

Firma de la participante

Firma del investigador

Apéndice N° 5: Guía entrevista a mujeres post tratamiento endovascular coronario

¿Podría Ud. describir como es un día típico en su vida diaria ahora luego del evento coronario y del tratamiento endovascular coronario recibido?

¿Considera usted que se han producido cambios en su vida? ¿Cuáles?

¿Considera ud. que se han dado cambios a nivel familiar? ¿Cuáles?

¿Y de pareja? ¿Cuáles?

¿En su trabajo? ¿Cuáles?

Ficha individual

Seudónimo:

Edad:

Ocupación:

Nivel de instrucción:

¿Vive sola o en familia?

¿Quiénes conviven como familia?

Situación de vivienda:

Apoyo familiar:

Hijos:

Barrio:

Apéndice N° 6: Ficha de transcripción de entrevista

Entrevista N°:
Seudónimo:
Entrevistador:
Duración de la entrevista:
Lugar de la entrevista:
Condiciones generales de la entrevista:
Transcripción:
Comentarios:
I:
E:

Fuente: Dotti G. Elaboración de ficha de transcripción de entrevista

Apéndice N°7: Categorías y subcategorías de análisis

UNIDAD de ANALISIS: Impacto psicosocial expresado por mujeres entre 20 y 50 año de edad post tratamiento endovascular coronario	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Reconocimiento de sintomatología	<ul style="list-style-type: none">  Dolor  Ardor  Cansancio  Pesadez
2. Repercusión de la enfermedad en su relación familiar	<ul style="list-style-type: none">  Dependencia  Limitaciones  Roles
3. Repercusión de la enfermedad en su relacionamiento social y laboral	<ul style="list-style-type: none">  Aislamiento
4. Aspectos psicológicos:	<ul style="list-style-type: none">  Ánimo
A. Repercusión psicológica de la patología	<ul style="list-style-type: none">  Miedo
B. Vivencia de la enfermedad – proceso de adaptación	<ul style="list-style-type: none">  Ansiedad  Soledad
5. Autocuidado	<ul style="list-style-type: none">  Adhesión al tratamiento

Fuente: Dotti G. Elaboración de tabla con categorías y subcategorías de análisis de contenido

Apéndice N° 8: Tabla de expresiones analizadas según categorías

CATEGORIAS	EXPRESIONES
<p>1. Reconocimiento de sintomatología</p>	<p>E1 Rubí: <i>“No me di cuenta, pensé que era la presión, me sentía mareada, pensé en un pico de presión”</i></p> <p><i>“Estaba haciendo el infarto y estaba fumando, no sabía que estaba infartando”</i></p> <p><i>“No me di cuenta”</i></p> <p>E2 Esmeralda: <i>“Empezó como una cosa rara en las piernas y en los brazos y dije me siento rara, no me siento bien, no sé explicarlo”</i></p> <p><i>“No sé que tengo, pero siento una sensación rara en todo el cuerpo”</i></p> <p><i>“Tenía inquietud”</i></p> <p>E3 Zafiro: <i>“No lo podía creer, me dijeron que estaba haciendo un infarto y yo me reía, pensaba, ... tendría que haber venido antes, mira si me moría”</i></p> <p><i>“Un mes antes tuve un dolor rarísimo en el tórax y en la espalda y también me costaba respirar pero pensé que con unos masajes se me iba a ir”</i></p> <p><i>“Me preocupaba el dolor pero no pensé que fuera el corazón...esperaba que fuera más fuerte, no se”</i></p> <p><i>“Tuve una desconfianza, pero me decía no...no puede ser,</i></p>

es como que no te querés dar cuenta”

“El dolor era raro, no era en los brazos, era bien en el medio de la espalda, sudor frío, no sé cómo explicarlo, fue horrible”

E4 Ágata: *“Al principio sentía cansancio, llegaba a casa cansada, me acostaba*

“Pensé que era algo del estomago, ... cuando me dijeron que era el corazón, dije, ¿de dónde salió esto?”

