

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

**EL CUIDAR DE SI PARA LA PERSONA
QUE HA TENIDO LA VIVENCIA DE UN
INFARTO DE MIOCARDIO**

Autora: MgSc. Berta Guevara.

Tutora: Dra. Amarilis Zambrano de Guerrero.

Valencia, Abril 2010

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

**EL CUIDAR DE SI PARA LA PERSONA
QUE HA TENIDO LA VIVENCIA DE UN
INFARTO DE MIOCARDIO**

Autora: MgSc. Berta Guevara.

Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de Doctora en Enfermería Salud y Cuidado Humano.

Valencia, Abril 2010

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

**EL CUIDAR DE SI PARA LA PERSONA
QUE HA TENIDO LA VIVENCIA DE UN
INFARTO DE MIOCARDIO**

Autora: MgSc. Berta Guevara.

Aprobado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo
por miembros de la Comisión Coordinadora.

Nombres y Apellidos

Firma

Valencia, Mayo 2007

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

VEREDICTO

Nosotros, Miembros del Jurado designado para la evaluación de la Tesis Doctoral titulada **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio** presentado por la MgSc. Berta Guevara, para optar al Título de Doctora en Enfermería, Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: **APROBADO**

Nombres y Apellidos

CI

Firma

Valencia, Abril 2010

DEDICATORIA

A mi querido y amado Padre Celestial: JEHOVA DIOS, por darme la oportunidad de vivir cada día.

A mí amada Madre, que aunque no presenciaste el fruto de este esfuerzo, sé que me bendices y me iluminas en tu nueva vida, te doy gracias por servir de instrumento a DIOS para traerme a este mundo.

A mí amado y recordado sobrino Andrés Rafael que aunque no estés físicamente en el plano terrenal, sé que espiritualmente estás conmigo. Te Amo mi Bebé.

A mi hija María de los Ángeles, por apoyarme y acompañarme siempre.

A mis queridos Hermanos y Hermanas, por ser pilar fundamental en mi recorrer terrenal.

A mis apreciados Colegas del Departamento de Enfermería: Salud Integral del Adulto, por su apoyo y motivación para alcanzar esta meta.

A las personas que han vivido la experiencia de un Infarto de Miocardio.

A Enfermería, disciplina que catalogo como cristiana por tener la oportunidad de servir al prójimo.

A la Universidad de Carabobo, espacio de generación de conocimientos, formación profesional, ciudadana y de realización personal.

AGRADECIMIENTO

A DIOS Todopoderoso, por iluminarme y motivarme a realizar esta investigación. Gracias Padre por estar siempre conmigo.

A mi hija María de los Ángeles, por ser mi permanente motivación.

A Arnaldo, por estar allí en los momentos que te necesité.

A la Doctora Amarilis Zambrano de Guerrero, maestra en el arte de la Enfermería, digna de imitar por las generaciones futuras. Gracias por aceptar ser mi tutora.

A la comisión evaluadora del proyecto: Doctora Gladys Román de Cisneros (†), Profesora Consuelo Colmenares, Doctora Amarilis Zambrano de Guerrero, por sus acertadas sugerencias en la revisión del proyecto.

A la comisión coordinadora del Doctorado en Enfermería: Doctoras: Carmen Amarilis Guerra, Nelly Arenas, Cira Bracho de López.

A las personas que vivieron la experiencia de un infarto de miocardio, quienes generosamente aceptaron ser informantes claves de esta investigación. Mi eterno agradecimiento.

A los familiares, personal médico y de enfermería que participaron como agentes externos en el estudio.

A mis queridas amigas: Ani, Zoraida, Julia y Marlene por estar allí cuando las necesité, especialmente Julia por facilitarme el acceso a algunos informantes claves.

A mis queridos hijos adoptivos: Luis y Doanceli por su apoyo incondicional.

A mis compañeras de estudio: Neris, Milagros, Fanny, Haydee, María Rosa, por sus orientaciones y sugerencias que hicieron posible la culminación de este sueño.

A los docentes que participaron en los encuentros académicos por transmitirme sus enseñanzas y experiencias.

Al doctor Jesús Leal, quien con sus aportes iluminó el sendero metodológico a recorrer en este estudio.

A Elyana Coronel y Alexis Guerrero, quienes con su dedicación, experticia y esfuerzo transcribieron esta tesis.

A mis queridos amigos de la Unidad de Cuidado Coronario y Unidad de Cuidados Intensivos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, por su ayuda cercana y sincera.

A Alexandra, secretaria del Doctorado por su paciencia, dedicación y orientación oportuna.

A todas aquellas personas que de una u otra forma me motivaron e iluminaron la ejecución de esta investigación.

Dios los Bendiga e ilumine por siempre.

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO	ix
RESUMEN	xiii
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I. EL FENÓMENO DE ESTUDIO.	
1.-Contextualización de la Situación Estudiada.....	20
2.-Referente Empírico del Fenómeno Estudiado.....	24
3.-Objetivos del Estudio.....	32
3.1.-Objetivo General.....	32
3.2.-Objetivos Específicos.....	33
4.-Delimitación del Estudio.....	33
5.-Justificación del Estudio.....	33
CAPÍTULO II. REFERENCIA TEÓRICA SOBRE EL FENÓMENO DE ESTUDIO.	
1.-Bases Teóricas.....	37
1.1.-La Persona Como Ser Holista.....	40
1.2.-El Cuidado Humano y el Cuidar de Sí.....	49
1.3.-Concepciones Sobre la Salud.....	60
2.-Antecedentes del Estudio.....	67
CAPÍTULO III. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA DEL ESTUDIO.	
1.-Paradigma Cualitativo.....	79
2.-Método Fenomenológico.....	81
2.1.-Etapas Según el Método de Spiegelberg, H.....	90
3.-Informantes Claves del Estudio.....	97
3.1.-Criterios de Selección de los Informantes Claves.....	98
3.2.-Porteros Participantes en el Estudio.....	99
3.3.-Agentes Externos, Participantes en el Estudio.....	100
4.-Acceso al Campo de Estudio.....	100
5.-Consideraciones Éticas para Proteger los Derechos de los Participantes.....	101
5.1.-Consentimiento Informado.....	102
6.-Técnica de Recolección de los Datos.....	103
6.1.-Entrevista en Profundidad o Enfocada.....	103
6.2.-Relación Entrevistado-Entrevistadora.....	105
7.-Análisis de la Información: Aplicación del Programa de Atlas.Ti.....	105

	Pág.
CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO.	
1.-Perspectivas de los Informantes Claves.....	107
CAPÍTULO V. BÚSQUEDA DE LAS MÚLTIPLES PERSPECTIVAS SOBRE EL FENÓMENO DE ESTUDIO.	
1.-Perspectivas de la Investigadora.....	128
2.-Perspectivas de los Agentes Externos.....	132
2.1.-Familiares Participantes.....	132
2.2.-Médicos Participantes.....	134
2.3.-Personal de Enfermería Participante.....	138
3.-Coincidencias o Intersecciones en los Agentes Externos de acuerdo a las Respuestas acerca de la Interrogante: ¿Qué Significa la Palabra Cuidar?.....	144
CAPÍTULO VI. FENOMENOLOGÍA DE LAS ESENCIAS Y DE LAS ESTRUCTURAS.	
1.-Síntesis Narrativa.....	148
2.-Categorización y Codificación de la Información.....	149
3.-Triangulación de las Categorías Surgidas.....	161
4.-Estructuración de las Categorías.....	166
CAPÍTULO VII. CONSTITUCIÓN DE LOS SIGNIFICADOS DEL FENOMENO DE ESTUDIO.	168
CAPÍTULO VIII. FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA.	198
CAPÍTULO IX. APROXIMACIÓN TEÓRICA DEL CUIDAR DE SÍ PARA LA PERSONA QUE HA TENIDO LA VIVENCIA DE UN INFARTO DE MIOCARDIO.	
1.-Consideraciones Finales.....	209
BIBLIOGRAFÍA.....	213
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA.....	226
ANEXO: Consentimiento Informado.....	228

RESUMEN

EL CUIDAR DE SI PARA LA PERSONA QUE HA TENIDO LA VIVENCIA DE UN INFARTO DE MIOCARDIO

Autora: MgSc. Berta Guevara.

Tutora: Dra. Amarilis Zambrano de Guerrero.

Año: 2009.

Las enfermedades cardiovasculares, son consideradas como un problema de salud pública en nuestro país, ocupando la primera causa de muerte a nivel mundial. El objetivo general de este estudio fue: Construir una aproximación teórica, de naturaleza ontológica, epistemológica y axiológica, derivada de los significados que al cuidar de sí le asignan las personas que han tenido la vivencia de un infarto de miocardio. El mismo está adscrito a la línea de investigación: Práctica de Enfermería, Cuidado Humano, Salud y Educación perteneciente al Doctorado en Enfermería, Área de concentración: Salud y Cuidado Humano. Para desarrollar este estudio se utilizó el paradigma cualitativo con la matriz epistémica fenomenológica. Se seleccionaron cinco (5) informantes claves que habían tenido la vivencia de un infarto de miocardio. Los agentes externos participantes fueron: familiares, personal médico y de enfermería. Como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista en profundidad. La contribución teórica del presente estudio es la expresión de un abordaje constructivista, bajo una concepción de naturaleza ontológica, epistemológica y axiológica. La experiencia vivida del infarto miocárdico, expresada por los participantes del estudio, como una amenaza a su existencia, los favoreció para reconocer y valorar más la salud, y les enfatizó la importancia de cuidar de sí, mediante el aprendizaje de acciones cuidadoras diferentes a las usuales, para mejorar su calidad de vida. Este nuevo cuidar de sí como fenómeno ontológico, les exigió cambios en el pensar, sentir y actuar, para cuidarse de una manera más comprensiva, afectiva y responsable. Los epistemes derivados de los significados expresados por los participantes del estudio fueron: la cotidianidad generadora de estrés, estilos de vida antes y después del infarto de miocardio, conservación de la existencia, acciones protectoras para la salud, valores personales (responsabilidad, autoestima, satisfacción), vida saludable y el cuidado recibido de sus allegados. Los valores identificados en los significados emitidos por los informantes fueron: la responsabilidad o compromiso psicológico para cuidar de sí, la autoestima de la persona que reconoce la importancia de su existencia y la satisfacción como respuesta de sentirse bien. Estos valores constituyen la esencia o significado profundo de su cuidar de sí y los orientó para adoptar conductas autocuidadoras saludables: buena alimentación, dormir bien, dejar de fumar, hacer ejercicios, abstenerse de consumir alcohol, asumir actitudes pertinentes para enfrentar el estrés y cumplir las indicaciones médicas. En síntesis, el cuidar de sí es un proceso complejo que representa todas las acciones que la persona por sí misma o con la ayuda de otros, realiza para satisfacer sus necesidades biosociales y espirituales, desarrollar sus potencialidades, en la búsqueda permanente de alcanzar cierto grado de bienestar y salud.

INTRODUCCION

El ser humano posee la capacidad de relacionarse con los demás y con su medio desde que se origina su desarrollo en el útero de la madre. Allí se inicia una relación de interdependencia para lograr la vida, nacer crecer, desarrollarse hasta fenecer como símbolo de finitud de su existencia. De ello se deriva que éste es un ser, débil indefenso, por lo que su espíritu gregario, lo obliga a satisfacer la necesidad de sentirse amparado y cuidado por alguien.

Es un ser de relaciones que funciona como un todo complejo, abierto y dinámico; capaz de pensar, sentir y actuar simultáneamente, estructurado por dimensiones biológicas, socioculturales, psicológicas, y espirituales que interactúan como una unicidad. Capaz de responder a estímulos externos e internos en el medio donde le corresponda desenvolverse, a través de vivencias, o experiencias vitales que le dan sentido a su vida. Al respecto, Ludojoski, R. (1978) define la vivencia como “la manera propia del hombre y del animal de ser y de estar en el mundo” (p. 3).

Esta manera de estar en el mundo, implica que la persona establezca una relación permanente, recíproca e influyente con la naturaleza y con la sociedad, de la cual forma parte. Desde que nace la persona es única, tiene experiencias individuales que se acumulan desde el nacimiento hasta la muerte, y son estas experiencias las que

acentúan aún más las diferencias entre las personas, pues le permiten darle diferentes significados a las mismas. Una de las experiencias que por lo general puede ser significativa para la persona es el cuidar de sí como una expresión innata, presente desde la misma existencia del ser humano.

Tal reflexión se infiere de lo afirmado por Boff, L. (1999: p. 33), quien reconoce que el cuidado está en la propia naturaleza y constitución del ser humano; pues sin el cuidado, él deja de ser humano, “sin recibir cuidado desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano se desestructura, declina, pierde sentido y muere”. Por consiguiente, la existencia del ser humano se orienta hacia la ejecución de actos que determinan la actividad del cuidar hacia su persona, a otras personas, animales y objetos que son significativos para él; es decir, el cuidado es inherente a la existencia humana en su constante relación con la naturaleza.

Otro de los aspectos considerados en la vida de relación de las personas es la salud, pues la misma, forma parte de la interacción de ésta con su medio interno y externo; y es en esta interacción que la salud en ocasiones puede verse amenazada por factores desencadenantes de enfermedades; entre las que se mencionan, las enfermedades cardiovasculares, las cuales son consideradas como un problema de salud pública en nuestro país y ocupan la primera causa de muerte a nivel mundial. Estas enfermedades se asocian a factores de riesgo que pueden ser modificables y no modificables, donde los primeros pueden ser controlables por las personas, mediante la adopción de estilos de vida saludables.

Lo expuesto me motiva realizar el presente estudio titulado: **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio**. Es un estudio de naturaleza fenomenológica adscrito a la línea de investigación: **Práctica de Enfermería, Cuidado Humano, Salud y Educación** perteneciente al Doctorado en Enfermería, Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano.

Las inquietudes que me indujeron a ejecutar el estudio estuvieron basadas en la siguiente reflexión: Si el hombre es un ser pensante dotado de *inteligencia*, que hace uso de la razón como principio de explicación de la realidad que lo rodea; que actúa respondiendo a estímulos internos y externos para adaptarse; que utiliza medidas y medios para proteger, conservar su integridad y garantizar su existencia; que posee conceptos culturales, sociales y valores como la salud y la autoestima; ¿por qué adopta conductas o comportamientos que atentan contra su: salud, existencia, y conservación, haciéndose vulnerable frente a la enfermedad y la muerte?

Para desarrollar este estudio decidí, por su pertinencia, utilizar el paradigma cualitativo con la matriz epistémica fenomenológica, lo que me permitió interpretar el significado de cuidar de sí para la persona antes y después de un infarto de miocardio. Bajo este enfoque intenté comprender e interpretar este significado, desde la propia subjetividad y perspectiva de los actores sociales, participantes en el mismo.

Como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista en profundidad, a través de los encuentros previamente establecidos con los actores

sociales seleccionados, por lo tanto la entrevista constituyó el medio para construir una comunicación empática entre ellos y mí persona en el rol de investigadora.

En consecuencia, la intencionalidad del presente estudio, se tradujo en el siguiente objetivo general que me orientó a lo largo del desarrollo de mi investigación: Construir una aproximación teórica, de naturaleza ontológica, epistemológica y axiológica, derivada de los significados que al cuidar de sí le asignan las personas con infarto de miocardio.

A continuación se describen los capítulos que estructuran la tesis: El capítulo I: **El fenómeno de estudio;** contiene la contextualización de la situación estudiada, el referente empírico del fenómeno estudiado, los objetivos, la delimitación y la justificación del estudio. El capítulo II: **Referencia teórica sobre el fenómeno de estudio;** especifica algunos aspectos, que dieron orientación al presente estudio, relacionados con la persona como ser holista, enfoques sobre: el cuidado, el cuidar de sí y la salud como expresiones de la existencia humana. Asimismo, incluye estudios relacionados con la presente investigación.

El capítulo III: **Aproximación metodológica del estudio;** enuncia algunas definiciones sobre el paradigma cualitativo y el método fenomenológico, según las etapas del método de Spiegelberg; los informantes claves del estudio y los criterios para su selección; los porteros, los agentes externos participantes y el acceso al campo de estudio; las consideraciones éticas para proteger los derechos de todos los

participantes; la entrevista en profundidad como técnica de recolección de la información; la relación entrevistado–entrevistadora y el análisis de la información, mediante la utilización del programa atlas.ti. El capítulo IV: **Descripción del fenómeno de estudio**; presenta las respuestas dadas por los actores sociales, a través de las entrevistas en profundidad efectuadas por la investigadora. El capítulo V: **Búsqueda de las múltiples perspectivas**; comprende las perspectivas de la investigadora, las perspectivas de los agentes externos y las coincidencias o intersecciones en las respuestas dadas por los agentes externos. El capítulo VI: **Fenomenología de las esencias y de las estructuras** incluye la síntesis narrativa, el proceso de categorización y la codificación de la información, así como el proceso de triangulación y la estructuración de las categorías. El capítulo VII: **La constitución de los significados**; expresa cada uno de los significados surgidos de la conciencia de los informantes claves, posterior a la saturación de sus propias respuestas; asimismo, se exponen conceptos emitidos por diferentes autores, relacionados con los significados identificados.

El capítulo VIII: **Fenomenología hermenéutica**, contiene la comprensión de los significados del cuidar de sí, dados por los informantes claves. El capítulo IX: **Aproximación teórica del cuidar de sí para la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio**; corresponde a los aportes de naturaleza ontológica, epistemológica y axiológica, expresados bajo una visión de integralidad. También se

presentan algunas consideraciones finales. Por último, se adiciona la bibliografía utilizada en el estudio, y como anexo: el formato de consentimiento informado.

CAPÍTULO I

EL FENÓMENO DE ESTUDIO

1.-CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN ESTUDIADA.

La concepción de la persona a través de la historia ha estado orientada bajo diferentes ópticas para tratar de comprender su posición en el mundo. Por ello, desde el punto de vista filosófico existen variados enfoques, en un intento por conceptualarlo. Al respecto, Aristóteles consideró al hombre como parte de la naturaleza, el más elevado de los organismos superiores, poseedor de funciones vegetativas como la nutrición y la reproducción; de funciones animales como la sensación, el deseo y el movimiento y de facultades específicamente humanas, como “el pensar, razonar y comprender, donde estos tres elementos dependen de la experiencia sensorial previa y del residuo de tal experiencia que está acumulado en la memoria y en la imaginación” (O’Connor, D.J; 1964: p. 70).

Tales rasgos y otros más, hacen que el ser humano, sea un ser total y complejo, ubicado en un contexto con el cual interactúa, mediante una influencia mutua entre él y la naturaleza con pensamientos, sentimientos, valores, creencias y una espiritualidad, independientemente que profese o no una religión. A su vez, tiene una historia personal, familiar, social, cultural y está en el mundo para responder a

estímulos internos y externos, tomar decisiones, asumir riesgos, que paulatinamente contribuyeron en su proceso de hominización y también en su desarrollo intelectual y emocional. Al respecto, Sellés, J. (1998: p. 54) define al proceso de hominización como “la adaptación morfológica de los caracteres somáticos y biológicos del hombre, al que se le denomina antropogénesis”.

A su vez, reconozco que el humano por naturaleza es un ser social, dinámico y gregario; por ello, las normas culturales del grupo al que pertenece lo influyen para actuar socialmente de una manera determinada. De acuerdo a lo expresado por Brandt, B. (1987: pp. 17-18) “de la cultura, la persona recibe los ideales y valores sociales que generan actitudes las cuales orientan su conducta social”. Por ello, Martín, V. (2000: p. 29) especifica que para influir sobre los seres humanos hay que conocerlos en todo aquello que mueve sus comportamientos. Es necesario por lo tanto, estudiar sus pasiones, pues ellos son sujetos de razonamiento y también de pasiones. Por consiguiente, las pasiones involucran emociones, lo que puede llevarlos al apasionamiento exagerado y conducirlos a modos o estilos de vida que amenazan su equilibrio biosicosocial y espiritual, en un momento dado. Es evidente entonces, que la conducta humana está determinada por una serie de factores que de una manera u otra influyen en su estado de salud.

En relación con la salud, el Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (1998: p. 17) la conceptúa como un “proceso abierto, dinámico y cambiante que involucra un concepto dual homeodinámico; el

primero y más frecuentemente aceptado es el deseo de lograr la totalidad humana buscando un equilibrio que permita concentrar la energía en la felicidad y la vida productiva”. El segundo es un concepto igualmente vital que se refleja en la idea de que “el estado de salud del individuo, familia y comunidad puede ser más que la ausencia de enfermedad e incluye todos los elementos de bienestar por lo cual no es estático”.

Tales expresiones reafirman mi convicción y me orientan a reconocer la salud como un proceso cambiante, interactivo, que involucra diversos aspectos como lo son: el orgánico, el mental, el emocional, el social, el espiritual, y debido a esto, es limitante medirla sólo a través de datos objetivos por medio de la tecnología, sino que va mucho más allá porque existen dimensiones que por ser intangibles como lo son los aspectos: emocional y espiritual, sólo pueden ser comprendidas e interpretadas. De modo, que la salud forma parte de esa red compleja llamada persona, que por estar influida por el medio donde se desenvuelve mediante un proceso cambiante y dinámico, su salud puede mantenerse o alterarse. Al respecto, Pender, N. (Marriner-Tomey, A. y Raile, M.; 1999: pp. 510-511) en su modelo de promoción de la salud explica que “los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla”. También reconoce que “las personas pueden iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando reconocen que sus beneficios son altos”.