“Después empezó un ardor en el pecho, cansancio en los brazos”

“Yo pensaba de ninguna manera es el corazón”

“Jamás pensé que era el corazón, no se me paso por la mente”

“Cuando me dijeron que me tenía que quedar internada, no podía entenderlo, les dije; si yo me cuido”

E5 Aguamarina: *“Pensé que era muscular, dolor en la espalda, una contractura, un mal esfuerzo”*

E6 Amatista: *“Hacía unos días que tenía una sensación rara en el pecho, consulte en la emergencia y tenía la presión alta, y ahí vomite”*

E7 Ámbar: *“Sentí como dolor en la espalda”*

“me sentía rara”

“inquieta”

“lo único que sentí fue dolor en la espalda como que

	<i>fuera columna”</i>
2.Repercusión de la enfermedad a nivel familiar	<p>E1 Rubí: “ <i>En casa yo hago hasta dónde puedo</i>”</p> <p><i>“Cuando no puedo, no puedo”</i></p> <p><i>“Me ayudan mi hermano y mi hijo de 25 años en las tareas de la casa”</i></p> <p>E2 Esmeralda: “<i>Me siento impotente, dependo mucho de mi hija</i>”</p> <p><i>“Uno se siente como que ya no sirve”</i></p> <p>E3 Zafiro:“<i>Los primeros meses me sentía un poco dependiente</i>”</p> <p><i>“Tenía miedo a tener sexo, a agitarme, ahora estoy separada de mi esposo”</i></p> <p><i>“Mi hijo grande me cuida, el chico parece no tener conciencia”</i></p> <p>E4 Ágata: “<i>Mis hijos me ayudan, obvio, tienen miedo</i>”</p> <p><i>“Mi esposo tiene miedo... cuidado no hagas esto, aquello, ¿te sentís bien?”</i></p> <p>E5 Aguamarina: “<i>Sin duda que mi marido que trabaja afuera, se ha visto sobrecargado con todo esto y hay veces que eso en la familia se siente</i>”</p> <p><i>“Estoy sobrecargando a los demás”</i></p> <p><i>“Pienso que va a ser de mi”</i></p> <p>E6 Amatista: “<i>... el miedo estaba comenzando a afectar</i></p>

	<p><i>la relacion familiar con mi esposo y con mi hija”</i></p> <p><i>“Me puse sobreprotectora con mi hija, la controlaba en lo que comía”</i></p> <p><i>“Mi esposo me entiende y trata de acompañarme dentro de lo que pude”</i></p> <p><i>“cansancio, ansiedad, todas esas coas que también se las he trasmitido a el (esposo)”</i></p> <p>E7 Ámbar: <i>“después de unos meses de haber pasado todo eso yo me separe”</i></p>
<p>3.Repercusión de la enfermedad a nivel social y laboral</p>	<p>E1 Rubí: <i>“Me cuestan algunas cosas más que otras como iba a pasar”</i></p> <p><i>“Trabajo de lunes a sábados limpiando un edificio”</i></p> <p><i>“Me angustio porque no me gusta estar encerrada”</i></p> <p><i>“Mi día libre no hago nada, me siento y miro televisión”</i></p> <p><i>“Siento que mis amigos me quieren cuidar más de lo que es, de repente tienen un trato preferencial, yo quiero que me traten como siempre”</i></p> <p>E2 Esmeralda: <i>“Tengo solo una amiga que va a casa y después, le digo, la verdad: hay gente que me ha dicho, no te queremos ver así y eso me tira abajo”</i></p> <p>E3 Zafiro: <i>“Tengo gente conocida, amigos no, tengo gente del futbol de mi hijo y la gente de mi trabajo, es con quienes tengo más contacto”</i></p>

	<p>E4 Ágata: <i>“Antes salía con una amiga, ahora nos llamamos pero no nos hemos visto, tengo desgano, yo que se”</i></p> <p><i>“Si voy a un cumpleaños es como que miro desde afuera, yo antes bailaba”</i></p> <p>E5 Aguamarina: <i>“Me cuesta salir, estoy más en casa, creo que es por miedo”</i></p> <p><i>“Miedo a estar con amigas y que me pase algo y no se den cuenta, o que nadie me pueda ayudar”</i></p> <p><i>“Me estoy como encerrando, prefiero quedarme en lo seguro, en mi casa”</i></p> <p>E6 Amatista: <i>“Tengo un grupo de amigas que nos conocemos de toda la vida pero mi esposo por miedo me acompaña y no es lo mismo”</i></p> <p>E7 Ámbar: <i>“no implicó muchos cambios, nunca fui de salir mucho, soy de estar más en mi casa”</i></p> <p><i>“lo que si me di cuenta es de los amigos reales”</i></p> <p><i>“...hay gente que me cuidaba a mi hijo y eran amigos”</i></p> <p><i>“ mantengo mi actividad laboral, soy enfermera”</i></p>
<p>4.Aspectos psicológicos:</p> <p>A. Repercusión psicológica de la patología</p> <p>B. Vivencia de la enfermedad – proceso de adaptación.</p>	<p>E1 Rubí: <i>“De las enfermedades coronarias no se puede esperar mucho”</i></p> <p><i>“El corazón para mi es una cosa traicionera”</i></p> <p><i>“ Lo que más me ha afectado es el tema de la salud, pero a nivel psicológico no he tenido problemas, no he tenido</i></p>

tristeza ni nada”