Las aseveraciones anteriormente expresadas refuerzan mi idea de que el estado de salud de una persona depende mucho de sus creencias y valores para cuidarla. Por consiguiente, el cuidar de sí se constituye en el elemento esencial para protegerla. El cuidar de sí lo considero como el conjunto de actividades que habitualmente una persona realiza para satisfacer sus propias necesidades. Es una actitud básica del ser humano, determinante para estar en el mundo. En este sentido, Figueredo, N. y Cols (2005), refieren que el cuidar de sí es una actividad para responder a las necesidades particulares, concretas, físicas, espirituales, intelectuales, psíquicas y emocionales de sí mismo y de otros. Por su parte, Martínez Ocaña, E. (2007: pp. 495-496) especifica que el cuidar de sí exige “el cultivo de nuestro ser integral: cuerpo, psique, mente y espíritu, pues somos una unidad indisoluble”. Tales dimensiones estructuran una interacción dinámica e influyente entre sí. La autora también reconoce que el cuidar de sí supone “hacernos cargo de nuestra necesidades, priorizar cuáles vamos a satisfacer, cómo y por qué lo vamos a hacer”.

En consecuencia, se infiere que, el cuidar de sí representa el ideal de la persona para satisfacerlas; sin embargo, ha de clarificarse que las acciones implícitas en el cuidar de sí pueden ser sanas o insanas, pues depende de patrones culturales, que configuran nuestro modo de vivir y de mantener nuestra salud. Por consiguiente, resulta interesante indagar ¿Qué significado tiene el cuidar la salud para la persona que ha tenido un infarto de miocardio? ¿Qué piensan, sienten y hacen las personas que han tenido un infarto de miocardio, en relación con el cuidado de su salud? ¿Qué

induce a estas personas adoptar estilos de vida poco protectores para la salud? Que pueden ocasionar la aparición de patologías cardiovasculares, y que para el presente estudio lo son las cardiopatías coronarias, consideradas como generadoras de incapacidad e improductividad de la persona; así como también de gastos económicos al Estado venezolano, ante las exigencias que los afectados por infarto o una angina de pecho, requieren al momento de ingresar a los centros asistenciales; tales como: escenarios específicos, personal humano especializado, equipos de alta tecnología, medicamentos costosos, entre otros.

2.-REFERENTE EMPÍRICO DEL FENÓMENO ESTUDIADO.

Las enfermedades cardiovasculares aparecen sin discriminación, en lo referente a la edad, condición socioeconómica, nivel de conocimiento que se tenga sobre factores de riesgo lo que trae como consecuencia que personas jóvenes laboralmente productivas se vean afectadas por estas patologías, lo cual repercute negativamente en ella, en su núcleo familiar desde el punto de vista económico, emocional, así como también en la producción económica del país por los reposos médicos que conllevan.

Dichas enfermedades constituyen la primera causa de morbimortalidad a nivel mundial, y nuestro país (Venezuela) no es la excepción, pues de acuerdo al anuario del año 2006 del Ministerio Del Poder Popular Para La Salud entre las diez principales causas de muerte diagnosticadas y especificadas por sexos, las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar con un total de 24 mil 353

defunciones, correspondientes al 42% de la tasa de mortalidad. En cuanto a la especificación por sexo se obtuvo un total de 14.032 fallecimientos del sexo masculino, para un porcentaje de 19,81% de la población; en el sexo femenino se sucedieron 10.321 defunciones correspondientes al 22,31% de esta población.

En lo que respecta a las muertes ocurridas por infarto agudo de miocardio, en el sexo masculino, ocasionó 8.989 y 5.633 para el sexo femenino; observándose su mayor incidencia a partir de los 40 años de edad, con énfasis en la población de 60 años y más. Para el año 2003 según datos aportados por el Anuario Estadístico de Mortalidad del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, las Enfermedades Cardiovasculares ocuparon el primer lugar y los Accidentes Cerebrovasculares el cuarto lugar. Para el año 2004 se reportaron 24.281 muertes por enfermedad cardiovascular lo cual representó un porcentaje de 21.9% y una tasa de mortalidad de 138.45 por cada 100.000 habitantes.

En el Estado Carabobo, según datos obtenidos del anuario 2005 del Ministerio del Poder Popular Para La Salud en el registro de mortalidad diagnosticada por enfermedades isquémicas fallecieron 753 varones y 454 hembras; en lo referente a la mortalidad diagnosticada por grupo, el infarto agudo de miocardio obtuvo un total de 894 defunciones con inclusión de ambos sexos. En lo que respecta a las estadísticas de pacientes ingresados por Infarto Agudo de Miocardio a la Unidad de Cuidado Coronario, de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia (Venezuela): para el año 2004 fue de 141 pacientes; en el año 2005, 132 pacientes,

para el año 2006, 160 ingresos de personas, para el año 2007, 116 pacientes. En el 2008 desde el mes de Enero hasta Agosto ingresaron 47 pacientes. Desde agosto del 2008 al mes de abril del 2009 ingresaron 53 pacientes por infarto de miocardio a la referida unidad.

A esta situación se agrega la presencia de factores de riesgo controlables para estas enfermedades, los cuales se reportaron en el estudio realizado por Chacín, G (2004) Presidente de la Fundación Rescate del Corazón, donde señala que “el 41% de los valencianos sufren de Hipertensión Arterial, el 50% de Diabetes Mellitus, y un 42% tiene el Colesterol Elevado” (p. 6). Por otra parte, Colina, L. (2008) Presidente de la Asociación de Diabetes del Estado Carabobo indicó que, según estudios realizados, “el 80% de las personas que han sufrido infarto de miocardio pueden ser diabéticos”, y asegura, que “esto es producto de una *epidemia de ignorancia* donde las personas ignoran que pueden ser diabéticos” (p. 5). Lo importante para la persona diabética es estar bien controlada, tanto en sus valores de: glicemia, lípidos, peso y presión arterial.

Por otra parte, los reportes de investigaciones de índole cuantitativa cuyos sujetos muestrales pertenecen al ámbito de la salud: docentes, médicos, enfermeras en quienes se ha medido el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo inherentes a las enfermedades cardiovasculares y su relación con la conducta que asumen, los resultados indican la presencia de algunos factores de riesgo en estas personas: consumo de cigarrillos, hábitos dietéticos inadecuados (consumo de alimentos ricos

en colesterol, azúcares refinados, entre otros) estrés, sedentarismo. Mientras que el nivel de conocimiento sobre dichos factores de riesgo fue ubicado entre intermedio y alto, lo que refleja la ausencia de correlación entre el conocimiento adquirido y la conducta que adoptan dichas personas. Esto evidencia, que el conocimiento o información que se tenga sobre tales enfermedades pocas veces es influyente para ejecutar acciones que conlleven al cuidar de sí y prevenir en este caso, patologías cardiovasculares.

Cabe mencionar mi experiencia profesional en el rol de enfermera cuidadora y supervisora en las áreas de emergencia de adultos y médico quirúrgico, así también, como docente de la escuela de enfermería e investigadora, donde he tenido la oportunidad de dialogar con personas afectadas por un infarto de miocardio, en las que he identificado hábitos que se convierten en factores de riesgo para la aparición de este trastorno, como por ejemplo: el estrés, o el consumo de cigarrillos, hábitos dietéticos inadecuados, sedentarismo, entre otros, que son catalogados como factores de riesgo modificables para cardiopatía coronaria. Al respecto, Long, B. y Cols. (1999: p. 672) refieren que “los factores de riesgo modificables son aquellos que el individuo puede cambiar, entre estos están el tabaquismo, la hiperlipidemia, la hipertensión arterial, el sedentarismo, la obesidad, entre otros”.

Cabe mencionar aquí, la presencia de la obesidad como fenómeno social cuya frecuencia se incrementa cada vez, y atañe a todos las áreas del conocimiento:

Educativo, social, salud, político, económico entre otros. Según el diario Últimas Noticias (2009),

Los índices de obesidad en la población mayor de 15 años aumentaron en América Latina, especialmente en México, Venezuela y Guatemala. El caso mexicano es el más notorio, ya que en 1980 tenía un índice de 17,1% de su población obesa y aumentó a 31,8% en 2009. Le siguen en orden de importancia Venezuela, con 29,6%; Guatemala, con 27,5% y Bolivia, con 27,3%. Tales países ingresaron al grupo de los diez más obesos a escala mundial, en los que se considera un incremento del consumo de comidas más calóricas. La proyección en el 2020 es que los seis países más obesos en América Latina serán: Venezuela, Guatemala, Uruguay, Costa Rica, República Dominicana y México (p. 1).

El contexto antes expuesto implica una realidad social derivada de la sociedad consumista, propia de la modernidad que avanza vertiginosamente en ciencia y tecnología, pero a su vez en fenómenos sociales con imposiciones sobre la persona que en ocasiones la conducen a patologías, en este caso: de naturaleza cardiovascular; pues los escenarios sociales actuales obligan a las personas a adoptar hábitos que muchas veces, van en detrimento de lo que significa cuidar de sí, trayendo consecuencias nocivas a la salud de las mismas. Existen cada día más personas, por las exigencias domésticas y laborales, que optan por alimentos que son considerados poco saludables, preparados de manera rápida, lo que genera el sobrepeso u obesidad. A esto se adiciona el que se dedica menos tiempo a la actividad física, debido a múltiples factores como por ejemplo: el uso de vehículos de manera indiscriminada, utilización de escaleras mecánicas y ascensores que forman parte de la tecnología, los

cuales convierten en elementos propiciadores de una disminución de la actividad física facilitando así, el sobrepeso u obesidad en la población infantil y juvenil de Venezuela. A estos elementos se une la publicidad no reglamentada sobre anuncios de dulces y comida rápida para niño y adolescentes, que son un atractivo para los mismos; así como también el tipo de actividad laboral que se realiza, caracterizada por permanecer más tiempo sentado y menos actividad física.

Todos estos factores propician sobrepeso u obesidad en las personas derivando problemas como diabetes, enfermedades de corazón, de las articulaciones e hígado; así como también problemas de autoestima; lo cual significa que no solo se trata de un problema de salud pública que afecta a la persona desde el punto de vista biológico, y social; sino también en lo referente al aspecto emocional.

Tales ideas se fortalecen con lo expresado por Brandt, J. (1987: p. 18), quien reconoce que los fenómenos o hechos sociales es “todo un modo de hacer, que ejerce sobre el individuo una imposición externa, que puede presionarlo en el hacer o en el actuar social; y como ejemplos de hechos sociales menciona las leyes, las creencias, las normas de conducta profesional” entre otros.

Esta es una realidad social compleja, en la cual está inmersa la persona afectada y su familia. Además, hasta los momentos han sido poco exitosas las estrategias preventivas adoptadas por los organismos gubernamentales para minimizar los índices de morbimortalidad ocasionadas por dichas patologías. Alarcón, Y. y

D'Souza, M. (2003: p. 215), señalan que tales organismos, han diseñado el programa para el control de enfermedades cardiovasculares, catalogado como prioritario en las políticas de salud 1992-1994, en cuanto a que:

El programa de control de enfermedades cardiovasculares está dirigido a reducir el riesgo de hipertensión arterial, y a la modificación de otros factores de riesgo, así como el diagnóstico precoz de patologías cardiovasculares. Entre las metas de dicho programa están: disminuir las muertes por enfermedades cardiovasculares, promover mejores hábitos alimenticios, ejercicio y no fumar.

Lo anterior está vinculado a lo que establece la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999: p. 29) en su artículo 83 que especifica:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Es importante reconocer la pertinencia de dicho programa para disminuir la presencia de enfermedades cardiovasculares en la población venezolana, pero se requiere también indagar acerca de sus estilos de vida; así como proporcionarles información tendente a minimizarlas.

Este planteamiento me condujo a reflexionar sobre el hecho de que ¿Cuál es el momento preciso, u oportuno para que los seres humanos comencemos a concienciar lo que significa el cuidar de sí y cuidar a los demás? ¿Será necesaria la incorporación en nuestras escuelas primarias de un sistema educativo con programas que permitan al niño, durante su desarrollo, comprender y asumir la responsabilidad de cuidar de sí, cuidar a los demás y al ecosistema; así como fomentar la autoestima, el amor, y el respeto involucrando a padres y representantes? ¿Será necesario incorporar contenidos programáticos que enfatizen sobre el cuidar de sí, en el diseño curricular de las facultades responsables de la formación de profesionales en el ámbito de la salud? ¿Será pertinente orientar la formación académica de dichos profesionales, bajo un paradigma humanista que guíe hacia una experiencia subjetiva entre la persona que ofrece el cuidado y la persona receptora; es decir, pasar de la acción a una interacción, como un proceso que lleva implícito reconocer al otro como persona e involucrarlo responsablemente en su propio cuidado?

Lo antes expuesto despertó mi interés para realizar el presente estudio cualitativo, de naturaleza fenomenológica, con la intencionalidad de tratar de comprender e interpretar los sentimientos de las personas afectadas por un infarto de miocardio, acerca del cuidar de sí. En razón de ello, me formulé algunas interrogantes norteadoras como ayuda para orientar la consecución del mismo:

- ✓ ¿Si la persona es un ser pensante, emotivo, por qué asume conductas de riesgo que alteran su estado de salud?

- ✓ ¿Por qué si hay temor a perder la salud se asumen comportamientos que atentan contra ella?
- ✓ ¿Qué factores externos intervienen en la persona para que asuma comportamientos que ponen en riesgo su salud?
- ✓ ¿Qué sentimientos le generó o le genera a la persona el haber tenido un infarto de miocardio?
- ✓ ¿Qué significa el cuidar de sí para la persona con infarto de miocardio?
- ✓ ¿Qué valores sobre el cuidar de sí prevalecen en la persona con un infarto de miocardio?
- ✓ ¿Cómo aportar conocimientos sobre el cuidar de sí que favorezcan un vivir saludable en las personas?

3.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

3.1.-OBJETIVO GENERAL.

Construir una aproximación teórica, de naturaleza ontológica, epistemológica y axiológica, derivada de los significados que al cuidar de sí le asignan las personas que han tenido la vivencia de un infarto de miocardio.

3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

3.2.1.-Describir el fenómeno del cuidar de sí para las personas, antes y después de un infarto de miocardio.

3.2.2.-Buscar las múltiples perspectivas de los agentes externos, acerca del cuidado a personas con infarto de miocardio.

3.2.3.-Comparar el significado del cuidar de sí de las personas antes y después de un infarto de miocardio.

3.2.4.-Interpretar el significado del cuidar de sí para la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio.

4.-DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.

La investigación se realizó en el escenario familiar, de un grupo de personas que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio, egresadas de un centro asistencial: público y/o privado. La duración ejecutoria del mismo fue desarrollada, durante el año 2006 y se culminó en el 2009.

5.-JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Una de las principales facultades que tenemos los seres humanos, es la comunicación, a través de la misma, se expresan los sentimientos, preferencias, opiniones, experiencias entre otras cosas; por lo que el profesional de enfermería

como persona responsable de cuidar, debe aprovechar cada oportunidad que se le presenta con ellas para escuchar lo que exteriorizan, y así poder comprender y satisfacer interrogantes que puedan surgir durante la interrelación. Para Sánchez, B. (2000: pp. 25-26)

La enfermera cuidadora, debe acercarse al mundo del otro para comprenderlo, y desde allí fortalecerlo en su propia capacidad de cuidado; para esto, dicho profesional ha de reconocer su propia vida, la propia percepción para extraerla del análisis de la experiencia del otro, evitando darle su propia interpretación.

En este sentido, la comprensión del estudio de naturaleza fenomenológica, me permite expresar sus aportes desde el punto de vista: epistémico, ontológico, y axiológico. La relevancia del mismo para la profesión de enfermería, desde la concepción epistemológica, se traduce en la interpretación del significado del cuidar de sí, dado por las personas que han tenido la vivencia de un infarto de miocardio. Esto generó la producción de información significativa, útil para enriquecer las ciencias humanas, acerca de los sentimientos, pensamientos, emociones y valores de dichas personas, en relación con el cuidar de sí, derivada de sus: experiencias, opiniones y sensaciones dando oportunidad a la persona de expresar otras alternativas según sus creencias, para generar nuevas formas para su cuidar, lo que a su vez, beneficia y enriquece la práctica profesional en enfermería.

La relevancia del estudio desde el punto de vista ontológico y axiológico, es el reconocimiento de la concepción de la persona, ser único e irrepetible, que tiene sus propias creencias y concepciones sobre la vida, la salud, y la muerte como episodios de la condición humana terrenal; lo que sin duda orienta a la construcción de una filosofía humanista e integradora del cuidado en enfermería, que contribuya a mejorar su práctica profesional. También serviría para concienciar a las personas sobre el valor que representa el cuidar de sí para mantener su salud como elemento clave de satisfacción personal. Además, podría servir de referencia al equipo que labora en ciencias de la salud, para promocionar en las comunidades, estilos de vida protectores para la salud de las personas que han tenido la vivencia de un infarto de miocardio; así como para realizar actividades preventivas a grupos de personas con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y personas postinfartadas para proporcionarles información y motivarlos conjuntamente con el grupo familiar, a tomar decisiones con respecto a la adopción de estilos de vida saludables.

Para la enfermería venezolana es importante, pues su aporte epistémico orienta a la búsqueda de estrategias para que su personal internalice la importancia de humanizar la ciencia del cuidado a las personas que lo requieran, en este caso, personas con un infarto de miocardio. De igual forma, los resultados son útiles para la formación del futuro profesional de Enfermería, pues existe la necesidad de establecer modificaciones curriculares en lo referente al proceso enseñanza aprendizaje, fundamentado en una concepción humanista de la persona, poseedora

de características, necesidades y valores singulares, lo que implica respeto a sus pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos. Bajo este enfoque humanista, el estudiante aprende a cuidar de sí, cuidar a otros y al ecosistema del cual forma parte.

En lo referente al aspecto social, los aportes del estudio pueden contribuir a fortalecer las políticas de salud del estado venezolano, sustentadas en un paradigma humanista, con un nuevo modelo de cuidado proyectado hacia el bienestar físico, psicológico, espiritual y social de la persona y su familia, como receptores del mismo.

Para investigaciones futuras en ciencias de la salud, los resultados pueden ayudar a la construcción de un abordaje más humanizado y diferente de cuidado para las personas con infarto de miocardio, pues es a través de la interacción con ellas, que se tiene la oportunidad de obtener información fidedigna, de acuerdo a sus experiencias y concepciones individuales, por ser ellas, quienes saben y deciden *que quieren, y como quieren que las cuiden.*

CAPÍTULO II

REFERENCIA TEÓRICA SOBRE EL FENÓMENO DE ESTUDIO

El presente capítulo contiene algunas concepciones: ontológicas, epistemológicas y axiológicas sobre la persona como ser holística, la enfermería, el cuidado humano y el cuidar de sí y la salud, que bajo una dimensión de holicidad sirvieron de orientación a la autora del estudio **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio** para intentar adentrarse en la subjetividad de los informantes con el fin de explorar, comprender e interpretar los significados de los modos o patrones de vida que utilizan para cuidarse. Asimismo, se hace referencia a algunos antecedentes que de alguna manera se relacionan con esta investigación.

1.-BASES TEÓRICAS.

Se reconoce que desde el nacimiento hasta la muerte, el ser humano debate angustiosamente la razón de su existencia y las condiciones que pueden hacer de ella un vivir feliz o desgraciado, conformando así su propio modo vital; su modo ético de vivir y de morir. De ahí la razón, por lo que a través de la historia han surgido diversas concepciones que tratan de explicar el comportamiento de la persona en la

sociedad, por lo que en su mente y conciencia siempre han estado presente los tres grandes sucesos de la vida humana: el nacimiento, la maduración y la muerte.

En la antigüedad, desde el punto de vista filosófico, se experimentaba “una necesidad de comprender la posición del hombre en el mundo, su relación con seres sobrenaturales y sus perspectivas de felicidad y de supervivencia después de la muerte” (O’Connor, D.; 1964: p. 16). El autor cita a Platón, quien expone que el hombre es un compuesto de alma y cuerpo; donde su cuerpo pertenece a este mundo pero su alma es eterna. De acuerdo, al filósofo, el hombre posee dos estados cognoscitivos diferentes que quizás no sea erróneo llamar *conocimiento* y *creencia* donde lo que conocemos debe ser verdadero, pero lo que creemos puede ser verdadero o falso.

En cambio, para Aristóteles, el hombre es una unidad genuina, alma y cuerpo son inseparables. A su vez, el hombre es el más elevado de los organismos superiores, pues a sus funciones vegetativas de la nutrición y la reproducción, funciones animales de la sensación, se adicionan las funciones de relación a través del lenguaje, la acción intelectual y el razonamiento. Según Sócrates, (O’Connor, D.; 1964: pp. 82, 180) “el hombre está abierto a Dios y éste cuida y empuja al hombre a la mejora interna; considera al alma en sólo un aspecto del cuerpo; su pensamiento versa sobre un ser humano moral”.

En la filosofía moderna, desde Descartes hasta Hegel, la antropología visiona la actividad del hombre, “centrada en la racionalidad, lo humano es la razón, por tanto, es la máximo y debe ser autónoma, autosuficiente e independiente” (Sellés, J.; 1998: p. 161). Bajo la línea monista, Parménides, Spinoza, Plotino, Schelling, ven al hombre como “unidad sustantiva” es decir, una sola sustancia vital (Cely, G.; 2004: p. 77).

Las corrientes filosóficas contemporáneas, reconocen al humano como un ser problemático, por dificultades familiares, de procreación, de educación, socioculturales, económicos, entre otros. “La vida del ser humano se caracteriza por un afán de lucro, de poseer bienes sensibles, placeres, dinero, poder, fama, lo cual invade su mundo y sus acciones” (Sellés, J.; 1998: pp. 223, 227).

Sin embargo, en enfermería como profesión de naturaleza social intenta que su personal, bajo una óptica humanista, ayude a la persona solicitante del cuidado a reforzar potencialidades y/o minimizar desequilibrios en su estado de salud, por ello reconoce al ser humano como un ser complejo, misterioso, estructurado por diversas dimensiones que van de lo orgánico a lo espiritual, de lo tangible a lo intangible; con inclusión del aspecto social e histórico, que lo define como un ser de interrelaciones permanentes consigo mismo y el mundo. Bajo esta perspectiva, en enfermería, se procura reconocer que la persona cuidada es una entidad única, poseedora de atributos: conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes, por lo tanto, el cuidado en enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del

ser, cuya subjetividad está estructurada por sus vivencias y significados, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos. La dimensión humanista del ente humano, en enfermería nos ubica en armonía con pensadores existencialistas, quienes cuestionan la tendencia positivista, reduccionista propia de la filosofía occidental. El enfoque existencialista reconoce que la verdad está presente en la interioridad de todo ser humano *único manantial de la verdad viva*, por tanto allí encontramos la verdadera esencia que favorece el cuidado significativo en enfermería.

1.1.-LA PERSONA COMO SER HOLISTA.

Es fundamental, reflexionar sobre la visión holística de la persona, visualizándolo permanentemente como una unidad, cuya concepción es imperativa moralmente en las ciencias humanistas, en un intento por minimizar la fragmentación y/o cosificación de la persona y considerarlo como sujeto, en esta sociedad del conocimiento, de grandes avances científicos y tecnológicos.

Rogers, M. (Marriner, A. y Raile, M.; 1999: p. 216) define al humano como:

Un ser unitario, irreductible, que posee su propia integridad y un conjunto de características que son más y diferentes de la suma de sus partes. Además, el ser humano es un sistema abierto, en un proceso continuo de interacciones con un entorno eternamente cambiante.

Morín, E. (2001: p. 17) reconoce que el ser humano es:

Físico, biológico, síquico, cultural, social e histórico. Es una unidad compleja que hay que restaurarla, de tal manera que

cada uno desde donde esté tenga conocimiento y conciencia al mismo tiempo de su identidad compleja y de su identidad que es común a todos los demás humanos.

Por su parte, Marulanda, M. (2006: p. 27) refiere que:

La persona en su condición de paciente debe ser visto como un ser integral, que tiene un cuerpo y un alma. Por lo tanto, el enfoque del médico debe ser, ver al paciente como un ser humano integral y enseñarles calidad de vida. A veces, el problema es más serio de lo que se cree, en ocasiones hay que recurrir a un psicólogo, incluso a la familia de donde surgen a veces los problemas del paciente.

Las ideas precedentes permiten concretar que la persona es un ser único, con características propias, poseedor de una individualidad irrepetible, con un espíritu gregario desde que inicia su desarrollo en el útero materno, por lo que obligatoriamente establece una relación constante con su medio externo e interno, lo que implica un proceso de adaptación a los diversos cambios que confronta permanentemente.

Es en este contacto permanente con el mundo, cuando la persona tiene la oportunidad de someterse a las exigencias del medio ambiente y de responder como un ser integral a los estímulos del mismo, en que experimenta y vive sus propias experiencias, las que se traducen en comportamientos para expresarse, lo que favorece su proceso de adaptación. Tales ideas se apoyan en el enfoque de Calixta Roy, quien en su modelo de adaptación, reconoce que “el individuo es un ente biopsicosocial en interacción constante con su ambiente. Interacción que lo obliga a

adaptaciones continuas” (Brunner y Suddarth, 1999: p. 5). Para Urbina, S. (2005: p. 27) “vivir es responder, responder es comportarse, comportarse es adaptarse para seguir transformando el mundo”. Agrega, que:

Identificar el entorno, conocer el mundo, es crucial para el hombre, para su permanencia, su sobrevivencia y, con los otros hombres, explorarlos, darse y dar cuenta de lo conocido, enseñar y aprender para poder vivir, para poder convivir, para poder transformar.

Dentro de este orden de ideas, se considera que la persona es un ser complejo, poseedor de una mente con capacidad para pensar, y discernir sobre las diversas situaciones que experimenta en su cotidianidad. Tal discernimiento o reflexión es una fuente de conocimiento, le permite tomar decisiones guiadas por su sistema de valores, los cuales son aprendidos y reforzados en la familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad. Entre dichos valores están el respeto, la solidaridad, la autoestima, la justicia, la autonomía entre otros.

Al respecto, Heidegger, M. (1991: p. 16) resalta que todo conocimiento del ser humano exige la interrogante ¿Qué es el ser? Por lo tanto, la fenomenología como método “abre la posibilidad de responder de manera concreta a la pregunta por el sentido del ser”. El autor reconoce que “responder dicha interrogante implica *dirigir la vista, comprender, tener acceso* como formas constitutivas del preguntar”. Desarrollar la interrogante por el ser es *ver a través de un ente*, comprender mediante una interpretación profunda, es adentrarse en aquella parte intangible de la persona,

su realidad émica, en la concepción del *ser ahí* (Dasein) o modo particular de ser, que es el humano. La esencia del Dasein (Blackman, H.; 1979: p. 93), para Heidegger “está en su existencia”. Esto determina que la realidad no puede ser definida, está por decidirse. Su existencia está en la elección de las posibilidades que se le ofrecen, por lo tanto ella es indeterminada e incompleta.

El Dasein, es la manera de ser, característicamente humano o *Ser- en- el- mundo*. Según Heidegger, M. (Echeverría, R.; 1993: p. 211) lo resaltante del ser humano “es que no existe un ser, sin un mundo y no hay un mundo que no se defina en relación de un ser para el cual dicho mundo, es su mundo”. El Dasein responde y reacciona de acuerdo con la percepción de sí mismo y de su mundo circundante. En consecuencia, el enfoque heideggeriano, fundamentado en la fenomenología como método, favorece la posibilidad de acceder a la persona y desarrollar la interrogante que pregunta por el ser. Esto es importante para determinar los elementos ontológicos de la naturaleza del ser, que orientan y ayudan al personal de enfermería para cuidar de sí y de otros.

Esto implica que el ser humano jamás ha de ser tratado como un medio, u objeto, pues es un ser pensante, libre y autónomo, por consiguiente es una persona cuya dignidad hay que respetar. La dignidad de la persona hay que reconocerla siempre, independientemente de sus rasgos físicos, psíquicos o sociales y del grupo cultural al que pertenezca.

Al hacer la referencia a la dignidad humana, es necesario traer a colación el concepto de condición humana expresado por Sartre, J. (1985: p. 51)

Es el marco general en el que invariablemente se desenvuelve la vida humana; donde este marco básico de la vida humana queda resumido en cuatro actividades que son: a) Estar arrojado en el mundo; b) Tener que trabajar; c) Vivir en medio de los demás; d) Ser mortal.

Para Arendt, H. (1996: pp. 21-22) la condición humana queda designada por tres actividades fundamentales: la labor, el trabajo y la acción. Estas tres actividades se dan entre los hombres desde el nacimiento hasta la muerte. La labor (lo natural) es la actividad correspondiente al proceso biológico del cuerpo, su origen, el crecimiento, desarrollo, anabolismo, catabolismo. **La condición humana de la labor es la propia vida.** En cuanto al trabajo (lo artificial) corresponde a lo creado por el hombre (mundo artificial); dentro de sus límites se alberga la vida individual de cada ser humano. **La condición humana del trabajo es la mundanidad.** La acción, corresponde a la actividad que se da entre los hombres, sin la mediación de cosas o materia. **La condición humana de la acción es la pluralidad,** la cual queda de manifiesto durante la interacción humana.

Por su parte Jaspers, K. (1974: p. 16) reconoce que la condición humana es la propia existencia del ser, en la que centró su interés al expresar que “el ser no es sino lo que puede y debe ser. Este ser soy yo mismo como existencia”. Por lo tanto, “la

existencia es lo que se relaciona consigo mismo y por consiguiente con la trascendencia”.

Jaspers, K. (1974) sostiene que la existencia humana va más allá de la subjetividad, por cuanto uno mismo sólo se realiza en su comunicación con otro, lo que hace posible la realización del ser. Por su parte, Buber, M. (1990: p. 146) estima que “el individuo es un hecho de la existencia en la medida en que entra en relaciones vivas con otros individuos”, por lo tanto, “el hecho fundamental de la existencia humana es el hombre con el hombre”.

Al reflexionar sobre la condición humana o existencia, se infiere que la vida de una persona transcurre desde el momento mismo de la concepción hasta su muerte. En este periodo, se devenir histórico como ser humano atesora un conjunto de experiencias vitales, las cuales le sirven para desarrollar su propia condición humana. Esto determina que dicha condición es inherente a la persona misma, concebida como un ser multidimensional, donde predomina la pluralidad de pensamiento, como característica singular y fundamental. La condición humana es una constante universal y cada persona la adquiere a través de su relación con otros.

En este sentido, se puede conceptualizar la condición humana como una construcción, mediante un proceso de aprendizaje, de naturaleza interactiva en el que se obtienen normas, valores, creencias, conocimientos, actitudes, comportamientos. La misma está sujeta a la síntesis espacio-tiempo; es decir, se adquiere en un contexto

sociocultural específico y en un tiempo determinado. Por consiguiente, dicha condición es digna de ser respetada.

Al reconocer el valor de la dignidad, la vida de la persona toma un rango cualitativo similar al de otro congénero, es por esto, que una amplia corriente filosófica defiende que la ética es la fundamentación racional posible para los derechos humanos pues ésta es la que reconoce la dignidad de los vivientes con rostro humano y a partir de este reconocimiento trata de discernir de que son dignos esos seres y que obligaciones debemos cumplir con ellos.

Barbera, F. y Varón, M. (2005: p. 33) enfatizan la existencia de un nuevo enfoque de la ética denominada bioética, y la definen como “la ciencia, cuya finalidad es contribuir a salvaguardar la vida humana y el medio, frente a los avances científicos en biomedicina y biotecnología, sustentándose en los principios fundamentales de: autonomía, justicia y beneficencia”. Por su parte, Castillo, A. (2006: pp. 51, 59) reconoce que la bioética es:

El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de principios morales, los cuales son: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia.

El mismo autor, especifica que:

La **autonomía** es la condición de ser autodeterminante y por consiguiente, el derecho que tiene cada persona de hacer sus

propias escogencias, es decir cada quien conduce su propia vida de acuerdo a sus propios intereses, deseos y creencias. La **beneficencia**: es fundamental en las ejecutorias de los profesionales de las ciencias de la salud, cuyos actos tienen por finalidad el promover el bien a nuestro semejante. La **No Maleficencia** significa no hacer daño, no inducir sufrimiento o discapacidad evitable. La **Justicia** en el campo del cuidado a la salud, quiere decir que hay que dar a cada quien lo que necesita para la restitución de la salud o para el alivio del dolor y del sufrimiento.

Las expresiones teóricas de los autores sobre los principios de la bioética permiten reflexionar primordialmente sobre el principio de la autonomía en lo referente a: ¿sí la persona tiene independencia al hacer sus selecciones para conducir su vida, de acuerdo a sus deseos y creencias, hasta qué punto esta autonomía o las decisiones que asume pueden generarle problemas a su estado de salud y en otros ámbitos, por ejemplo la economía de un país? En el caso de las personas afectadas por un infarto de miocardio, a quienes se les han identificado estilos de vida insanos o poco favorables para su salud, que ponen en riesgo su vida; se considera que generan grandes gastos económicos a la nación al desarrollar dicha patología, pues la misma, exige una asistencia hospitalaria con la inversión costosa de recursos humanos y materiales.

Por consiguiente, se enfatiza que la vida como principio universal debe ser protegida. Al respecto, Rumbold, G. (2000: p. 73) especifica que “la vida es algo sagrada por lo tanto todas las decisiones éticas deben basarse en la reverencia hacia la misma”. Según lo especificado por Rumbold, G. desde el punto de vista religioso

para algunas personas, la vida es un don de Dios y por ello sólo a Dios corresponde quitarla. Para otros, la vida es una *facultad irrenunciable*; como premisa necesaria que hace posible todos los demás derechos. Es verdad, que la vida no nos pertenece al no depender su origen de nosotros mismos; pero, es un don del que se provee al ser vivo por lo tanto, es un bien absoluto que hay que cuidar y proteger. En relación con la vida, Ufema, J. (2000: pp. 30- 31) expresa que:

El derecho a la vida es una exigencia para la persona pues a nadie le es permitido disponer de algo que no es suyo, en este caso, su propia vida. Todos tenemos el deber de proteger y conservar nuestra vida, debido al compromiso de autorrespeto, derivado de que la persona ni se ha hecho a sí misma, ni ella se ha dado el valor y la dignidad que posee.

La vida, (Cely, G.; 2004: p. 89) “no posee el mismo valor para quien la concibe como un don de Dios, indisponible para el hombre, que para quien la considera una mera propiedad inmanente a ciertos seres”.

Lo mencionado anteriormente sobre algunos conceptos de la vida nos hace reflexionar necesariamente sobre el cuidar de sí como fenómeno existencial de la persona, al considerar que es inmanente a la vida misma, de ahí la razón por la que todo ser vivo con rostro humano a través de su evolución, ha tenido la necesidad de realizar acciones protectoras para cuidar de sí y cuidar a los demás. Es la base en la que se sustenta la continuidad, la multiplicación y la protección de la existencia humana, por lo tanto, toda acción humana ha de ser cuidadora para sí y para otros, extensible hasta la naturaleza y el cosmos.

1.2.-EL CUIDADO HUMANO Y EL CUIDAR DE SÍ.

El cuidado es una característica común de todos los seres vivos (flora, fauna y humanos). Al calificarlo como *humano*, el concepto se redimensiona y adquiere otra connotación. Por consiguiente, el cuidado humano lo reconozco como un concepto universal, inherente a la humanidad. Es una vivencia ancestral esencial, vinculada intrínsecamente a las diferentes fases evolutivas de mutación y adaptación del ser humano en su largo y permanente caminar terrestre; en la búsqueda teleológica de asegurar la perpetuidad de su existencia a través de la transmisión de los caracteres genéticos a generaciones sucesivas y en la protección que busca para sí y para los suyos, en donde el cuidado es su elemento sustantivo.

Al respecto, Heidegger, M. (1991: p. 220) el filósofo por excelencia del cuidado, reconoce que éste es “una constitución ontológica, siempre subyacente a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y hace”. El autor reafirma con ello que “el cuidado está presente en el *ser ahí* humano, durante su permanencia en la vida y Ser-en- el- mundo”. Por consiguiente, lo que el ser humano puede y llegue a ser es una *obra del cuidado*. Boff, L. (1999: p. 91) estima que el cuidado significa “desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato”. Por su propia naturaleza, el cuidado determina dos significados, relacionados intrínsecamente: “actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. De preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene el cuidado se sienta envuelta afectivamente unido al otro”. Por consiguiente, estimo que el cuidado está en la naturaleza y en la constitución misma

del ser humano, lo que significa reconocerlo, como un modo de ser esencial, siempre presente en su vida.

El cuidado es la máxima expresión de comunicación entre los seres vivos, pues trasciende más allá de la simple relación entre humanos, por cuanto exige la presencia significativa de la persona que cuida y de la persona receptora del mismo. Esta presencia significativa implica ver, oír, tocar y sentir a través de un proceso de empatía que debe estar presente en la relación interpersonal, así como con la naturaleza y el universo.

El filósofo Mayeroff, M. (1971: pp. 33-44) estima que el cuidado es un importante medio para el autodesarrollo. Ayudar a otra persona a crecer es, ayudarlo a interesarse por algo o alguien, aparte de sí mismo; y esto incluye, animarle y apoyarle para que encuentre y se establezca en lo que él es capaz de cuidar. El cuidado es ayudar a que otra persona se pueda cuidar por sí misma, y se convierta en responsable de su propia vida. El filósofo reconoce algunos elementos que estructuran al cuidado humano:

El conocimiento de la persona cuidada para saber quién es. *La paciencia* que permite respetar al otro y dejar que se desarrolle a su propia manera y tiempo. *La confianza* es la seguridad que se tiene en sí mismo y en la otra persona. *La humildad* es la ausencia de orgullo. Es presentarse ante el otro, tal como es sin aparentar. *La esperanza* es una expresión de plenitud del presente con una sensación de posibilidades.

Según el Diccionario Enciclopédico Océano (2004: p. 466) el cuidado significa “asistir, guardar, conservar, mirar uno por su salud, preocuparse de algo o prevenirse contra algo”. En este sentido, Colliere, M. (1993: pp. 6-7) especifica que “es asegurar la continuidad de la vida del grupo, de la especie.... Es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”.

Watson, J. (Marriner-Tomey, A. y Raile, M.; 1999: p. 147)

Reconoce al cuidado en conjunto con el amor, en que ambos estructuran la energía psíquica primordial y universal. Constituyen la piedra angular de nuestra humanidad; asimismo, el nutrimento de estas necesidades (cuidado y amor) da sentido a la condición de ser humano.

La autora valora que las personas poseen tres esferas del ser: “mente, cuerpo y alma y permitir la expresión de estas fuerzas conduce a un mejor entendimiento de uno mismo y de los demás” (Kozier, B. y Otros; 2005: p. 78). Por ello, Watson, J. (Walker, P.H. y Neuman, B.; 1996: p. 15) prioriza que:

El humano necesita cuidado y amor, y éstos a menudo han de ser vistos como lo máximo, pues la humanidad está para sobrevivir, lo que implica que los seres humanos necesitamos llegar a ser más cuidadosos, más afectivos, más amorosos. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más sublime y lo más misterioso de las fuerzas cósmicas.

El enfoque Watsoniano enfatiza que el ideal, y el valor del cuidado es un punto de partida, una postura, una actitud, que tiene que convertirse en: deseo, una intención, un compromiso, y un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos. “El cuidado humano está relacionado con las respuestas humanas intersubjetivas a las condiciones de salud- enfermedad; y las interacciones persona-entorno” (Kozier, B. y Otros; 2005: p. 77). El cuidado humano efectivo puede ser demostrado y practicado interpersonalmente; sin embargo, “el proceso de relación interpersonal está definido dentro de un contexto transpersonal; que trasciende a cada ser humano, y se mueve en círculos concéntricos del yo hacia el otro, al medio ambiente, a la naturaleza y al universo” (Watson, J.; 1996: p. 17). Por su parte, Leininger, M. (Kozier, B. y Otros; 2005: p. 77) expresa que:

El cuidado son las actividades expertas, procedimientos y decisiones relacionados con el apoyo a la gente; de tal manera que refleja los atributos de conducta que son de apoyo, compasivos, protectores, de auxilio, educativos, pendientes de las necesidades, de los valores y metas del individuo o del grupo a quienes se asiste. El cuidar profesional encarna las metas cognoscitivas e intencionadas, los procedimientos y los actos de los profesionales o de los grupos que ayudan a otros; y expresan actitudes y acciones de interés hacia los demás, para apoyar su bienestar, aliviar sus trastornos y encontrar las necesidades obvias o previstas. Los humanos son seres cuidadores y cuidar es un distintivo universal y vital para la sobrevivencia humana. Tal habilidad es influida por nuestra propia experiencia de cuidarnos a nosotros mismos y de ser cuidados por otros.

Morse, J. y Cols (1990: pp. 1-7) en su interpretación de informes escritos por varias enfermeras norteamericanas llegaron a categorizar el cuidado, bajo cinco dimensiones:

El cuidado como: *rasgo humano* es inherente a la naturaleza humana. *Como imperativo moral o ideal* busca preservar la dignidad de la persona que recibe el cuidado. *Como afecto* comprende un involucramiento emocional con un sentimiento empático. *Como relación interpersonal* en ella está la esencia del cuidado. *Como intervención terapéutica* con la que las acciones de cuidado pueden ser específicas: escucha atenta, enseñanza al paciente, consideración, competencias tecnológicas.

Los enfoques precedentes, referentes al cuidado humano permiten reflexionar con respecto al mismo. Este junto con el amor estructuran la energía que mueve al universo, y que en su forma excelsa podría ser el espíritu, el cual considero es la forma más elevada de la persona, que aunque es intangible, nos reafirma la idea de aceptar que somos mente, cuerpo y espíritu, y como tal respondemos unitariamente. Esto nos hace comprender la necesidad de autodescubrirnos, autoconocernos, querer y apreciar cada parte de nuestro cuerpo, lo que nos exige tratar de vivir en armonía con nosotros mismos, con los demás y con la naturaleza.

El cuidado como valor moral representa el ideal de enfermería por mantener el respeto a la dignidad de la persona solicitante del cuidado. Enfatiza el sentido axiológico en la toma de decisiones éticas para ejecutar acciones cuidadoras. Como relación interpersonal, el cuidado favorece la interacción significativa entre persona

cuidada y persona cuidante, en la que se incorporan: conocimientos, sentimientos, responsabilidades, opiniones, actitudes, acciones, con lo que se demuestra preocupación e interés por su alterego. El cuidado como afecto significa la dedicación afectiva y efectiva del profesional de enfermería para proporcionar la ayuda a la persona que necesita ser cuidado.

En cuanto al cuidado como intervención terapéutica, considero importante resaltar esta dimensión por cuanto es una oportunidad de los profesionales de enfermería al estar frente a la persona que por uno u otro motivo requiere acciones cuidadoras. Es la oportunidad para demostrar sus habilidades de presencia significativa al acercarse y despertar en aquella, la suficiente confianza y reconocer que la presencia de dicho profesional va más allá de la ejecución de procedimientos necesarios, pues el cuidado significativo debe estar determinado por el saber escuchar atentamente, a su vez involucra un proceso de aprendizaje de saber escucharnos a nosotros mismos para poder escuchar atentamente al otro. Saber cuándo tocar y la manera de cómo hacerlo, el tocar es un acto significativo, dado que a través de él se transmite seguridad, afecto, sinceridad, calor entre muchos otros sentimientos y pienso que el tocar muchas veces dice más que las palabras, y esto es importante para la persona receptora del cuidado.