“Soy apasionada de caminar y hay momentos que no puedo, me quedo... cansada”

“Volver a mi casa fue... me angustio porque estar encerrada no quiero, tampoco estar en una cama”

“Del 1 al 10 yo estoy en un 8, me rio de todo, no vale la pena más nada”

“ Preocupa un poco pero tampoco voy a bajonarme..., nada de ponerme a llorar”

“Quedo cansada, que se me sale el corazón”

“Loca fui siempre con el tema del humor, desde que me conozco soy así”

“No puedes llorar tranquila, yo canto, grito”

“Dejo todo fluir”

“Yo trabajo, sigo con mi vida”

“Me llevo un mes y medio o dos volver a mi vida”

E2 Esmeralda: *“Antes estaba muy entregada, pero después dije no puede ser que con 45 años me deje morir”*

“Me cambio la vida de un día para el otro” “A veces me pongo triste, es la soledad”

“Creo en Dios, tengo fe que voy a salir bien”

“Todo me pone nerviosa, yo misma me hablo y me digo

tengo que estar tranquila”

“Mi vida no esta siendo fácil”

“Mi ánimo no esta del todo bien ha decaído, ya no me siento igual”

“Estoy no se...deprimida, me siento como triste”

“Me ve el psiquiatra y me da medicación pues me cuesta dormir”

“Yo hago lo que puedo de a poquito”

“Me he sentido bien, bueno es todo un día a día”

“Hay que pelearla, no fue fácil pero bueno...”

E3 Zafiro: *“Tenia un poco de miedo a que me pasara algo cuando volví a casa”*

“Angustia de cómo a mi edad me pasaba esto”

“Tengo miedo de que mis hijos queden solos” “Lo que más me afecta es que ahora me tengo que cuidar más, tengo dos hijos chicos”

“Me sentaba en el sillón y me ponía a llorar”

“Me vienen a veces... ataques de depresión, que necesito llorar, pero no puedo”

“No tengo tanta paciencia con mis hijos como antes”

“Uno se plantea ¿por qué le pasa esto?”

“Duermo mal y tomo medicación”

“Después de los dos o tres meses empecé a trabajar, ya

me habían dado el alta”

“Trabajaba 14 horas, ahora 8, mi cuerpo no es el mismo”

E4 Ágata: *“Me da rabia, impotencia, porque me paso esto si yo me cuidaba”*

“Temor de que me vuelva a pasar lo mismo”

“Es una mezcla, tengo bronca” “Me cuesta aceptar”

“Tengo miedo de no despertar”

“Quizás sea porque yo le tengo miedo a la muerte, no acepto que un día me voy a morir”

“Me siento más vieja”

“Si me siento mal, si estoy cansada, pienso que debe ser por lo que me paso, estoy como perseguida”

“No es fácil para mí, es como una bofetada que no te la esperas”

“Ni bien me dieron el alta yo quería salir a trabajar”

“Yo trabajo en dos casas y siento que me cortaron independencia, tengo limites, y eso me hace sentir mal”

E5 Aguamarina: *“A uno le tocan el corazón y parece que le tocan todo” “No me di cuenta y, ¿si me vuelve a pasar?”*

¿Si otra vez que me pase es más grave?, ¿si me muero?”

“Estoy mas bajoneada, decaída, no sé si triste”

“Ya no me rio como lo hacía antes”

“Lloro con facilidad por cosas cotidianas”

“Hay veces que me enojo porque me pregunto, ¿Por qué me paso esto?”