El ver es otra actitud cuidadora, que determina la presencia significativa del profesional de enfermería, quien debe aprender a interpretar en cada expresión kinestésica lo que el paciente intenta manifestar, lo que siente en el momento del

contacto interpersonal. La persona en sus expresiones corporales puede demostrar: soledad, temor, dolor, desesperación, desinformación, dudas, ansiedad entre otros sentimientos; y es aquí donde el profesional tiene la oportunidad de ejercer su rol de cuidadora, mediante la empatía, la comprensión, el respeto, la orientación pertinente, el apoyo emocional y espiritual; todo ello unido a las habilidades, destrezas y la seguridad en la ejecución de los procedimientos técnicos. Por consiguiente, el profesional de enfermería debe apoyar a la persona cuidada por medio de actitudes y acciones que muestren interés por su bienestar y su aceptación como persona que piensa, siente, y padece. Evitar considerarlo como un ser cosificado, que sólo responde a un desequilibrio biológico manifestado por signos y síntomas.

En el contexto del cuidado humano es imprescindible reflexionar sobre el cuidar de sí como imperativo esencial para proteger el sí mismo considerado por Jersild (Radünz, V.; 1998: p. 1) como:

Un conjunto de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de la existencia individual de la persona, su concepción sobre quién es y lo que es. El sí mismo de una persona es la suma total de todo lo que ella puede llamar suyo e incluye un sistema de ideas, actitudes, valores, compromisos. Es el ambiente subjetivo de la persona.

A su vez Radünz, V. (1998: p. 2) reafirma que el sí mismo es “tal como se muestra, se percibe, se piensa, se imagina, se valoriza, se ve, se relaciona, en fin, el sí mismo es lo que es”.

Las definiciones coincidentes de las citadas autoras, reflejan lo que es el sí mismo, por consiguiente reconozco que éste es lo que somos como personas, es nuestra naturaleza biopsicosociocultural y espiritual, es nuestro propio yo, nuestra singular y única forma de ser humano, sin exceptuar nuestra relación con otros seres humanos. En este sentido, es relevante destacar que el sí mismo exige medidas protectoras e implícitas en el cuidar de sí.

El cuidar de sí es un acto vital, representado en la infinita y compleja variedad de actividades que la persona realiza para resguardar y mantener su existencia. El cuidar de sí como construcción humana, es el resultado de un proceso socializador, donde la persona aprende: las costumbres, los hábitos, las actitudes, las creencias, los valores, propios de grupos sociales influyentes; pero también representa la autovaloración, la sensibilidad, el compromiso que se tenga a sí misma.

El cuidar de sí incluye, entre otros aspectos, el cuidado a: la salud, los pensamientos, las actitudes, los comportamientos, las emociones, los valores, las necesidades biopsicosociales; incluso los bienes y todo aquello que nos genere bienestar, sin lesionar el bienestar de los demás.

En relación con el cuidar de sí, Colliere, M. (1993: p. 234) lo expresa bajo la denominación de *cuidar* para referirse a “un acto individual, que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía”. Por su parte, Mayeroff, M. (1971: p. 62) reconoce que el cuidar de sí exige a la persona identificar, comprender y gratificar sus necesidades,

convertirse en su protector y asumir la responsabilidad primigenia de cuidar su existencia. Dicha responsabilidad es conceptualizada por el citado filósofo, como un acto voluntario, auténtico, consciente, que constituye la autorrespuesta para satisfacer sus propias necesidades, por lo que es válido tener en cuenta los atributos que caracterizan al cuidar de otros: “dedicación, confianza, paciencia, humildad, sinceridad”.

En este sentido, Foucault, M. (1991: p. 48) al referirse al cuidar de sí, lo denomina las *tecnologías del yo* que:

Permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser para obtener así, una transformación de sí mismos, con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad (Sic.)

Martínez Ocaña, E. (2007) reconoce que el cuidar de sí representa “una sabiduría que vamos aprendiendo a lo largo de nuestros procesos evolutivos, porque cada etapa del camino tiene sus necesidades y cuidados específicos”.

Los enfoques sobre el cuidar de sí, presentados por Colliere, Mayeroff, Foucault y Martínez me permiten reconocer que dicho concepto exige concienciar su permanente presencia en la persona. Es como se dijo antes, una construcción humana, resultado del aprendizaje de esquemas socioculturales determinantes e influyentes, pues cada cultura tiene sus modelos, juicios de valor e incluso tabúes, con respecto al

cuidado humano y al cuidar de sí. De ahí la razón, por la que se requiere conocimiento y nuestra responsabilidad para seleccionar y desarrollar patrones saludables, tendentes a mantener nuestro bienestar y vida para poder cuidar de otros.

Lo expuesto por los autores sobre lo que significa el cuidado humano y el cuidar de sí teniendo como referencia algunos sinónimos del mismo como lo es: conservar, mirar uno por su salud, prevenirse contra algo y donde este cuidado conlleva una serie de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, me motiva a realizar este estudio de índole cualitativo, de lo que significa para la persona el cuidar de sí antes y después de la vivencia de un infarto del miocardio; a partir de la premisa de que el cuidado es un distintivo universal vital para la sobrevivencia de los seres vivos.

Por ello, reflexiono sobre: ¿qué nos impide como personas ejecutar acciones que promuevan el cuidado de nosotros mismos para mantenernos *sanos*? ¿Será necesario que la vida nos dé la oportunidad de vivir la experiencia de estar enfermos o al borde de la muerte para valorar lo que significa el cuidar de sí como medio de conservación y mantenimiento de la existencia y comenzar a mostrar interés por uno mismo? ¿Por qué si a veces se tiene el conocimiento de lo que es perjudicial a nuestra salud y por ende para la conservación de nuestra existencia, asumimos actitudes y preferimos acciones que atentan contra ellas? ¿Es qué los patrones de vida, a veces poco saludables, que llevamos son más determinantes que el respeto, el afecto y el compromiso personal con nosotros mismos? ¿Cuál es el nivel de influencia de la

cultura, en nuestros estilos de vida? Dichas apreciaciones hacen presumir, que existe una disparidad entre el pensar, sentir y actuar, en lo que respecta al cuidar de sí.

Por lo antes expuesto considero oportuno traer a colación los supuestos en lo que se basa la teoría de la disonancia cognitiva mencionada por Stephen, R. (1998: p. 368) la cual se refiere a “cualquier incompatibilidad que la persona pueda percibir entre dos o más de sus actitudes o entre su comportamiento y sus actitudes”. Esta teoría señala que el deseo de reducir la disonancia está determinado por la importancia de los elementos que crean la disonancia, el grado de influencia que el ser humano cree tener sobre los elementos y las recompensas que podrían estar involucradas en la disonancia. Tal es el caso de las personas afectadas por un infarto de miocardio, donde en algunas de ellas, se han detectado estilos de vida insanos, a pesar de que poseen algún conocimiento sobre la influencia de los factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular; o en ocasiones existe un alto nivel de conocimiento, como es el caso de personas que pertenecen al campo de las ciencias de la salud, por lo que resulta motivante indagar la importancia que ellas le dan al cuidar de sí para mantener su salud.

Esto unido al interés de investigar hasta donde la persona que ha tenido un infarto de miocardio tiene conciencia de cómo su estilo de vida puede influir en su estado de salud, en un momento determinado; *o si el comportamiento que asumen, está influenciado interna o externamente*. Según Stephen, R. (1998: p. 363) uno de los supuestos de la teoría de la atribución, sugiere que:

Cuando observamos el comportamiento de una persona tratamos de determinar si es causado por alguno de los dos tipos, donde los comportamientos causados internamente son aquellos que se cree están bajo el control personal de la persona y los externos son provocados por causas extrínsecas; en este caso se considera que la persona se vio forzada a comportarse así, debido a la situación.

Por consiguiente, la teoría de la atribución, nos ayudó a indagar en las personas participantes en este estudio, qué tipo de comportamiento era usual en ellas, que de una u otra forma pudieran influir en su estado de salud, por lo tanto, considero importante discernir sobre la salud como un proceso abierto, dinámico, e inherente a la persona.

1.4.-CONCEPCIONES SOBRE LA SALUD.

La salud según algunas teorizantes en enfermería, es considerada como un sistema abierto y dinámico. Al respecto, Johnson, D. la define como “un estado dinámico y cambiante influida por factores biológicos, psicológicos y sociales”. Para King, I. “es un estado dinámico en el ciclo vital, que implica adaptación continua al estrés en el ambiente interno y externo, a través de la utilización óptima de los recursos personales para lograr el máximo potencial para la vida diaria” (Kozier, B. y Otros; 2005: p. 90). Pender, N. la concibe como “un estado altamente positivo, por lo que se supone que toda persona intenta conseguirla” (Marriner-Tomey, A. y Raile, M.; 1999: pp. 103, 367, 533).

Vicens, J. (1995: pp. 5, 135) al referirse a la salud lo hace como “una manera de estar en el mundo y ser en la vida, que no puede reducirse a los componentes biofisiológicos del cuerpo”. Considera que “las relaciones con el entorno pueden significar un intercambio de energía y, por tanto, de salud, o bien un desperdicio de la misma”. Al referirse al binomio salud-enfermedad menciona que:

Son procesos activos que resultan de armonías o desarmonías en el cuerpo, afectados profundamente por nuestros estados emocionales, por nuestra capacidad de conciencia y por el grado de atención prestado al ritmo de la propia experiencia.

Vicens, J. (1995: p. 56) refiere que:

Tanto la salud como la enfermedad son vinculantes a la personalidad del ser humano, a su concepción y percepción de las cosas; e implican varios factores a la vez: la percepción del tiempo, la personalidad y el comportamiento, las actitudes y la visión del mundo circundante.

Agrega, que:

El factor humano es decisivo para la salud y su mantenimiento. La prevención ha de ser el objetivo prioritario de cualquier política de salud pública y para esto es necesario tener presente: a) La capacidad de expresar los propios sentimientos b) El nivel de satisfacción y motivación en el trabajo. c) Las posibilidades de relación y asociación directas y personales (p. 121).

De acuerdo con Vicens es oportuno reflexionar sobre la promoción de la salud como un derecho y como un valor de las personas.

Pender, N. (Marriner-Tomey, A. y Raile, M.; 1999: p. 531) en su modelo de promoción de la salud identifica un conjunto de factores cognitivos-perceptivos de la persona, los cuales son modificados por características situacionales, personales e interpersonales y que se traducen en conductas favorecedoras para la salud. Entre estos factores cognitivos perceptivos definidos por la teorizante como mecanismos primarios de motivación, cita los siguientes:

1) La importancia de la salud: Las personas con una alta valoración de la salud es más probable que intenten promover la propia. 2) El control percibido de la salud: La percepción de la persona de la capacidad propia para influir en su salud estimula su deseo de conseguir dicho estado de salud. 3) La definición de salud: El significado de la salud para la persona que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un máximo nivel de bienestar, puede influir en los intentos de modificar su conducta.

Al reflexionar sobre los citados factores, considero que por ser la salud un valor, cada quien le da el significado o importancia a la misma, de acuerdo a su conocimiento, experiencia, actitudes autorrespeto, responsabilidad y toma decisiones con respecto a la adopción de comportamientos pertinentes; pero a su vez, se requiere conocer también los factores que la afectan (Kozier, B. y Otros; 2005: pp. 97-98):

La interrelación entre los estados físico y psicológico: las respuestas emocionales al estrés afectan las funciones fisiológicas y las condiciones físicas afectan al estado emocional. Las alteraciones del sistema inmunológico aumentan las incidencias de las infecciones, cáncer y enfermedades inmunológicas en general, por ello la relajación, la meditación tienen una gran aceptación entre los profesionales del sector salud y los pacientes.

La cultura es otro factor determinante para la salud, pues la forma en que una persona percibe, experimenta y responde ante la salud y la enfermedad está muy relacionada con sus valores y creencias culturales, los cuales generan un sentimiento de seguridad y equilibrio al momento de aceptar terapias. Cuando se está en estado de desequilibrio el grado de autoestima de una persona para valorarse a sí misma influye de forma positiva y/o negativa en su percepción y en el manejo de su medio. Además, determinadas actitudes personales también afectan los hábitos saludables en un momento dado, así como los estilos de vida, la familia, la sociedad, el medio ambiente, entre otros.

Por lo tanto, es fundamental considerar las creencias y valores de los grupos, pues son aspectos que de una u otra forma influyen en los estilos del cuidar de sí, en la persona. En el caso de la persona que ha tenido un infarto de miocardio lo más probable es que estén presentes una serie de patrones que tienen que ver con su cultura, y creencias, influyentes en su forma de mantener la salud; por ejemplo el tipo de alimentos que consume, hábitos, formas de recreación entre otros.

Tales ideas se refuerzan con lo expresado por Leininger, M. (Marriner-Tomey, A. y Raile, M.; 1999: p. 428), quien en su teoría de los cuidados culturales establece, que “las enfermeras deben tener en consideración los valores y creencias de las personas, familias y grupos, basados en sus formas culturales de vida para poder proporcionar cuidado de enfermería eficaz, satisfactorio y culturalmente congruente”. La teorizante menciona que, las personas de diferentes culturas pueden informar y determinar mejor el tipo de cuidado que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales; esto se debe, a que la cultura es el patrón y el modo de vida de las personas que influye sobre sus decisiones y acciones.

Es evidente, que la cultura con todos los elementos que ella implica: las normas, las creencias, los valores, los conocimientos, las costumbres, los hábitos, determinan el modo de vivir de las personas, y éstas, como seres pensantes con sus particularidades, están en la capacidad de tomar sus propias decisiones. Decisiones que de una u otra forma van a influir en el cuidado que se proporcionen a sí mismas. Con respecto a la cultura, el Diccionario Enciclopédico Océano (2004: p. 468) la define como: “conjunto de valores, dominantes en las sociedades desarrolladas, que se basa en la transmisión de los conocimientos y las creencias a partir de los medios de comunicación de masas (TV, radio, prensa etc.)”. Por su parte, Taylor, E. (Brandt, J.; 1987: p. 28) considera a la cultura como sinónimo de civilización, la cual es entendida como “un conjunto complejo que comprende conocimientos, creencias, el

arte, el derecho, la moral las costumbres y demás hábitos y actitudes que el hombre adquiere como miembro de su sociedad”.

La cultura es un elemento considerado en el modelo biocognitivo propuesto por Martínez, M. (1999: pp. 145, 148, 167), quien propone una teoría unificada del ser humano a partir de investigaciones de “la psiconeuroinmunología, la antropología médica, la fenomenología de Merlau–Ponty, la teoría cuántica, y la teoría del caos”. Según esta teoría, la cultura “son las creencias morales, científicas y transcendentales que un grupo internaliza y comparte, mientras que la sociedad son las reglas externas que controlan la conducta del grupo”.

Martínez, M. (1999: p. 145) considera que todos los procesos en el hombre son “bioinformacionales, donde la comprensión de la unidad mentecuerpo se extiende a la unidad entre la mente, el cuerpo, la historia personal y la cultura de origen”. Los códigos bioéticos, asimilados de la cultura de origen, interpretan las interacciones entre el campo de creencias de la persona y los conductos: Nervioso, Endocrino e Inmune (NEI); modulando así los procesos de salud y sus alteraciones en la totalidad del campo de la bioinformación.

Considero, por lo tanto, que todos los procesos vigentes en la persona son bioinformacionales, pues es un ser único que al unísono responde a los estímulos externos e internos con inclusión de su: historia personal, cultura, y creencias, que de una u otra forma influyen en el significado sobre la salud y sus desequilibrios como

eventos inherentes de su vida. Por consiguiente, en la persona afectada por un infarto de miocardio se presume pueden estar presentes, muchos de los aspectos, correspondientes al modelo biocognitivo, que de una u otra manera influyen en la persona.

A lo precedente, se adiciona la importancia del autoconocimiento de la persona pues desde el mismo momento que ella comienza a conocerse a través de la introspección, sus emociones, sentimientos, pensamientos la ayudan a adoptar una actitud ante las diversas situaciones que se le presenten, apoyada en el proceso reflexivo sobre lo que significa el cuidar de sí. Esto la ayuda a adquirir nuevos conocimientos y utilizarlos en situaciones nuevas, incluso a modificar comportamientos que son lesivos a su salud. Sin embargo, cabe reflexionar ¿Cuál es el grado de intensidad valorativa, que la persona le da a la cultura y la salud para cuidar de sí?

Es evidente, que la persona es un ser integral, complejo, impredecible, una unicidad, poseedor de un conjunto de características entre las que se mencionan las pasiones, el deseo, y el placer, con libertad de elección, para manejar su propia vida; por su propio discernimiento puede llegar a conclusiones de lo que es correcto e incorrecto y decidir que comportamiento asumir en momentos de: alegría, éxito, tristeza, dolor; así como decidir sobre el cuidado que se realiza a sí mismo, o que desea y necesita recibir en un momento dado. Por ello el estudio lo orienté hacia **El**

Cuidar de Sí para la Persona que ha tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio.

2.-ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

A continuación se presentan algunas investigaciones de naturaleza cualitativa relacionadas con el presente estudio.

Winterkorn, L. y Oliveira, M. (2007) efectuaron una investigación en Brasil, titulada: **La Espiritualidad en el Cuidado de Sí para Profesionales de Enfermería en Terapia Intensiva**, cuyo objetivo fue: comprender como la espiritualidad envuelve al proceso de cuidar de sí mismo y de otros, en el mundo de la terapia intensiva, bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería. El método utilizado fue el creativo sensible de Cabral, que guió la producción y el análisis de las informaciones en nueve talleres de arte y experiencias. Participaron en el estudio nueve cuidadoras de enfermería del Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Uno de los temas surgidos en la investigación fue: la espiritualidad en el cuidado de sí mismo, la que fue evidenciada en las prácticas cotidianas que acontecían por medio de la oración, del contacto íntimo con la naturaleza, así como en el sentimiento de conexión con una Fuerza Superior que propiciaba tranquilidad, bienestar y fortalecía la vida y el trabajo de las cuidadoras en el CTI. El autoconocimiento se reveló como una práctica esencial en el cuidado de sí, y en el cuidar de otros, constituyéndose en el punto inicial del proceso

de educación para una práctica de enfermería que contemple al ser humano en su plenitud. Asimismo, el estudio sugiere la inclusión del autoconocimiento en los procesos de educación permanente, una vez que fue considerado imprescindible para que la espiritualidad envuelva el cuidado de sí. El autoconocimiento promueve la transformación del ser que cuida, amplía su conciencia y reintegrándolo consigo mismo. El cuidado holístico solamente es posible cuando la cuidadora está consciente de sí misma y cuando su "self" está integrado y armonioso. Para ser capaces de cuidar de la espiritualidad de sus pacientes, las cuidadoras de enfermería necesitan cuidar de ellas mismas a través de la continua búsqueda de armonía e integridad.

Al considerar los temas surgidos en la investigación anterior, es importante que las personas comencemos mediante un proceso de reflexión a reconocernos a nosotros mismos como seres frágiles, débiles ante situaciones o eventualidades que día a día la vida nos da la oportunidad de enfrentar. Es fundamental el autoconocimiento para reconocer cuáles son nuestras debilidades y fortalezas y como iniciar el proceso de modificación de aquellas actitudes que interfieren con el cuidar de sí. Para esto es fundamental reflexionar acerca del significado que tiene para las personas su existencia, el estar aquí, él para que estamos aquí; como utilizar cada una de las experiencias que el Dios Supremo de nuestras creencias nos da la oportunidad de vivir cada segundo, como me relaciono con mis iguales, con la naturaleza y el universo como elementos fundamentales que forman parte de la existencia terrenal. El autoconocernos es un camino que nos ayuda a desarrollar la dimensión espiritual,

encontrándole un sentido profundo a la vida. Tener una sensación de trascendencia, esto nos da la sensación de una plenitud de tranquilidad, de paz y seguridad, lo que sin duda fortalece el cuidar de sí, de los demás, de la naturaleza y del cosmos. La mejor forma de trascender es la espiritualidad demostrada a través de la armonía conmigo misma, con los demás y con el universo.

Araujo, R. y Márquez, I. (2007) efectuaron el estudio titulado: **Comprender el Significado del Dolor Torácico por Isquemia en Pacientes Admitidos en la Sala de Emergencia**. Tuvo como objetivo: comprender el significado del dolor torácico para el paciente durante su estancia en la sala de emergencias. Se trata de un estudio cualitativo, realizado con diez pacientes ingresados en la sala de emergencias de un hospital privado situado en la zona sur de la ciudad de Sao Paulo (Brasil). Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semi-estructurada e interpretada, mediante la técnica de análisis de contenido. En el análisis se consideraron las siguientes áreas temáticas: el significado del dolor en el pecho y la sensación en el momento de los síntomas. Como resultado, se interpretó el miedo a la muerte, y la preocupación por la familia como los más importantes significados. En consecuencia, las personas con dolor torácico, necesitan el apoyo del personal de enfermería, a fin de aliviar o disminuir tales sentimientos o sensaciones.

La citada investigación es importante considerarla como referencia para este estudio, pues en ella se intentó comprender que significa el dolor torácico para la persona hospitalizada en una unidad de emergencia, a partir de que los informantes

claves participantes en el mismo, fueron personas que tuvieron la sensación molesta precordial característica del infarto de miocardio. En la investigación con un enfoque fenomenológico, se intentó profundizar en la conciencia de dichas personas, para descifrar el significado del dolor precordial, como una sensación subjetiva, molesta, donde el informante la describe como una sensación de muerte. A partir de la experiencia de lo que significó el dolor torácico, la interpretación del miedo a la muerte y la preocupación por la familia es importante recordar que muchas veces las experiencias negativas o desagradables sirven a las personas para ayudarlas a valorar más la vida, la salud, la familia entre otros aspectos, lo que significa que en algunas de ellas existan cambios en los estilos de vida una vez recuperadas del desequilibrio homeostático. Por ello, es fundamental el apoyo que debe proporcionar la enfermera cuidadora, donde su presencia sea significativa para la persona cuidada. Su actuación ha de estar dirigida a demostrar: conocimiento, habilidad y destreza mediante acciones cuidadoras al momento de atenderla; así como también darle apoyo, seguridad y confianza, pues en ese momento está muy temerosa por considerar que su vida está amenazada.

Esparza, S.; Ávila, H.; Cárdenas, V. y Félix, A. (2006) realizaron una investigación en México titulada: **Significado del Cuidado para el Adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2**, cuyo objetivo fue: Describir el significado del cuidado a la salud que tiene la persona con diabetes mellitus Tipo 2. Se utilizó un diseño descriptivo fenomenológico, y los participantes fueron personas adultas

diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, a los que se les aplicó una encuesta semiestructurada, cuya información se recolectó con criterio de saturación de respuesta, acerca del significado del cuidarse la persona diabética para lo cual se utilizó la técnica de análisis de contenido. Los resultados estructuraron tres categorías: en la primera categoría *cuidado de curación* se encontraron como descriptores: conocimiento del tratamiento, cumplimiento de acciones y evaluación de acciones. La segunda categoría *cuidado como ser funcional*, identificó los descriptores: ser activo, independiente y hacer conciencia, evitar errores y responsabilidad de la familia. La tercera categoría *cuidado como sinónimo de bienestar* reflejó descriptores: vida, salud-enfermedad e higiene mental. En relación a la discusión y las conclusiones del estudio se evidenció que el significado del cuidado está enfocado al cuidado de curación como forma de ser funcional y sentirse bien, las actividades que realizan las personas es producto de esta concepción. El profesional de enfermería debe integrar el significado del cuidado dentro del marco de servicios de salud y relacionarlo al concepto salud de las personas.

Esta investigación es relevante, pues expresa el significado del cuidado para las personas que tienen una enfermedad crónica como lo es la diabetes, las cuales deben poseer conocimientos sobre medidas autocuidadoras con respecto a: dieta, calzado, ejercicios, prevención de infecciones para evitar complicaciones entre otras. Además, a medida que la persona se sienta satisfecha, bien consigo misma y segura

de sí; esto le permitirá adoptar comportamientos que expresen el cuidado de sí y por ende el interés y la responsabilidad por su familia y con ella misma.

Solano, M. y Siles, J. (2005) realizaron la investigación en España titulada: **Las Vivencias del Paciente Coronario en la Unidad de Cuidados Intensivos**, cuyo objetivo fue describir la experiencia vivida por los pacientes que sufren una cardiopatía isquémica, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se utilizó, el método fenomenológico con un grupo de 10 pacientes afectados por infarto agudo de miocardio o angina de pecho. Tras la interpretación de los datos se obtuvieron dos temas principales: las sensaciones vividas por los pacientes en el momento del ingreso a la unidad, y los principales sentimientos de desánimo como fueron: frustración, injusticia, miedo, carga familiar. Estos hallazgos exigen establecer una actuación de enfermería dirigida a minimizar los sentimientos negativos y favorecer una evolución de salud más satisfactoria.

Los sentimientos de los pacientes, identificados en el estudio, por lo general son comunes al ingresar estas personas al área asistencial. Esta situación es debida a muchos factores entre ellos: el escenario de las unidades de cuidado intensivo o de emergencia, el dolor precordial de fuerte intensidad, la separación temporal del núcleo familiar, las secuelas que pueden quedar tras el infarto de miocardio. Todos estos factores van a influir en el aspecto emocional del paciente generando ansiedad, temores, lo cual debe ser abordado por el personal de enfermería, mediante un cuidado integral que no sólo debe estar centrado en el problema *biológico* al que se

enfrenta aquella persona o en la tecnología, presente en el ambiente, sino también abarcar el aspecto emocional que puede influir en la evolución satisfactoria del paciente. Este enfoque de cuidado integral, individualiza y humaniza el cuidado dado por el personal de enfermería.

Lucena, A. y Crosseti, M. (2004) realizaron la investigación titulada: **El Significado de Cuidar en la Unidad de Cuidado Intensivo**, bajo un enfoque fenomenológico. Tuvo como objetivo: comprender el significado de la atención en un mundo muy técnico, como lo es la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). En el estudio participaron siete enfermeras y la misma fue realizada en un hospital universitario de Porto Alegre, Brasil, en el período 1998-2000. La recopilación de la información se hizo por observación y la entrevista semi-estructurada.

El fenómeno se estudió bajo la forma de dieciséis proposiciones, que mostraron el cuidado en la UCI, desde la perspectiva de las enfermeras. El proceso de comprensión y reflexión emergido sobre el significado del cuidar, con sus diferentes posibilidades, y diferentes perspectivas, revelan y aportan nuevos horizontes en el pensar, sentir y actuar de la enfermera en la unidad de terapia intensiva. Entre las consideraciones finales del estudio está la importancia de señalar que la enfermera es una persona que cuida a la gente y también merece ser cuidada. Enfatizar en la presencia de grupos de apoyo psicológico, para cuando existan momentos de discusión entre los miembros del equipo acerca de las situaciones vividas. La unidad de terapia intensiva es un lugar donde se desempeñan actividades profesionales,

técnicas y científicas pero también un lugar donde las personas tienen la posibilidad de ser y de vivir en un contexto humanizado. Esta investigación tiene especial importancia en un mundo en que la dinámica establecida por la modernización genera transformaciones trascendentes. Tales transformaciones de naturaleza estructural han de ser utilizadas por enfermería para que se consolide como ciencia del cuidado humano, con el fin de legitimar así, su verdadero espacio disciplinar.

Dicho estudio se relaciona con la presente investigación, por cuanto el paciente afectado por un infarto de miocardio en algunas oportunidades, puede ser ingresado a la unidad de cuidado intensivo cuando necesita el apoyo de ventilación mecánica debido a alguna complicación propia del infarto como lo es el shock cardiogénico. Situación que implica el cuidado dado por las enfermeras de la unidad. Este escenario es poseedor de una tecnología de avanzada donde la enfermera intensivista posee la habilidad y la destreza en la ejecución de procedimientos, y manejo de equipos. A su vez, tiene la oportunidad de establecer una relación cálida, humana, solidaria y respetuosa, elementos fundamentales que deben estar presentes en toda interrelación humana. Por otra parte, se reconoce que la enfermera intensivista proporciona un cuidado complejo, debido a las condiciones desequilibrantes de la salud del paciente, pero también hay que recordar siempre que ella en su rol de cuidadora es un ser humano que requiere autocuidarse y ser cuidada, durante la interrelación con sus compañeros de trabajo en el ambiente laboral donde se desempeña.

Acosta, I. e Hisako, L. (2003) realizaron la investigación titulada **Cuidar su Vida**, cuyo objetivo fue: Comprender el Significado de Cuidar su Vida que Tiene el Profesor Universitario Jubilado en el Contexto del Cuidado Humano. Utilizaron el método fenomenológico y la entrevista enfocada como técnica para recolectar la información. El grupo de informantes estuvo constituido por trece (13) profesores jubilados de la Universidad de Carabobo (Venezuela), de ambos sexos. Durante el desarrollo de la investigación surgieron tres categorías: Recibir cuidado, cuidado de sí, y cuidado del otro. Los resultados evidenciaron que el profesor universitario puede lograr entre otras condiciones las siguientes: La promoción de la salud desde los otros, con los otros, la satisfacción de las necesidades humanas y la responsabilidad con los familiares en la alimentación adecuada.

El antecedente estudio tiene relación con la presente investigación, dado que al indagar sobre el significado del cuidar de sí para la persona que ha tenido un infarto de miocardio, indiscutiblemente se aborda el cuidar de la vida de ésta, lo cual implica, que como ente holista debe desarrollar actitudes que favorezcan la salud y preserven la vida como un principio universal inherente a toda persona.

Entre los resultados que se dieron a conocer en esta investigación están: el profesor universitario puede lograr la promoción de la salud desde los otros y con los otros y la responsabilidad que tiene con los familiares en tener una alimentación adecuada. Al extrapolar estos aspectos a la persona afectada por un infarto de miocardio uno de los aspectos que han de estar presentes es promocionarse la salud

a sí mismo y a los demás a través de conductas protectoras como por ejemplo: consumir una alimentación balanceada, evitar el consumo de alimentos con grasas saturadas, mantener un patrón de ejercicios principalmente ejercicios aeróbicos, mantener una actitud positiva hacia la vida, entre otros aspectos.

Guerra, C. y Vásquez, M. (2003) realizaron el estudio titulado **El Cuidado de Sí de la Embarazada Diabética, una Vía para Asegurar un Hijo Sano**, cuyo objetivo general fue: explorar las creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales en la búsqueda del significado que tiene el cuidado de sí para un grupo de mujeres embarazadas diabéticas atendidas en la Unidad de Diabetes y Embarazos del hospital “Dr. Enrique Tejera” de Valencia (Venezuela) y domiciliadas en tres comunidades urbano-marginales del municipio Valencia. Los métodos de investigación cualitativas utilizados fueron: observación-participación-reflexión y la entrevista etnográfica. Surgieron tres temas: La salud y enfermedad, valores culturales del cuidado de sí, prácticas de cuidado de la salud de la embarazada diabética y cuidándose en el embarazo asegura un hijo sano. En este estudio se construyó una propuesta de cuidado cultural, en la cual se mostró que creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales, de acuerdo a los tres modos de acción identificados en la teoría de Leininger, pueden ser preservados y reestructurados para ofrecer un cuidado culturalmente congruente.

El estudio precedente se relaciona con la presente investigación, pues entre los temas surgidos estuvieron la salud y la enfermedad, valores culturales del cuidar de

sí, prácticas del cuidado de la salud, entre otros. Los mismos de una u otra manera podrían estar presentes en la persona afectada por un infarto de miocardio; pues la salud y sus desequilibrios forman parte de su ciclo de vida; donde aquella se ha alterado como resultado en algunas ocasiones de estilos de vida insanos, sumado a factores de riesgo no modificables. Asimismo, los valores culturales del cuidar de sí y las prácticas del cuidado de la salud son inherentes al cuidar de sí de la persona con un infarto de miocardio, pues los patrones culturales son factores determinantes para la salud. Es decir, la forma en que una persona percibe, experimenta y responde ante la salud y sus desequilibrios está relacionada con sus creencias culturales. En el caso de la persona afectada por un infarto de miocardio se presume que están presentes una serie de patrones comportamentales, derivados de su acervo cultural, que de una u otra forma influyen para mantener la salud.

Otro de los estudios considerado en la presente investigación es el realizado por las doctoras Zambrano, A. y Román, G. (2003) titulado: **El Cuidar de Sí como Valor en Enfermería**; cuyo objetivo fue: comprender desde el punto de vista ontológico, epistemológico y axiológico los distintos enfoques teóricos sobre la persona como expresión de vida, el cuidado, sustantividad de la evolución humana, el cuidado enfermero en el contexto del cuidado humano y el cuidar de sí como valor en enfermería. El abordaje de la investigación se realizó mediante la comprensión e interpretación de las lecturas seleccionadas y relacionadas con las dimensiones esbozadas en el objetivo general. Entre las conclusiones de este estudio están: El

cuidar de sí es parte de la inmanencia y trascendencia de la persona enfermera, por lo tanto, requiere valorar que dispone de un cuerpo, cuya unicidad le exige cuidarlo. Cuidar de sí es una responsabilidad personal por ser una construcción humana e individual. La persona enfermera para cuidar de sí ha de fundamentarse en su propia escala de valores entre los cuales cabe mencionar conocimiento de sí misma, autoestima, responsabilidad, sensibilidad madurez personal y respeto a su propia dignidad. La persona enfermera ha de darle significado al mundo que habita a partir del cuidar de sí, pues de ello depende su propia existencia y la de las generaciones sucesivas.

Esta investigación se relaciona con el presente estudio, pues en el caso de la persona afectada por un infarto de miocardio es determinante indagar la prioridad que le da a su salud, a su existencia, y por los demás, en este caso por sus familiares. Además, indagar si esta eventualidad lo orienta a discernir sobre su existencia actual, adquirir nuevos conocimientos sobre el cuidarse para tratar de conservar la salud como un valor significativo en su vida.

CAPÍTULO III

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA DEL ESTUDIO

El presente capítulo contiene información relacionada con algunas definiciones del paradigma cualitativo, la fenomenología como filosofía, el abordaje del estudio según las etapas del método de Spiegelberg, los informantes claves y los criterios de selección de los mismos. Asimismo, se hace referencia a los porteros, los agentes externos participantes y el acceso al campo de estudio; las consideraciones éticas para proteger los derechos de todos los participantes; la técnica de recolección de la información, la relación entrevistado- entrevistadora y el análisis de la información, mediante la utilización del programa Atlas.ti.

1.-PARADIGMA CUALITATIVO.

El paradigma cualitativo, llamado también interpretativo, fenomenológico, comprensivo, tiene como enfoque interpretar, a través de la investigación, los significados que el sujeto le asigna a la acción social. Tiende a ser holista, pues se concentra en la comprensión total de un fenómeno o entorno social. De Souza, M. (1997: p. 8) reconoce a la investigación cualitativa como aquella que “incorpora el significado y la intencionalidad, inherentes a los actos, a las relaciones y a las

estructuras sociales, siendo estas últimas tomadas como construcciones humanas significativas, en su origen y en su transformación”.

En consecuencia, la sociología comprensiva intenta explicar la interacción de las relaciones sociales de la gente, como sujeto de estudio con sus creencias, valores y significados. Interacción considerada esencia y resultado de la actividad humana, creadora, afectiva y racional, que puede ser aprendida a través de lo cotidiano, de la vivencia y de la explicación del sentido común. Denzin y Lincoln (Rodríguez, G. y Cols.; 1996: p. 32) destacan que la investigación cualitativa “es multimetódica en el enfoque, implica una tendencia interpretativa, naturalista hacia su objeto de estudio”. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural tal y como sucede, e intentan interpretar los fenómenos, de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1990: p. 20) indican que la investigación cualitativa es “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas, y la conducta observable” y la caracterizan como: 1) Es inductiva. 2) El investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas o los grupos son considerados como un todo. 3) El investigador trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Leal, J. (2005: p. 107) al referirse al paradigma cualitativo refiere que es:

Interpretativo, holístico, naturalista, humanista, etnográfico;
donde el investigador desarrolla comprensiones,

interpretaciones y conceptos, derivados de los datos; por lo tanto este tipo de investigación es inductiva pues parte de los datos a la teoría y se conjuga con las definiciones que envuelven al proceso, la intuición y la creatividad.

2.-MÉTODO FENOMENOLÓGICO.

Los enfoques previamente presentados, sobre el paradigma cualitativo guardan consonancia con la fenomenología (Polit, D. y Hungler, B.; 2003), cuyos fundamentos primordiales derivan la filosofía y de la psicología, entre otras. La fenomenología como posición filosófica o *modo de ver*, dirige a la persona a explorar simple y pulcramente los fenómenos que se manifiestan en la conciencia y tiene sus arraigos en la tradición filosófica desarrollada por Husserl y Heidegger.

Husserl, E. (1969) considerado el fundador de la fenomenología, la define como la ciencia de lo que aparece en cuanto tal, es decir, las esencias. Consiste en un conjunto de reducciones, especialmente la reducción eidética como vía para la captación de las esencias. El fenomenólogo busca captar lo que se presenta a la conciencia y es verdadero para el sujeto que lo experimenta, tal es la esencia de la presente investigación. El citado filósofo formuló que para que pudiera darse una teoría del conocimiento *puramente conceptual*, no podía emplearse nada que ya estuviese constituido, por lo tanto se requiere de la reducción fenomenológica (o epojé), según la cual debemos colocar entre paréntesis determinada existencia, negando su validez en ese momento. Se entiende entonces, que para poder estudiar

las vivencias de una persona es necesario, asumir una actitud natural, de manera que podamos captar solamente todo lo que ella nos ofrece, es decir, ir a las cosas mismas.

Husserl, E. (1969) expone que la fenomenología, como fundamento de toda ciencia y saber, estudia el significado de las vivencias de la conciencia, pues cuando un hecho se presenta en la conciencia captamos su esencia y la manera característica de aparecer el fenómeno; es decir, los conceptos e ideas que nos permiten distinguir o clasificar los hechos. En tal sentido, la esencia del fenómeno se refiere a las experiencias de vida del sujeto en su mundo. Esta tendencia filosófica considera que la inmersión en lo cotidiano y la familiaridad con las cosas tangibles revelan los fenómenos, por lo tanto el investigador debe comprender en qué consiste la especificidad del fenómeno, tal como es, evitando en todo momento sus preconcepciones, suposiciones o creencias con respecto al mismo.

La fenomenología, según Husserl, E. (1969) es también un método de análisis de la vida consciente, que recurre a la epojé y a la reducción eidética para aclarar los procesos por los cuales se constituyen las significaciones como productos de sentido, lo que facilita la elucidación de su aparición en el mundo de la vida de la persona. Por su parte, Heidegger, M. (1991) discípulo de Husserl parte de una descripción fenomenológica del hombre, y emprende un análisis existencialista, dispuesto a describir la existencia humana; es decir, la búsqueda del ser en sus estructuras esenciales. El filósofo sostiene que se debe comenzar con el análisis del ser de la existencia humana, del *ser ahí* o Dasein. Esto exige preguntarse por el *sentido del ser*,

su constitución fundamental, de manera que solo tendrá una respuesta ontológica cuando se logre comprender *sus metas y sus motivos*. Su enfoque filosófico tiende hacia una descripción interpretativa del humano al considerarlo como un ser singular, que se interroga acerca del *sentido del ser*, verdadero fundamento de la investigación filosófica.

Por su parte De Souza, M. (1997: pp. 48-49) especifica que la fenomenología es “considerada la sociología de la vida cotidiana dentro de las ciencias sociales”. Resalta la idea de Husserl, quien argumentó que los actos sociales poseen el significado, como una propiedad diferente al universo de las ciencias naturales. A su vez cita a Schutz, A. quien expresó que “el mundo de la vida cotidiana en el campo de la fenomenología social, es donde el ser humano se sitúa con sus angustias y preocupaciones en intersubjetividad con sus semejantes”. La autora menciona los principios presentados por Schutz para una mejor comprensión del mundo social en el que el ser humano, desde la visión fenomenológica, se encuentra ubicado:

- a) La intersubjetividad: estamos siempre en relación unos con otros. La intersubjetividad es la categoría central en el análisis fenomenológico porque es un dato fundamental de la existencia humana en el mundo.
- b) La comprensión: para alcanzar el mundo de lo vivido, la ciencia tiene que aprender las cosas sociales como significativas;
- c) La racionalidad y la intencionalidad: el mundo social es constituido siempre por acciones e interacciones que obedecen a los usos, costumbres y reglas o que conocen medios, fines y resultados.

Bajo esta concepción fenomenológica, De Souza, M. (1997) defiende la idea, de que las realidades sociales se construyen en los significados y sólo pueden ser identificadas, a medida que se profundiza en el lenguaje significativo de la interacción social; por medio del método, las prácticas y las cosas, los cuales son inseparables en el abordaje fenomenológico. Bajo este abordaje, se asume la importancia de las representaciones sociales como condicionantes, tanto en la reproducción de la conciencia como en la construcción de la realidad más amplia. En el caso de la persona afectada por un infarto de miocardio, al igual que otras personas, el acto de cuidar de sí está condicionado por factores sociales: hábitos, costumbres, normas, creencias, valores, que son significativos para la persona, pues los introyecta, forman parte de su conciencia y a la vez se representan en el comportamiento que asume en su contexto social, como expresión conductual para cuidarse.

Se enfatiza una vez más, que la fenomenología fue reconocida por Husserl como un modo de ver y cómo un método. Ambos conceptos están íntimamente relacionados, por cuanto el método se constituye en un modo de ver y éste sólo es posible, mediante la utilización del método. En consecuencia, el método fenomenológico reconsidera los contenidos de conciencia, acerca de las experiencias de vida de las personas; es decir, lo que experimentan acerca de algún fenómeno y el modo en que interpretan tales experiencias. Por lo tanto, su objetivo se orienta a “describir la experiencia vivida y las percepciones a que da lugar; pues se supone

que la existencia humana es significativa e interesante por la conciencia que tenemos de esa existencia” (Polit, D. y Hungler, B.; 2003: pp. 235-236). Conciencia que es definida por Llor, B.; Abad, M. y Otros (1995: p. 48) como el “conocimiento integrador que acompaña a lo vivido. Estar consciente significa estar despierto y darnos cuenta de lo que nos rodea”.

El filósofo Dorsch, F. (1976: p. 518) expresa que la conciencia “es el modo de existencia peculiar en el que existen vivencias, procesos psíquicos que son experimentados como: percepciones, acuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, voliciones”. Por consiguiente, se considera que la conciencia es la capacidad que tiene la persona de reconocerse a sí misma y valorar sus propias experiencias, en su cotidianidad y darles significados. Ella le permite contemplarse desde afuera y darse cuenta de su yo. En este sentido, De Souza, M. (1997) indica que la dimensión espacio-tiempo privilegiada en la fenomenología, “es la vida presente y la relación cara a cara”, de allí emana el significado. Este, según Rizzo, R. (Marriner –Tomey, A. y Raile, M.; 1999: p. 465) “surge de la interrelación del ser humano con el mundo y se refiere, tanto al sentido último de la existencia como al significado de los momentos de la vida cotidiana”.