“No quiero tener sexo con mi marido, esa parte ya no cuenta para mi, tengo miedo”

“Muchas cosas han cambiado, tengo temores”

“Hay cosas que ya no hago, algunas actividades de la casa porque no quiero hacer esfuerzo”

“Uno se queda con ese sentimiento de inestabilidad, de temor”

“Tengo miedo a morirme, pero sobretodo que me vuelva a pasar”

“Estoy enojada con la vida”

“Todo el apoyo viene de mi familia”

E6 Amatista: *“Miedo a estar en casa sola o con mi hija que es una adolescente y que me pase algo”*

“Miedo de estar haciendo un domicilio y que me pase algo en lo del paciente”

“Tenía miedo a dormirme, que me pasara algo y no darme cuenta”

“Tenía miedo de morirme durmiendo”

“he tenido cambios de humor, me he sentido deprimida,

	<p><i>me he sentido con miedos... ”</i></p> <p><i>“...me siento vulnerable a las situaciones ...”</i></p> <p><i>“me angustio y a veces he llorado”</i></p> <p><i>“Ha sido un proceso difícil luego del estudio”</i></p> <p><i>“Un susto tremendo, una sensación horrible porque yo ya había vivido las dos cirugías de corazón de mi padre”</i></p> <p><i>“A uno le explican que no va a sentir nada, aunque va a estar despierto, pero igual sentí mucho miedo”</i></p> <p><i>“Hay veces que me emociono mas, estoy más vulnerable”</i></p> <p><i>“Me angustio y a veces lloro”</i></p> <p>E7Ámbar: <i>“Me costaba dormir, tenía miedo de no despertarme”</i></p> <p><i>“Lloraba todo el tiempo, había momentos que me quebraba”</i></p> <p><i>“Hasta el día de hoy recuerdo y se me hace un nudo en la garganta”</i></p> <p><i>“Me siento como una anciana, porque las ancianas toman muchos medicamentos”</i></p> <p><i>“No quería tener relaciones con mi pareja por miedo”</i></p>
<p>5.Autocuidado</p>	<p>E1 Rubí: <i>“Deje de fumar y camino algo, me cuido y si se repite es porque es para uno”</i></p> <p><i>“Camino media hora pero me fatigo, pero igual sigo”</i></p>

E2 Esmeralda: *“Yo hasta lo último que me digan con tal de mejorar la salud , voy a hacer todo”*

E3 Zafiro: *“A veces me cuesta comprar la medicación y a veces algún medicamento no lo tomo pero no siento la diferencia”*

“No fumo lo que fumaba antes, pero sí, estoy fumando de nuevo”

“Deje de tomar los remedios por mi situación económica por algunos días”

“Soy un poco atorrante, camino solo en mi trabajo”

“Como todo al horno y sin sal, aunque a veces peco con mis hijos”

E4 Ágata: *“A veces me olvido de la medicación, es como un rechazo”*

E5 Aguamarina: *“Me cuesta cocinar todo sano, somos una familia de cuatro y mi marido es carnívoro”*

“Me cuesta cambiar hábitos, y también hay una cuestión de tiempos y plata”

“La medicación la cumplo y trato de salir a caminar 2 o 3 veces por semana”

E6 Amatista: *“No fumo y me cuido en las comidas”*

“No hago ejercicio que me lo recomendaron, tengo una bicicleta que nunca la use y voy a empezar”

E7 Ámbar: *“Me dijeron que debo tomar cardioaspirina de por vida y cumplo”*

“En las comidas no me cuido pero estoy haciendo ejercicio de nuevo”

Apéndice N° 9: Caracterización de las participantes.

Entrevista y Seudónimo	Edad	Ocupación	Nivel de instrucción	Situación de vivienda	Apoyo familiar	Hijos	Atención de salud
E 1: Rubí	46	Empleada doméstica	Primaria completa	Alquila	Hermano e hijo	1 de 25 años	Privada
E2: Esmeralda	43	Ama de casa	Secundaria completa	Propietaria	Ex esposo, hija y madre	1 de 23 años	Pública
E 3: Zafiro	43	Empleada doméstica	Secundaria incompleta	Alquila	Esposo Hijos	2 de 14 y 7 años	Privada
E 4: Ágata	48	Empleada doméstica	Secundaria incompleta	Alquila	Pareja hijos	2 de 21 y 15 años	Privada
E 5: Aguamarina	40	Ama de casa	Secundaria incompleta	Alquila	Esposo e hija	2 de 10 y 12 años	Privada
E6: Amatista	45	Podóloga	Secundaria completa	Propietaria	Esposo Hija	1 de 15 años	Privada
E 7: Ámbar	37	Auxiliar de enfermería	Secundaria completa	Propietaria	Madre Hijo	1 de 8 años	Privada

Fuente: Dotti G. Elaboración de tabla de categorización de participantes.