De Souza, M. (1997: p. 49) expresa que “el significado es inherente a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales; siendo estas últimas construcciones humanas significativas; donde el significado es el concepto prevalente para el análisis sociológico”. Ideas similares aporta Rusque, A. (1999: p. 27), quien manifiesta que el

análisis fenomenológico es “ante todo sustituir las construcciones explicativas para buscar una descripción de la propia experiencia de los sujetos, lo vivido, lo que efectivamente pasó para aquellos que vivieron alguna situación concreta”. Cita a De Mural, quien especifica que la fenomenología, como ciencia de la significación “se ha vinculado como una herramienta útil para la comprensión de la conciencia, de la existencia y de la experiencia humana como un todo”.

En este sentido, Sánchez, B. (2000: pp. 24-25) especifica que el abordaje fenomenológico sirve para comprender a las personas, “a partir de la inmersión en su campo de percepción, para ver la vida tal como ellos la ven”, por lo tanto, la fenomenología como enfoque filosófico y metodológico es útil para orientar la investigación en enfermería, en la búsqueda de respuestas relacionadas con los fenómenos experimentados como parte del cuidado de la experiencia de la salud humana, tal y como éstos se presentan en el ser humano que requiere del cuidado. Su meta es describir la experiencia humana, tal como es vivida por los actores sociales, pues como lo establece Merleau Ponty, M. (1997: p. 108) la experiencia corporal es la que permite tener la conciencia de ser en el mundo; es decir, conciencia y mundo se relacionan, pues “la unidad de este es a la vez la de su inserción en el mundo”. De acuerdo con el autor, la persona ni es una pura subjetividad, ni es un conjunto de comportamientos, supuestamente objetivos; por el contrario, la persona es la unicidad de lo subjetivo y lo objetivo.

Cabe señalar, que la comprensión y la interpretación son algunos de los conceptos distintivos del abordaje fenomenológico. En la comprensión se trata de indagar lo psíquico de la persona a través de lo que ella manifiesta de sus vivencias, que en este caso específico, es el significado del cuidar de sí antes y después de un infarto de miocardio (ideas, sentimientos, valores, incluso la comunicación kinestésica: gestos, posturas movimientos). Tales ideas se refuerzan con lo expresado por Dilthey, W. (Ferrater, J.; 2001: pp. 602-603) quien considera a la comprensión como “el acto por el cual se aprende lo psíquico a través de sus múltiples exteriorizaciones”. El mismo autor, (Muñoz, J. y Velarde, J.; 2000: p. 128) expresa que la comprensión consiste en “reconstruir una totalidad en cuyo seno se determina el significado de cada una de las partes”.

En este sentido Martínez, M. (1999: p. 190), define a la comprensión como “la captación de las relaciones internas y profundas, mediante la penetración en su intimidad para ser entendida desde adentro, en su novedad respetando la originalidad y la indivisibilidad de los fenómenos”. Kozier, B. y Otros (2005: p. 76) especifican que “la comprensión requiere la habilidad de escuchar al otro y notar los sentimientos de la persona”.

En cuanto a la interpretación como parte del proceso hermenéutico, “no es un acto complementario ni posterior a la comprensión, sino que comprender es siempre interpretación y ésta es la forma explícita de la comprensión”. Por consiguiente, “la interpretación es una tarea de la comprensión vinculada intrínsecamente al

simbolismo y dirigida a descifrar el sentido que la persona le da a sus vivencias” (Zambrano, A. y Román, G.; 2003: pp. 30-31).

La interpretación (Rusque, A.; 1999: p. 29) se fundamenta en: evaluaciones, comprobaciones, y observaciones objetivas. Además, “la comprensión y la interpretación deben ser sometidas a la lógica y no solamente a una vivencia espontánea del investigador”. En el caso de la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio, se intentó interpretar y comprender el significado de los patrones que utiliza para cuidar de sí, como responsabilidad primigenia ante sí mismo y ante los demás.

En un sentido más amplio, Maceiras, M. y Trebolle, J. (1990: pp. 40, 44) reconocen que la interpretación es el acto que consiste en “descifrar o traducir un texto, en el que hay una mediación entre dos mundos del espíritu” (p. 40), es decir, el autor (actor social, participante del estudio) y el lector (enfermera investigadora). Los autores señalados en este párrafo, expresan que Dilthey, W. identifica a la interpretación como “la comprensión realizada conforme a las reglas del arte, de las manifestaciones de la vida fijadas por escrito” (p. 44).

Por consiguiente, el presente estudio, de naturaleza cualitativa bajo un enfoque fenomenológico, tuvo como finalidad la interpretación del significado del cuidar de sí para las personas afectadas por un infarto de miocardio, como una experiencia vivida por ellas. Se seleccionó el método fenomenológico, por las siguientes razones: a) Lo

que significa el cuidar como acción social, como esencia del deber ser de cuidarse la persona que ha tenido un infarto de miocardio. b) La especificidad del fenómeno *cuidar de sí*, dado que la utilización de los pasos del método intenta comprenderlo, tal como es experimentado y percibido por las personas con el citado desequilibrio. c) La interpretación del citado fenómeno, cuya naturaleza y estructura sólo puede ser captada desde el marco de referencia interna como esencia (lo invariable del fenómeno) del informante que vivió y vive la experiencia de un infarto de miocardio.

Bajo el enfoque fenomenológico se intentó comprender e interpretar el significado del cuidar de sí, como una realidad de las personas afectadas por el citado desequilibrio, se consideró la subjetividad y perspectivas de los actores sociales en el estudio, a partir de la concepción, que el cuidar es un acto esencial, presente en la persona desde el inicio mismo de su existencia, y por consiguiente, forma parte de su cotidianidad. Para ello, se tuvo como referencia, sus experiencias vividas que de una u otra forma son significativas para ellas. Esto vinculado a la circunstancia de que la presencia de un infarto de miocardio, en un momento dado, puede poner en riesgo la vida de las personas y éstas al estar amenazada su existencia, le dan un significado a dicha experiencia.

Es importante resaltar que la investigadora asume la convicción de considerar a cada sujeto participante del estudio, como una persona holística, única e irrepetible, poseedora de valores, creencias, costumbres, emociones, vivencias influyentes en los significados que le atribuye al cuidar de sí, dada que la experiencia de esta situación

desequilibrante es totalmente diferente en cada persona afectada, a pesar de que el proceso fisiopatológico sea idéntico o parecido.

En este sentido, se intentó comprender e interpretar que significa *el cuidar de sí* como esencia, a partir de la experiencia que han tenido los participantes del estudio. Se indagó cuales fueron sus emociones e ideas durante la experiencia vivida vinculada al episodio del dolor precordial como una manifestación subjetiva. Episodio que ha sido descrito por algunos autores (Brunner, L. y Suddarth, D.; 1999: p. 553) como “de fuerte intensidad, insoportable, opresivo y que se acompaña de una sensación inminente de muerte”.

2.1.-ETAPAS SEGÚN EL MÉTODO DE SPIEGELBERG, H.

El método utilizado en el presente estudio, fue el fenomenológico, de acuerdo al modelo especificado por Spiegelberg H. (1975) que consta de seis fases (Strenbert H. y Rinaldi, D.; 1995: p. 36): “1) Descripción del Fenómeno. 2) Fenomenología de las esencias. 3) Fenomenología de las apariencias. 4) Constitución fenomenológica. 5) Reducción fenomenológica. 6) Fenomenología hermenéutica”. A continuación se explican brevemente cada una de ellas, dichas explicaciones se fundamentan en los conceptos del propio Spiegelberg, H. (1995); Strenbert, H. y Rinaldi, D. (1995); Heidegger, M. (1991); Ferrater, J. (2001); Husserl, E. (Martínez, H; Martínez, L. (1998), Friedrich, D. (1976).

DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO.

Spiegelberg, H. (Strenbert, H. y Rinaldi, D.; 1995: p. 36) reconoce que esta fase consiste en la “exploración y descripción del fenómeno” bajo estudio. La misma “estimula nuestra percepción e intuición” acerca de las vivencias experimentadas por los informantes, con énfasis en la “riqueza, profundidad y amplitud de su experiencia”. La fase exige al investigador utilizar los principios éticos pertinentes para adentrarse en la conciencia de los actores sociales del estudio, con el fin de conocer de forma directa y cercana sus respuestas significativas, en cuanto a la interrogante primigenia ¿Cómo es el cuidar de sí de las personas con infarto de miocardio? Esta duda se asemeja a la posición heideggeriana cuando se interesa por la condición humana a través de “¿Qué es el ser? ¿Qué es lo que es? Todo aquello que se indaga en la pregunta que se trata de desarrollar, es el ser” o modo del ser ahí, pues la esencia del **ser ahí está en su existencia**. Las características que puedan manifestarse “son modos de ser posibles para él, en cada caso” (Heidegger, M.; 1991: pp. 14-15, 54). Por consiguiente, las interrogantes a utilizarse han de estar dirigidas a inquirir sobre la pregunta norteadora citada previamente, a través de los datos que en forma libre y espontánea aporten los informantes.

Con ello, el investigador comienza a entender el fenómeno, tal como es descrito por los informantes. Graba, transcribe y colecciona las descripciones personales e individuales e intenta identificar y describir el fenómeno con la inclusión y agrupación de elementos del fenómeno. Supone un marco de referencia de nombres y

clases, de acuerdo con lo especificado por Spiegelberg H., quien establece que el objetivo es la investigación directa y descripción del fenómeno conscientemente experimentado; sin teorizar, sin explicaciones causales y tan libre como sea posible, de preconcepciones y presupuestos.

FENOMENOLOGÍA DE LAS ESENCIAS.

Consiste en comprobar, en los datos aportados por los informantes, los temas, y establecer patrones de relación con el fenómeno de estudio para identificar las relaciones fundamentales entre las esencias, lo cual exige un cuidadoso estudio de los ejemplos dados por los informantes. De esta forma, comienzan a obtenerse *insights* de las estructuras y relaciones con el fenómeno para comprobar las esencias, proporcionan un sentido de lo sustantivo en la descripción del fenómeno. Esencias, que según Natanson (Strenbert, H. y Rinaldi, D.; 1995: p. 32) “son unidades de significado comprendidas por diferentes personas en los mismos actos, o por las mismas personas en diferentes actos”. Se refieren al significado verdadero de algo. Son conceptos o unidades básicas que proporcionan una comprensión común del fenómeno bajo estudio.

Sin concretar el concepto de las *esencias* Heidegger, M. (1991) expone que sólo el Dasein es el modo de ser que es característicamente humano, por lo tanto “el fenómeno es lo que se muestra en sí mismo”, y corresponde a “la totalidad de lo que está o puede ponerse a la luz” (p. 39). En la fenomenología de Husserl “las

esencias son unidades ideales de significación que se dan a la conciencia intencional, cuando esta describe pulcramente lo dado. Son intemporales y aprióricas, universales y concretas” (Martínez, H. y Martínez, L.; 1998: p. 173).

FENOMENOLOGÍA DE LAS APARIENCIAS.

Exige dar atención a las formas en que el fenómeno aparece. Focaliza la atención en el fenómeno, no solo en el sentido de lo que aparece, sean esencias particulares o generales, sino también del modo como aparecen. Heidegger, M. (1991: pp. 38, 41) indica que cabe la posibilidad de que un ente o fenómeno se muestre como “lo que no es” en sí mismo. La apariencia en cuanto “apariencia de algo” quiere decir “anunciarse algo que no se muestra, por medio de algo que se muestra”. Heidegger, M. establece una diferencia entre fenómeno (mostrarse en sí mismo) y “la apariencia que señala una relación de referencia dentro del ente mismo”, con ello quiere concretar que “los fenómenos o entes no son nunca apariencias, pero en cambio toda apariencia necesita de fenómenos”.

Ferrater, J. (2001: p. 189) señala que: “la apariencia significativa, el aspecto que ofrece una cosa cuando se deja ver, se manifiesta, se presenta generalmente a la vista”. Este significado puede interpretarse de tres modos: a) La apariencia de una cosa es lo mismo que su realidad; la cosa es como aparece, esto es, se deja ver en su aparecer. b) La apariencia es algún aspecto (de la realidad) de una cosa. c) La apariencia de una cosa es distinta de **su realidad** y hasta puede ocultar esa realidad.

CONSTITUCIÓN FENOMENOLÓGICA.

Según Spiegelberg, H. (Strenbert, H. y Rinaldi, D.; 1995: p. 40), la citada constitución es estudiar “el fenómeno, tal como está configurado en nuestra conciencia”. La constitución fenomenológica significa “el proceso, en el cual el fenómeno toma forma en nuestra conciencia hasta llegar a obtener una imagen de su estructura”. La constitución fenomenológica puede ayudarnos a desarrollar “el sentido de nuestra relación con el mundo”.

La posición Spiegelberiana sobre la constitución fenomenológica proyecta dos ideas sustantivas: a) El fenómeno toma forma en nuestra conciencia, por lo tanto en ésta existen “percepciones, significados acuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, voliciones” (Friedrich, D.; 1976: p. 518), que hacen referencia a un yo interior, b) Ayuda al desarrollo de nuestra relación con el mundo. En este sentido, Heidegger, M. (Cruz, M.; 2002: p. 186) expone que “el ser humano siempre está inmerso en el mundo de otras personas y de las cosas”. Al referirse a las cosas, el autor las reconoce como objetos “por los que tengo interés”; es decir “cosas de uso específico”. El ser de las cosas significa “pertenecer a esa totalidad instrumental que es el mundo”.

En cuanto a ese ser-en-el-mundo, que constituye al hombre, Heidegger, M. involucra *mi-ser-con otros*, quienes también están en el mundo; en el mismo sentido. Mi *ser-con-otros* niega la idea de “una coexistencia exterior; de un compartir

accidentalmente un escenario” sino algo fundamental “pertenece a la naturaleza de la existencia humana, el hecho de ser una existencia compartida” (Cruz, M.; 2002: p. 187). Por su parte, Buber, M. (1990: p. 90) establece que:

El ser humano jamás puede hacerse enteramente ser humano, sólo mediante su relación consigo mismo, sino gracias a su relación con otro mismo; que es su alterego. Es decir el ser humano crea sus propios significados en su interacción con los otros.

REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA.

El desarrollo de la fase, exige al investigador prescindir de conocimientos, prejuicios, teorías, respuestas tentativas; con el fin de captar el verdadero significado de la realidad vivenciada por el informante. Esta fase es crítica para *la preservación de la objetividad*. Spiegelberg, H. (Strenbert, H. y Rinaldi, D.; 1995: p. 40) reconoce que el proceso reductivo es también “la base para posponer cualquier revisión de la literatura hasta que la información haya sido analizada”. Es posible que el investigador conozca o tenga opiniones acerca del fenómeno bajo estudio, pero debe mantenerlo separado de la descripción de los participantes. Es el uso de la *epojé*, que se refiere a “la suspensión de toda creencia o explicación existente sobre el fenómeno”. Husserl, E. (Martínez, H. y Martínez, L.; 1998: p. 167) en su filosofía fenomenológica, lo considera como un “poner entre paréntesis aquellas cuestiones de la existencia y justificación causal de las cosas, que se refleja en un cambio radical frente a la tesis natural”, y que en este caso son los datos significativos aportados por

los actores sociales. La suspensión de toda explicación permite avanzar hacia el objetivo propuesto que es la comprensión de las vivencias en toda su pureza.

FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA.

Es interpretar el sentido de los significados. La descripción y la interpretación ayudan a alcanzar la comprensión a través del fenómeno a estudiarse. En la fenomenología hermenéutica, según Spiegelberg, H. (Strenbert, H. y Rinaldi, D.; 1995: p. 41) su campo de aplicación es en aquellas situaciones, en las cuales nosotros “encontramos significados que no son comprendidos inmediatamente, pero que requieren esfuerzos interpretativos”. Con ello, trata de concretar aun más, que esta fase busca en todo momento, sólo aquello que es plenamente vivido por la persona.

La fenomenología hermenéutica, según Gadamer, H. (1988: pp. 23-24) es una exploración interpretativa del humano, como *ser histórico* y que se manifiesta en el lenguaje. Esto lo definió como *hermenéutica filosófica* para expresar que “comprender e interpretar textos, no es solo una instancia científica, sino que pertenece con toda evidencia a la experiencia humana del mundo”. Reafirma con ello, que son “experiencias en las que se expresa una verdad, que no puede ser verificada con los medios disponibles de la metodología científica”.

Por lo tanto, la función de la hermenéutica, según Gadamer, H. (1988: p. 565) es que para enunciar algo, se requiere de una respuesta a una interrogante, es decir que a “la dialéctica de la interpretación le ha precedido siempre la dialéctica de

pregunta y respuesta. Ella es la que determina la comprensión con un acontecer”. En este sentido, la realidad de la persona con su mundo de vivencias es histórica y lingüística.

De acuerdo a lo expresado por Gadamer, se infiere que los profesionales de la salud, en su condición de hermenutas, han de ser capaces de valorar e interpretar la variedad de manifestaciones presentes en el lenguaje oral y somático de personas con infarto de miocardio. Esto permite recopilar información fidedigna y útil para la planificación y ejecución de acciones dirigidas a la protección de dichas personas, de una manera integral, lo que influye en la evolución de su estado de salud. Digno de mencionar es la valoración de la expresión facial, pues en ella se refleja claramente la ansiedad y la angustia, como consecuencia subjetiva del dolor precordial.

3.-INFORMANTES CLAVES DEL ESTUDIO.

Según Galeano, M. (2004: p. 36)

En la selección de los actores sociales o informantes es necesario considerar por lo menos dos tipos: a) El portero: persona que por su conocimiento de los actores sociales, los contextos y las situaciones sirve de puente para el acceso del investigador a los grupos y permite la *entrada* del investigador a los escenarios. b) Informante clave: es aquel que voluntariamente está dispuesto a participar en el estudio; debe demostrar interés por transmitir sus experiencias vitales, y tener la capacidad de reflexionar sobre su propia existencia.

En el presente estudio intervinieron cinco (5) informantes claves, quienes aportaron la información necesaria relacionada con el significado del cuidar de sí, con la finalidad de obtener sus apreciaciones o puntos de vista relacionados con dicho fenómeno.

Debido a las características clínicas, presentes en las personas afectadas por un infarto de miocardio, al ingresar al centro asistencial, entre las cuales prevalece el dolor precordial de fuerte intensidad, lo que les hizo experimentar una sensación inminente de muerte; el deseo de la mayoría de ellas era el de aferrarse a la vida; sin embargo, esto contrasta con el comportamiento posterior de algunas de estas personas, quienes al transcurrir el tiempo son reingresadas a los centros asistenciales, víctimas de otro infarto de miocardio, con la evidencia de que sus estilos de vida son poco saludables, según los datos aportados en su historia clínica. Por consiguiente, se entrevistaron personas que tenían como mínimo cuatro (4) meses de postinfartadas; otras con un (1) año o más de haber tenido el infarto de miocardio; con el fin de obtener las diferentes visiones entre los agentes informantes, con respecto al fenómeno de estudio, es decir el significado de cuidarse.

3.1.-CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES CLAVES.

La selección de los actores sociales o informantes que generaron la información pertinente para este estudio, fueron personas afectadas por un infarto de miocardio con o sin inestabilidad hemodinámica, pero que al momento de realizarles las

entrevistas se encontraban en sus hogares después del egreso hospitalario. De acuerdo, a los requisitos expresados en el consentimiento informado, los actores participantes en la investigación aceptaron su participación voluntaria en el estudio; disponer de tiempo suficiente y las veces que fuese necesario para la realización de las entrevistas; así como aceptar la grabación de la información que ellos aportaron, entre otros aspectos.

3.2.-PORTEROS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

Son aquellos que describen la realidad que ocupa al investigador o dan información de las personas o grupos que participarán en la investigación (Rodríguez, G. y Otros; 1996: p. 111). En el presente estudio se solicitó la colaboración a las personas que conocían de trato y comunicación a los informantes claves y a los agentes externos, entre ellas: docentes de la escuela de enfermería, enfermeras asistenciales, habitantes de la comunidad donde residía el informante clave. Esto facilitó el acceso a los informantes claves y agentes externos, debido a que previo a la entrevista, los porteros ofrecían información general a los mismos sobre mi rol como investigadora, el objetivo del estudio y la técnica para recolectar la información (entrevista grabada). Esto contribuyó a sensibilizarlos y facilitó mi primer contacto con las personas seleccionadas.

3.3.-AGENTES EXTERNOS, PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

Entre los agentes externos que participaron en la investigación estuvieron médicos, enfermeras y familiares de personas infartadas. El criterio de selección para los dos primeros (médicos y enfermeros) fue haber tenido la oportunidad de atender al paciente con infarto de miocardio. En el caso de los familiares: tener nexo directo (esposa, padres, hermanos) y la oportunidad de atender al paciente, tanto en el hospital como en el hogar; así como su participación voluntaria en el estudio.

4.-ACCESO AL CAMPO DE ESTUDIO.

De acuerdo a lo conceptualizado por Rodríguez, G. y Otros (1996: pp. 103, 105) el campo es “el contexto físico y social en el que tienen lugar los fenómenos objeto de estudio”. Dicho acceso “es un proceso mediante el cual, el investigador va accediendo a la información fundamental para la investigación. Ello implica la tramitación de los respectivos permisos en las instituciones y con las personas que han de participar en el estudio”. Para tener acceso a los informantes claves, y a sus familiares se efectuaron los siguientes pasos: acercamiento inicial de la investigadora a los informantes para proporcionarles información detallada sobre los objetivos del estudio. Solicitud por escrito del consentimiento informado de las personas seleccionadas. Explicación clara a los entrevistados seleccionados y a sus familiares sobre su anonimato, así como la confidencialidad de la información dada por ellos. Solicitud de autorización a los actores sociales y a sus familiares para visitarlos en el

hogar o en cualquier otro sitio, de acuerdo a su preferencia. El acceso al campo de estudio fue un proceso continuo, pues hubo la necesidad de recurrir a los informantes claves, en más de una oportunidad para poder validar y concretar la información pertinente y necesaria, con respecto al fenómeno de estudio.

5.-CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES.

Los investigadores deben clarificar los principios éticos que guían su actividad y comunicarlos abiertamente a los participantes de la investigación. Al respecto, Rodríguez, G. y Otros (1996: pp. 280-281) considera como importante, asegurar “el anonimato a las personas e incluso si así se solicita se omitan o modifiquen los nombres de las instituciones estudiadas”. También enfatiza la protección a la confidencialidad y el respeto a la intimidad.

En el caso de los informantes claves y de los agentes externos, participantes en el estudio, sólo se les identificó con las iniciales del nombre y apellido, previa su autorización para garantizarles el anonimato y el respeto a la intimidad. Con respecto a la confidencialidad de la información proporcionada se les informó sobre el uso de una grabadora, cuya finalidad era recolectar la información con la mayor fidelidad posible, a la que sólo la investigadora, su ayudante y la tutora tuvieron acceso. Información que se destruyó al finalizar la investigación, tal como se les había prometido a los participantes del estudio.

5.1.-CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Según Rodríguez, G. y Otros (1996: pp. 280-281), el principio básico de contar con el consentimiento de las personas a ser investigadas parece aceptarse como un criterio de conducta para el investigador. El consentimiento informado “debe asegurar el anonimato de los participantes o del carácter confidencial de los datos”. El autor menciona, que “la recolección de los datos está afectada por dilemas éticos relativos a las formas de registro”. Parece aceptado, que deberían grabarse en audio o video, sólo las conversaciones o escenas aceptadas por los participantes. El autor citado especifica la existencia de “unos códigos éticos que deben ser considerados por el investigador, al momento de recolectar la información: el consentimiento de los sujetos a ser investigados, la protección de la intimidad y la responsabilidad del investigador”. El principio de la responsabilidad alude a “salvaguardar los derechos, intereses y sensibilidad de los participantes, durante el proceso de la recogida de la información”. Para el presente estudio se diseñó un formato inédito de consentimiento informado, el cual contenía aspectos que fueron leídos y aceptados por los informantes, tales como: el objetivo de la investigación, los beneficios, la confidencialidad de la información, la libertad de grabar o no alguna información de acuerdo a su decisión, así como su libertad para retirarse del estudio si lo consideraba pertinente, entre otros aspectos. Es importante especificar que el investigador a cada informante, durante las entrevistas, le enfatizaba la idea del anonimato, en que se mantendría la información aportada por éste.

6.-TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

De acuerdo a lo referido por Fortín, M. (1999: p. 117) “la recolección de datos no puede empezar hasta que el investigador no se haya sensibilizado, respecto al fenómeno estudiado”. Ideas similares expresa Rodríguez, G. y Otros (1996: p. 142) al referir que: “lo que le da valor a los datos que se recogen es la actitud y la conducta de quien realiza la investigación, mientras que las técnicas que utiliza no son sino el reflejo de su actuación en dicho proceso”.

6.1.-ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD O ENFOCADA.

Entre las técnicas utilizadas en la investigación cualitativa para recolectar información se encuentra la entrevista en profundidad o enfocada; esta técnica según Leal, J. (2005: p. 116) es llamada también entrevista abierta, es la más usada en la investigación cualitativa y “busca encontrar lo más importante y significativo para los informantes sobre los acontecimientos y dimensiones subjetivas”.

Rodríguez, G. y Otros (1996: p. 168) establecen que la entrevista en profundidad es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, la vida de la sociedad o cultura, obteniendo datos a partir del propio lenguaje de los sujetos. Permite “acercarse a las ideas, creencias, significados que las personas le atribuyen a los objetos y a las experiencias vividas”, por ello, la citada técnica se utilizó en la presente investigación a fin de indagar cuál era el significado del cuidar de sí para las personas con vivencia de un infarto de miocardio.

Las entrevistas se desarrollaron, mediante encuentros previamente establecidos con los informantes claves en el hogar o en otros sitios de su preferencia. Durante la misma se estableció un diálogo intersubjetivo cara a cara, en la búsqueda del significado de cuidar de sí, derivado de las expresiones verbales y kinestésicas de los entrevistados.

En el desarrollo de las entrevistas, además de la grabadora, se utilizó una libreta para hacer anotaciones de algunos aspectos mencionados por los informantes, que ameritaban ser explicados profundamente por ellos. Una vez desgravada la información obtenida, hubo la necesidad de abordar a algunos actores sociales en dos o tres ocasiones más, para clarificar y validar aspectos verbalizados por éstos durante la entrevista, con el fin de profundizar el significado del cuidar de sí, de estas personas.

Por ser la primera vez que como investigadora realizaba una investigación de naturaleza cualitativa, la cual por sus características exige un diálogo abierto, intersubjetivo en el que ha de existir empatía y confianza entre el informante y el investigador, entre otros aspectos; decidí efectuar algunas entrevistas iniciales a personas que habían tenido un infarto de miocardio, con el fin de *explorar* el posible escenario a enfrentar, al momento de realizar las entrevistas definitivas; ello contribuyó a identificar debilidades que se evitaron durante el desarrollo de las mismas.

6.2.-RELACIÓN ENTREVISTADO-ENTREVISTADORA.

Rodríguez, G. y Otros (1996: p. 109) especifican que:

Mantener el contacto requiere que el investigador se presente a sí mismo como una persona sincera, dispuesta asumir un compromiso en la relación con el informante clave o el grupo, comunidad o institución. En esta relación, el investigador debe darles voz y el derecho a réplica a los informantes para que expresen una posición diferente ante la situación estudiada (p. 109).

En este estudio, la investigadora trató de indagar sobre las experiencias vividas por las personas que habían tenido un infarto de miocardio, lo que le permitió conocer sobre sus creencias, ideas y opiniones acerca del significado del cuidar de sí. Asimismo es importante resaltar el hecho de la flexibilidad y sensibilidad de mi rol como investigadora ante las respuestas de los actores sociales, tratando en lo posible de evitar involucrarme sentimentalmente, ni realizar juicios de valor (Reducción fenomenológica) que pudieran interferir en el buen desarrollo de las entrevistas efectuadas.

7.-ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN: APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ATLAS.TI.

Para el análisis de los datos cualitativos existen las siguientes tareas básicas según el esquema propuesto por Miles y Huberman, mencionados por Rodríguez, G. y Otros (1990: pp. 204,214) que son los siguientes:

- a) Reducción de datos: Consiste en el resumen y selección de la información para hacerla abarcable. Entre las tareas que incluye esta reducción de datos, está la categorización.
- b) Presentación y organización de los datos: Consiste en estructurar y poner en evidencia las relaciones y estructuras.
- c) Interpretación de los significados: Consiste en confirmar que los resultados corresponden con los significados e interpretaciones que los informantes claves atribuyen a la realidad.

En este estudio se llevo a cabo el proceso de categorización, codificación, triangulación y estructuración de las categorías surgidas durante las entrevistas, posteriormente se efectuó la constitución e interpretación de los significados. Para facilitar el proceso de categorización y la estructuración se utilizo el programa de atlas ti, el cual es definido por Martínez, M. (2006: p. 295) como: “un programa que implica: a) la categorización de la información; b) la estructuración o creación de una o más redes de relaciones o diagramas de flujo entre las categorías”.

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

En el presente capítulo se expone la descripción del fenómeno de estudio **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio**, a partir de las vivencias experimentadas por los informantes claves. Asimismo, se presentan algunos aspectos relacionados con su realidad social antes del infarto de miocardio.

1.-PERSPECTIVAS DE LOS INFORMANTES CLAVES.

Ellos expresan la información que emitieron al formularles nueve (09) interrogantes vinculantes con el fenómeno de estudio.

INFORMANTE 1: Señor: DC de 61 años de edad, de oficio chofer, con 4 años de haber tenido el infarto de miocardio (IM).

1.-¿Me podría hablar sobre su experiencia de haber padecido un IM?

Me dio un dolor en el pecho en el lado izquierdo, que se me iba al brazo izquierdo, era como si me abrieran las venas es un dolor intenso, grande, fuerte e insostenible. Me vino un vómito y me puse a sudar, le pedí al vecino que me llevara al hospital, ya no aguantaba ese dolor. Lo único que quería era que me quitaran ese

dolor. Al llegar a la emergencia me salí corriendo del carro, me metí corriendo al consultorio; ahí el doctor hasta dejó de examinar a otro paciente, me acostó en la camilla, me hizo el electrocardiograma y comenzaron atenderme.

2.-¿Qué sintió usted en el momento del IM?

Es un dolor que causa desesperación, es una angustia, Es una desesperación, uno esta entregado a lo que Dios quiera, uno se resigna. Uno como persona se entrega a Dios, a la Virgen y a la ciencia médica; uno tiene esperanza a que lo salven. Uno se entrega en las manos de Dios, y si uno se muere...bueno. *¿Qué es Dios para usted?* Es alguien muy grande, que está con uno de día y de noche, cuando uno dice... que Dios me cuide, que Dios me proteja uno lo tiene en la boca de día y de noche. *¿Qué es entregarse en las manos de Dios?* Es entregarse a lo que él quiera, uno se entrega, que más le queda a uno.

3.-¿Qué importancia tuvo o tiene para usted el haber padecido un IM?

Es algo muy importante, muy diferente a una gripe. Porque está en riesgo la vida. La vida le cambia a uno... *¿Cambia en qué sentido?* En el tipo de alimentación que debes consumir, cambia la manera como debes llevar las cosas, llevar la vida, debes evitar muchas cosas: el cigarrillo, el estrés, los trasnochos, el alcohol para poder evitar otro infarto...

4.-¿Qué cree usted fue el motivo o los motivos que le causaron el IM?

El estrés, la vida ajetreada, comer mal en la calle, el tipo de alimentos que comía mucha empanada, frituras, salsas, mayonesa. No hacía ejercicios.

5.-¿Considera que ha modificado su modo de vivir, después del IM? ¿Cómo asumió usted su enfermedad?

Claro... porque antes me cuidaba menos que ahora, comía en la calle, frituras, pastas, me estresaba, tenía exceso de trabajo, ahora aunque no camino pienso que estoy previniendo que me dé otro infarto, ya que me cuido más. Al cuidarme más estoy previniendo que me dé otro infarto, porque el infarto te da cuando comes mucha grasa, fumas, te estresas, el sobrepeso. Cómo la asumí? : Me cuido más, ya no puedes hacer lo mismo que hacías antes, como más sano, no utilizo frituras, como salcochado, aliño la comida al natural, como poca sal, no como en la calle. Trato de no estresarme, llevo mi vida con calma, me trasnocho menos. *¿Emocionalmente cómo se sintió con esa situación?* Nada, yo no me achico por nada, para adelante uno tiene que ser optimista. *¿Qué es achicarte? ¿Qué es ser optimista?* Es no derrumbarse, no amilanarse. Ser optimista es echar para adelante con las situaciones que la vida te mande, que nada te amilane.

6.-¿Por qué cree usted que debió cambiar su modo de vivir?

Porque un infarto es algo bien serio. En algunas cosas he cambiado mi modo de vivir en otras no, yo nunca he fumado y bebo poco licor. Después del infarto he cambiado el tipo de dieta, ahora como más sano, es decir, sancochado, a la plancha, sin aceite, poca sal, no como en la calle, aliño la comida al natural con tomate, perejil, poca sal, como sancochado, trato de no estresarme, llevo mi vida con calma, más pausadamente, me trasnocho menos, ya yo estoy viejo, no puedo hacer ejercicios por mi trabajo. Aunque recién salido del hospital yo me cuidaba más...*Explíqueme eso, ¿cómo que recién salido del hospital se cuidaba más?* Caminaba más, me mantenía de buen peso, no comía dulces, ahora estoy más libertino....*Explíqueme: ¿Cómo es eso de libertino?* Bueno abuso más de las comidas en cuanto a cantidad se refiere, de los dulces. *¿Qué es abusar para usted?* Bueno, es hacer lo que no deberías hacer... y *porqué ese abuso?* Porque el ser humano es así, uno sabe que no debería abusar de la salud, pero uno es así débil aunque no debería hacerlo..... *Y porque si sabe que no debería hacer eso, es decir abusar de la cantidad de comida, de los dulces ¿Por qué lo hace?* Bueno, porque me provoca...al ver algo que me provoca, por ejemplo un pastelado, me lo como, me provoca una malta, me la tomo. *¿Y cuando lo dieron de alta no le provocaba comer pastelados, maltas, dulces por ejemplo?* Sí, pero ya ha pasado el tiempo son cuatro años desde que me dio el infarto. *¿Pero entonces en que varía?* *¿Usted cree que a medida que pasa el tiempo, será que se nos olvidan las cosas?* No es que se nos olvidan las cosas, uno podría evitar algunas cosas pero nos

volvemos débiles a las tentaciones, de lo que nos gusta, y caemos en el descuido de comer dulces, gaseosas. Pero no debería hacerlo, uno sabe que no debe hacerlo. *¿Qué es ser débiles a las tentaciones?* Es hacer cosas que sabes que te hacen daño, que te van a perjudicar y las haces; es abusar de lo que no debes hacer, pero uno es débil. Es no tener fuerza de voluntad. *¿Siente miedo a que te vuelva a dar otro infarto?* Si... Yo tengo miedo a que me repita otro infarto. *¿Miedo a que?* Miedo a pasar derecho al otro lado... *¿Qué significa pasar al otro lado?* Pasar al otro mundo, miedo a la muerte, que algún día vendrá pero mientras se pueda evitar se evita. *¿Se evita cómo?* Cumpliendo con el tratamiento que te manda el médico, la dieta, caminar, en fin tantas cosas...

7.-¿Qué es para usted la palabra cuidado?

Es estar pendiente de uno mismo, de su salud *¿Qué es para usted cuidarse a sí mismo?* Es comer saludable, es decir comer a la plancha, salcochado, baja en sal, no fumar, hacer ejercicios, evitar los dulces, no beber licor, no trasnocharme. *¿Qué siente al cuidarse a sí mismo?* Satisfacción. **¿Y que es satisfacción?** Sentirme bien. **¿Cree que es responsable con el cuidado a sí mismo?** Pienso que si, en la mayoría de las cosas, porque lo único que no hago es hacer ejercicios y de vez en cuando como algún dulce, helados pero no siempre.

8.-¿Qué es para usted la palabra salud? ¿Es importante para usted cuidar su salud?

Es estar sano, que no me duela nada, es lo mejor que hay... *¿Qué es lo mejor?*
Que no te duela nada. *Si es importante* cuidar mi salud, porque sin salud no hay nada.

9.-¿Cómo le gustaría que lo cuidaran?

Con atención, cariño y respeto. Yo espero de la persona que me cuida que me apoye, que me proteja, me comprenda y me respete. Es muy importante contar con el apoyo de la familia y de las personas eso es fundamental, porque cuando uno está solo, eso es triste.

INFORMANTE 2: Señora AS de 59 años de edad, de profesión Periodista, con un año de haber tenido el infarto de miocardio (IM).

1.-¿Me podría hablar sobre su experiencia de haber padecido un IM?

Fue bastante sorpresivo para mí. Fue un dolor en el pecho, en el lado izquierdo, que se me fue a la espalda, poco común en mi, muy fuerte, es una angustia, una desesperación, me sentía muy mal, me fui al UAMI (Unidad de Atención Médica Integral) eran como las 6 de la mañana; el médico me dice que lo que tengo es un broncoespasmo y que me iban a nebulizar. Me tranquilicé un poquito, me esperé

porque me iban a dar una segunda nebulización, luego vino el cambio de guardia y el médico le dice al otro que tengo un broncoespasmo.

La enfermera me tomó la tensión y les informó que la tenía muy alta, yo nunca he sido hipertensa, me puse a llorar, porque presentía que había algo grave, más fuerte, nunca había sentido un dolor de ese nivel. Yo presentía que había algo grave y los médicos no me hacían caso. El médico me decía que estaba muy nerviosa y que me acostara en una camilla para que me tranquilizara; me acosté, estaba inquieta, me dio una crisis de llanto; me senté en la camilla, estaba angustiada, el médico me dijo que era mejor que me fuera para mi casa. Así fue, me fui a mi casa me bañé pero seguí sintiéndome mal, me comuniqué con mi hija; llamaron al médico de la familia y decidieron trasladarme al Centro Médico Guerra Méndez de Valencia (CMGM) me hicieron los exámenes y es ahí donde me dicen que tengo un infarto; eso me descontroló, no lo podía creer, ya que no soy hipertensa, no soy fumadora, yo camino, me cuido de no comer frituras. *¿Por qué ese llanto en el UAMI?* Porque yo sentía que tenía algo más fuerte y los médicos no se ajustaban a lo que yo sentía y tenía, a mí lo que me preocupaba era la tranquilidad de ellos.

2.-¿Qué sintió usted en el momento del IM?

Yo ni siquiera pensé en mi corazón en ese momento, lo que yo sentía era que yo tenía algo más fuerte que podía poner en riesgo mi vida y los médicos del UAMI no se ajustaban a lo que yo sentía, a lo que yo tenía. Me sentía como nunca, nunca había

sentido un dolor de ese nivel. Yo presentía que había algo grave y los médicos no me hacían caso. Es una inquietud, desesperación, angustia el sentir ese dolor tan desagradable y yo decía que a lo mejor tenían algo más fuerte y ellos los médicos tan tranquilos.

3.-¿Qué importancia tuvo o tiene para usted el haber padecido un IM?

Si es importante, porque me deja una experiencia, ya que a veces como ser humano no valoramos estar pendiente de controlarnos, yo si he estado pendiente de controlarme, pero nunca pensé que me podía pasar algo así, por eso le recomiendo a la gente que ya tiene su edad, porque hay que valorar la edad, que no abuse de su salud como por ejemplo, comer y beber en exceso... *¿Y qué es abusar de la salud?* Bueno ya te dije, comer y beber en exceso, comer grasas, estresarte, trasnocharte.

4.-¿Qué cree usted fue el motivo o los motivos que le causaron el IM?

Creo que en el fondo yo me angustiaba, tenía problemas que resolver, me desvelaba en las noches. La vida que llevaba era de angustias acumuladas, tenía una vida muy agitada, dura, de mucha presión. Esta acumulación de angustia pienso que me generó esto. *¿Qué es angustia para usted?* Es como una taquicardia, una opresión en el pecho, una desesperación.

5.-¿Considera que ha modificado su modo de vivir después del IM? ¿Cómo asumió usted su enfermedad?

En cierta forma sí; porque tengo más cuidado ahora, después del infarto soy un poco más pausada, no me agito como antes; pensando que no quiero que me repita algo así, cuando veo que estoy muy presionada yo misma me autocontrolo. ¿Cómo lo asumí? Bien, yo trabajo, hago mis actividades sin ninguna presión, no ando nerviosa como antes, a la semana ya estaba en mi programa de radio y todo el mundo se quedaba asombrado. Yo me siento tan bien como cuando no me había dado el infarto, vivo activa, en el programa, en el periódico y ahora estoy dando clases aquí, creo que eso me da más fuerzas para seguir produciendo y todo lo que pueda producir sin presiones.

6.-¿Por qué cree usted que debió cambiar su modo de vivir?

Porque he tomado conciencia de que debo cuidarme, y eso me ha permitido sentirme bien, Porque si yo estuviese abusando en mi comportamiento en cuanto a salud yo diría que estoy en camino de que me vuelva a dar otro infarto. Lo del infarto me quedó como una experiencia. *¿Qué es tomar conciencia?* Es valorar lo que tienes, es valorar la salud, yo siempre he estado pendiente de controlarme, y nunca pensé que me podía pasar algo similar. No quiero que me repita algo así. *¿Qué es sentirte bien?* Es sentirme superbien, trabajo sin ninguna presión, no ando nerviosa, con

menos presión, he modificado mi vida en cuanto a eso, a la semana o a las dos semanas ya estaba en mi programa de radio y todo el mundo se quedaba asombrado.

7.-¿Qué es para usted la palabra cuidado?

Para mí la palabra cuidado significa dormir bien, nunca fui adicta a las pastillas para dormir, tener una buena alimentación es decir no comer grasas, ni en exceso. Alimentarse con cierto control, es decir no abusar. *¿Qué es para usted cuidarse a sí misma?* Cuidarme a mi misma es quererme a mí misma, llevar una buena alimentación, no trasnocharme, caminar, no estresarme. *¿Qué siente al cuidarse a sí misma?* Al cuidarme a mi misma siento mucha satisfacción, porque pude superar algo que le cuesta a mucha gente, yo oigo a mucha gente decir: *cuidado yo soy infartada*. Si yo veo que hay un peligro, yo lo trato de evitar pero no estoy divulgando a la gente que soy infartada, y estoy grave y me tienen que sobreproteger, yo he aprendido a superar esta situación, fue un accidente y ya lo superé. *¿Cree que es responsable con el cuidado a sí misma?* Por supuesto que soy responsable, porque nadie te va a cuidar como lo haces tú, esto está relacionado con la autoestima porque si la persona no tiene su autoestima elevada se va al suelo y las enfermedades se le van a agravar rápidamente.

8.-¿Qué es para usted la palabra salud? ¿Es importante para usted cuidar su salud?

Es cuidado, es calidad de vida. Si es importante cuidar la salud, ya que si no te cuidas no tienes calidad de vida, tener vida saludable, de eso depende de que te sientas bien.

9.-¿Cómo le gustaría que la cuidaran?

AS: Con solidaridad, con buena comunicación, con tolerancia, con respeto.

INFORMANTE 3: Señor RR de 61 años de edad, Supervisor de Seguridad Industrial (Jubilado) con 2 años de haber tenido el infarto de miocardio (IM).

1.-¿Me podría hablar sobre su experiencia de haber padecido un IM?

Sentí una presión en el pecho, acidez, dolor fuerte en el estómago, vómitos por dos horas, un dolor en la boca del estómago que no me hizo pensar que fuera un infarto, Sentí como un ahogo, luego llamé a mi familia, me llevaron a la clínica y me dijeron que tenía la tensión alta, me tomaron muestras para exámenes y al llegar los resultados de las enzimas me diagnosticaron que tenía un infarto.

2.-¿Qué sintió usted en el momento del IM?

Tuve sentimientos de frustración porque era mi segundo infarto, yo no pensé que podía tener otro infarto porque a mí me habían hecho una angioplastia, yo pensé

que no me iba a dar otro infarto, pensé que estaba sano. Me produjo miedo, porque ya tengo dos experiencias, pero quiero vivir hasta que Dios quiera, porque Dios es el que manda, uno no.

3.-¿Qué importancia tuvo o tiene para usted el haber padecido un IM?

Es importante, porque tuve que cambiar todos los parámetros de mi vida, mi forma de trabajo, menos estresado, con más tranquilidad. *¿Esto le afectó en su vida personal?* Si porque tuve que frenar un poco mi diversión, estar o no estar dentro de un núcleo de amistades, por ejemplo estar en aglomeración de gente, humo del cigarrillo, moderar mis hábitos, ya no consumo alcohol, tuve que dejar el cigarrillo, cambios en mi alimentación sin grasas, poca sal. Es importante también, porque desde el punto de vista económico me ha convenido porque el consumo de cigarrillos, el consumo de alcohol, andar de fiesta en fiesta, esto genera un ahorro económico marcado, además mi vida es apacible, menos agitada, más contacto con mi gente, más unión con mi familia, mi hospitalización facilitó la unión con mi familia ya que está pendiente de que no me falte nada. Saber que uno puede contar con la gente, con la gente que te da cariño, ternura, contar con mi familia eso es bien importante.

4.-¿Qué cree usted fue el motivo o los motivos que le causaron el IM?

El estrés por el trabajo, trabajaba los tres turnos incluyendo el nocturno. Yo creo que estos turnos influyeron porque no comes a la hora exacta, no duermes a tu hora y todo eso influye de alguna manera en la salud de uno; la parte afectiva también

tuvo que ver, en esa oportunidad yo estaba sólo. La primera vez que me dio el infarto, tenía a mi familia pero vivía sólo, ellos estaban pendientes de mí pero no tanto como ahora.

5.-¿Considera que ha modificado su modo de vivir después del IM? ¿Cómo asumió usted su enfermedad?

Si he cambiado mi modo de vivir, hago todas las actividades del hogar, ya no estoy bajo presión o estrés, camino, desayuno, veo la televisión. Ya no consumo licor, ya no fumo, mis hábitos alimenticios han mejorado, como sin grasas, a la plancha, con poca sal. Mi vida es tranquila y apacible. ¿Cómo la asumí? La asumí tomando conciencia de que tenía que cambiar mi manera de vivir si quería seguir viviendo, ya son dos infartos en mi corazón.

6.-¿Por qué cree usted que debió cambiar su modo de vivir?

Porque hay que llevar una vida cónsona, una buena vida, es decir alejarnos de las cosas que nos puedan afectar por ejemplo en mi caso: el licor, el cigarrillo, las fiestas y todo esto me dañaba la salud y de alguna manera esto contribuyó a que me dieran los dos infartos. Sé que si no me cuido esto puede repetir, y no quiero que eso me vuelva a dar.

7.-¿Qué es para usted la palabra cuidado?

Es todo lo que uno realiza en beneficio de uno mismo, de la salud y de lo que nos rodea. Es decir dormir bien, comer bien y a la hora, masticar bien los alimentos, comer con tranquilidad, hacer actividades deportivas *¿Qué es para usted cuidarse a sí mismo?* Es estar siempre pendiente de que uno esté en el mejor momento, no tener ninguna dificultad, es ser responsable con uno mismo, no ingerir licor, no fumar, tener una buena alimentación, no abusar de la salud. *¿Qué siente al cuidarse a sí mismo?* Que me quiero, que quiero vivir, que elevo mi autoestima, que quiero estar presente. *¿Cree que es responsable con el cuidado a sí mismo?* Claro que soy responsable, aunque a veces uno tiene tentaciones de comer ciertas comidas cuando te invitan, pero sabes que no lo puedes hacer, de que eso te hace daño. Yo estoy consciente de que tengo un problema de salud y sé que si no me cuido, eso puede repetir y yo no quiero que eso me vuelva a dar. Quiero tener mi vida en paz, tranquilo, sin ajetreo, no le paro a nada tomo las cosas con tranquilidad, hasta que Dios quiera, porque Dios es el que manda, uno no.

8.-¿Qué es para usted la palabra salud? ¿Es importante para usted cuidar su salud?

Es el estado en que una persona tiene una buena actividad. Es tener una vida cónsona y saludable, una buena vida; es decir no fumar, no beber licor, alimentarse

bien, no trasnocharse, no estresarte. Sentirse bien, no tener ninguna dificultad *ni dolencia*. Si es importante cuidar la salud porque sin salud no hay nada.

9.-¿Cómo le gustaría que lo cuidaran?

Que me quieran, protejan, que me respeten. Me cuida una hija espero que no me abandone, ella sabe de las cosas mías, tengo un nieto y los dos están conmigo. Me siento afortunado, siento que me quieren y eso me hace mucho bien.

INFORMANTE 4: Señor AM de 55 años de edad, de oficio: Obrero. Con un año de haber tenido el infarto de miocardio (IM).

1.-¿Me podría hablar sobre su experiencia de haber padecido un IM?

Bueno, no sabía que era un infarto, me dio un dolor fuerte en el pecho y en la boca del estómago, que me daban ganas de ir al baño, que dolor tan maluco.

2.-¿Que sintió usted en el momento del IM?

Yo sentí angustia y preocupación.

3.-¿Qué importancia tuvo o tiene para usted, el haber padecido un IM?

Pienso que es importante porque me deja una experiencia de que debo cuidarme más, cuidar más la salud, el tratamiento, la dieta, cumplo el tratamiento al pie de la letra y esto es importante, además saber lo que significa un infarto.

4.-¿Qué cree usted fue el motivo o los motivos que le causaron el IM?

No me cuidaba, porque había dejado el tratamiento, me descuidé.

5.-¿Considera que ha modificado su modo de vivir después del IM? ¿Cómo asumió usted su enfermedad?

Si, y mucho, ya que antes no me cuidaba, dejaba el tratamiento médico, soy hipertenso, comía frituras, fumaba, y al tener esta experiencia necesariamente uno tiene que cambiar algunas cosas. Después del infarto, cumplo el tratamiento médico al pie de la letra, hago mi dieta es decir no como frituras ni salado, como salcochado aliñado, poca sal pero no hago ejercicios. Mi actividad física es el trabajo. *¿Cómo la asumí?* La asumo con miedo porque no sé si me vuelve a repetir y es mortal.

6.-¿Por qué cree usted que debió cambiar su modo de vivir?

Porque si seguía con la vida de antes lo más probable es que me volviera a dar otro infarto, y en realidad siento temor que me vuelva a dar otro infarto porque creo que me puedo morir.

7.-¿Qué es para usted la palabra cuidado?

Seguir al pie de la letra las indicaciones médicas. *¿Y usted cree que es suficiente con eso?* Yo creo que si porque uno confía en la ciencia médica, uno no va a estar escuchando consejos de otras personas, cuando le dicen a uno: “mira tómate

esto porque te cae bien, no señor yo tengo mi médico”. *¿Qué es para usted cuidarse a sí mismo?* Seguir los consejos buenos que le dan a uno, no comer frituras, no fumar. *¿Qué siente al cuidarse a sí mismo?* No me cuido al cien por ciento, pero cumplo mi tratamiento, mi dieta, pero no hago ejercicios. *¿Cree que es responsable con el cuidado a sí mismo?* Soy responsable porque si no soy responsable conmigo mismo estoy fracasado, si no me cuido yo, quien más.

8.-¿Qué es para usted la palabra salud? ¿Es importante para usted cuidar su salud?

Salud para mí es la felicidad, es parte de la felicidad, es estar sano, si no hay salud no hay nada, le toca tirarse a morir. Por supuesto que es importante cuidarse.

9.-¿Cómo le gustaría que lo cuidaran?

Con cariño, con respeto y consideración, que me cuiden bien.

INFORMANTE 5: Señor JLR de 46 años de edad, de oficio: Comerciante. Con 4 meses de haber tenido el infarto de miocardio (IM).

1.-¿Me podría hablar sobre su experiencia de haber padecido un IM?

Ese día me dio un dolor fuerte en el pecho, en ambas tetillas y en el estómago, pensé que era un problema de estómago. Mi mamá me dio un vaso de agua con bicarbonato, se me alivió un poco, pero después seguí sintiéndome mal, y tuve que ir

al médico que me controlaba la hipertensión y me dijo lo que tenía y me mandó a hospitalizar en el hospital Carabobo.

2.-¿Qué sintió usted en el momento del IM?

Que tenía que obedecer lo que me indicaba el médico, el me dijo en el momento que me vio *tu antes eras una persona ahora eres otra y necesito que te vayas al hospital Carabobo, porque lo que tienes es un infarto y te tienes que hospitalizar*, y así fue, me fui y estuve hospitalizado, uno quiere vivir, la familia me necesitaba y aquí estoy.

3.-¿Qué importancia tuvo o tiene para usted el haber padecido un IM?

Porque es una experiencia que te hace cambiar, yo antes del infarto era egoísta, era yo nada más, ahora tengo que cuidarme más, soy hipertenso, ya me dio este infarto, ya mi corazón se vio afectado, no es lo mismo que antes. Tengo mis dos hijos pequeños, mi esposa y mi mamá y debo velar por ellos.

4.-¿Qué cree usted fue el motivo o los motivos que le causaron el IM?

Mi situación familiar, el estrés, la vida agitada que llevaba.

5.-¿Considera que ha modificado su modo de vivir después del IM? ¿Cómo asumió usted su enfermedad?

Si lo he cambiado, soy más tranquilo, agarro las cosas con calma, si agarro una rabia, me monto en el carro agarro el volante y me voy y así se me pasa. Soy un poco más racional, más analítico; cumplo con el control médico, mi dieta, no fumo, y bebo, pero esporádicamente. ¿Cómo la asumí? Este infarto me hizo cambiar, tengo que analizar un poco más las cosas, agarrar las cosas con calma, con más responsabilidad. Tengo dos hijos y no puedo hacer lo que me da la gana.

6.-¿Por qué cree usted que debió cambiar su modo de vivir?

Porque en la medida que vamos envejeciendo tenemos que cuidarnos más, vamos para viejo, tengo hijos pequeños.

7.-¿Qué es para usted la palabra cuidado?

Es el mantenimiento ideal de una persona. Explíqueme eso... *¿Qué quiere decir mantenimiento ideal?* Son todos los pasos que sigue una persona para mantenerse físicamente, mentalmente, anímicamente para que la persona se sienta bien. *¿Qué es para usted cuidarse a sí mismo?* Es la responsabilidad con uno mismo, y con los demás, es decir con la familia (esposa, madre, hijos) Es cumplir con mi dieta *¿Qué siente al cuidarse a sí mismo?* Siento que soy responsable al cuidarme la salud, lamentablemente el estrés en la calle altera, aunque ahora tomo las cosas con

paciencia y hasta con calma. *¿Cree que es responsable con el cuidado a sí mismo?*
Creo que sí, pero no del todo ya que he tratado de organizarme un plan de ejercicios, pero lamentablemente no lo he podido cumplir por el trabajo, estoy recién mudado aquí, y son tantas cosas, tuve que vender uno de mis vehículos, claro eso no se justifica.

8.-¿Qué es para usted la palabra salud? ¿Es importante para usted cuidar su salud?

Es lo ideal del ser humano, es sentirse bien cien por ciento, totalmente. Si es importante cuidar la salud, porque sin salud no hay nada. Cuidarse la salud es llevar un control médico, tener un control de uno mismo, conocerse a sí mismo.

9.-¿Cómo le gustaría que lo cuidaran?

Con buena atención, con respeto, con cariño.

CAPITULO V
BÚSQUEDA DE LAS MÚLTIPLES PERSPECTIVAS
SOBRE EL FENÓMENO DE ESTUDIO

El contenido presenta en orden secuente, las perspectivas de la investigadora; y las de los agentes externos (familiares, médicos y personal de enfermería) participantes en esta investigación, a fin de identificar las relaciones que podían estar presentes con el fenómeno estudiado **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio**. Finalmente se presentan las coincidencias emergidas en las respuestas expresadas por los agentes externos: familiares, médicos, y personal de enfermería, las mismas se agruparon en una matriz que ilustra la interrogante: *¿Qué significa la palabra cuidar?* Se tomó en consideración a los familiares proporcionantes del cuidado, después que la persona infartada había superado la etapa aguda del evento coronario. Con respecto al personal de salud (médicos y personal de enfermería) se consideraron las coincidencias o intersecciones en las respuestas dadas con respecto a la misma interrogante efectuada a los familiares, pues en el caso del médico, éste es responsable del ingreso del paciente bien sea a la unidad de emergencia o a la unidad de cuidado coronario; además de las decisiones con respecto a la terapéutica, exámenes de laboratorio y especiales entre otros aspectos que van a direccionar u

orientar la toma de decisiones para estabilizar al paciente desde el punto de vista hemodinámico, situación que involucra el aspecto biológico, el cual está siendo interferido en la persona infartada. Con respecto al personal de enfermería, debido a las características del dolor precordial y otras manifestaciones clínicas que presenta el paciente al momento de su ingreso, este personal se avoca a cumplir acciones dependientes en su mayoría. Acciones que se conjugan con acciones independientes, propias de su práctica profesional tales como: el apoyo emocional, la orientación al paciente sobre lo que le sucede y el por qué de las acciones cuidadoras que se le proporcionan. A lo que se adiciona el contacto o comunicación directa con los familiares para ofrecer la información necesaria sobre el paciente, solicitar el apoyo con respecto a la realización de exámenes de laboratorio, medicamentos y objetos personales. Todos estos aspectos fundamentales están asociados con el cuidado, como intervención terapéutica.

A partir de lo antes expuesto, la investigadora sólo consideró esta interrogante por estar directamente relacionada con el fenómeno de estudio: **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio.**

1.-PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGADORA.

El cuidarse es uno de los aspectos que considero fundamental en la existencia del ser humano, pues el mismo es inmanente a su ser, a su propia existencia como persona. El cuidado se deriva del pensar, del sentir que influye en todas y cada una de

las acciones realizadas por ella hacia su soma, mente, espíritu, hacia los demás, el ambiente y lo intangible, implícito en el cosmos. Es preocuparse por su existencia, por sus alteregos y por los bienes que le son útiles, así como por su mundo circundante.

El cuidar de sí es un proceso complejo que exige la introspección, para autoconocernos, pues nos ayuda a comprender e interpretar nuestra realidad émica, como realidad intangible; para manejar nuestros: pensamientos, sentimientos, fortalezas, pasiones, debilidades. Ello se alcanza, mediante un proceso de aprendizaje continuo que involucra autonomía para tomar decisiones, madurez, autorrespeto, responsabilidad, lealtad, humildad, y autoestima en la búsqueda de una existencia mejor, a través de acciones que permitan cuidarnos, a los demás y a la naturaleza.

La persona como ser único e irrepitible y parte del cosmos, al intentar autoconocerse, se da cuenta que su existencia está determinada por la temporalidad y caracterizada por experiencias agradables y/o desagradables donde estas últimas pueden generarle frustraciones. Sin embargo, sus reflexiones pueden ayudarlo a reconocer que las frustraciones, en vez de tener connotaciones negativas, pueden considerarse más bien como eventos positivos, que la ayuden a desarrollarse como persona, aceptarse tal como es, lo que favorece incrementar su autoconfianza y autodeterminación, incluso para modificar actitudes y/o comportamientos que de una u otra forma pueden ser lesivos a su salud. Para ello, también se requiere poseer el conocimiento, que lo oriente a actuar pertinentemente.

En este sentido, se reconoce que las vivencias del ser humano situado frente al mundo originan permanentemente sentimientos y pensamientos, pues el ser humano y el mundo son cambiantes, por lo tanto, también lo son el sentimiento y el conocimiento. Bajo esta perspectiva, el humano tiende a nuevas búsquedas, profundizar sobre las existentes, superar ignorancias, a través de la curiosidad como una característica humana excepcional que, genera nuevas y distintas incertidumbres, produce reflexiones y crea distintas respuestas. La curiosidad del ser humano está vinculada a la capacidad de asombro y al gozo de percibir, al placer de conocer, de saber sobre el mundo; pues como lo afirma Urbina, S. (2005: p. 28) “el mundo está ahí para que el hombre lo conozca; el hombre está ahí para conocer al mundo. Unidad estrecha, e inseparable”.

Por consiguiente, la persona en su condición de permanente indagación constantemente realiza interrogantes sobre su existencia, que exige respuestas para comprender la realidad. El ser humano es incansable en la búsqueda de nuevos conocimientos, bien sea para fortalecer los que tiene, o bien sea para satisfacer interrogantes surgidas como producto de la relación con la naturaleza, todo esto es un proceso donde están involucrados: sentimientos, intuición, dudas, pensamientos y discernimiento.

En el caso de la persona afectada por un infarto de miocardio, pueden surgirle incertidumbres, inquietudes, expectativas vinculadas a su vida futura desde el punto de vista social, familiar, y laboral entre otros; Esta situación puede conducirla a

discernir sobre su existencia actual lo que le exige buscar nuevos conocimientos en respuesta a sus inquietudes, temores, e interrogantes relacionadas con su salud como un valor y a su vida como un principio universal, las cuales puede sentir que están amenazadas; a diferencia de lo expresado por Mills (Urbina, S.; 2005: p. 33), quien indica que “cuando la gente estima una tabla de valores y no advierte ninguna amenaza contra ellos, experimenta bienestar”. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (Urbina, S.; 2005: p. 33) especifica que:

Cuando la persona estima unos valores y advierte que están amenazados, experimenta una crisis, bien sea por inquietud personal o como problema público. Pero cuando la gente no siente estimación por ningún valor ni percibe ninguna amenaza; esta es la experiencia de la indiferencia, la cual, si parece afectar a todos los valores y se convierte en apatía.

Para Urbina, S. (2005: p. 39)

Experimentar la salud, sentirse bien en ella, suspirar nostálgicamente al perderla, condolernos en su ausencia, exigir ayuda, comprensión o consuelo ante la presencia de los síntomas incómodos, nos lleva, a la búsqueda pertinaz del conocimiento sobre la salud, y esto implica un aprendizaje.

Aprendizaje, considerado como uno de los principios de comprensión de la realidad y que según Gallegos, R. (1999: p. 18) es el “discernimiento personal, social, con significado humano que ocurre en niveles: intuitivo, emocional, racional,

espiritual, físico, artístico, cognitivo y espacial, que es incorporado a través de un sentido personal de significado”.

2.-PERSPECTIVAS DE LOS AGENTES EXTERNOS.

Ellas comunican la información que aportaron los familiares de los actores sociales, al establecerles tres (3) interrogantes. De igual forma, se presentan las expresiones manifestadas por médicos y personal de enfermería, en respuesta a cuatro (4) interrogantes. Todas las representaciones sociales dadas, están relacionadas con el fenómeno en estudio.

2.1.-FAMILIARES PARTICIPANTES.

Familiar 1: Esposa

1.-Cuénteme su experiencia al momento de haber cuidado a su esposo.

Fue difícil, en ese momento uno es madre, esposa, compañera. Lo apoyaba en todo, anímicamente para no dejarlo caer. Me instalé en el hospital 8 días.

2.-¿Qué sentimientos surgieron en usted durante la hospitalización de su esposo?

Yo tuve mucha fe en Dios, oraba todos los días, y nunca pensé que se me iba a morir.

3.-¿Qué significa para usted la palabra cuidar?

Es alimentarse bien, tratar de controlar el estrés, tener tranquilidad, hacer ejercicios, sentirse bien y sano.

Familiar 2: Madre

1.-Cuénteme su experiencia al momento de haber cuidado a su hijo

Es difícil enfrentar la enfermedad de un hijo, uno está preparado para irse primero, enfermarse primero y que ellos lo cuiden a uno pero cuando se enferma un hijo es una situación muy difícil, es preocupante porque no sabes que le puede suceder.

2.-¿Qué sentimientos surgieron en usted durante la hospitalización de su hijo?

Muchas cosas: Preocupación, amor, cariño, agradecimiento por poder estar allí al momento de cuidarlo.

3.-¿Qué significa para usted la palabra cuidar?

Es tener precaución, preocupación por la salud.

Familiar 3: Hermana

1.-Cuénteme su experiencia al momento de haber cuidado a su hermana

Bueno, que es una experiencia más que hay que vivirla, me permite estar más cerca de ella, cuidarla, atenderla.

2.-¿Qué sentimientos surgieron en usted durante la hospitalización de su hermana?

Yo quiero que ella sienta que la protejo, que estoy pendiente de ella, que la quiero.

3.-¿Qué significa para usted la palabra cuidar?

Atención, medidas para que la persona se sienta bien, proteger.

2.2.-MÉDICOS PARTICIPANTES.

Médico 1:

1.-¿Qué significa para usted la palabra cuidar?

Es vigilar, atender, proteger.

2.-¿Podría narrarme su experiencia al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

El paciente llega agitado, ansioso por el mismo dolor precordial, se le hace el diagnóstico clínico a través de las manifestaciones clínicas, el electrocardiograma, y su perfil enzimático, se procede al tratamiento específico: aspirina, isordil, oxigenoterapia entre otras cosas. Cuando se da el alta se le dan sus recomendaciones en cuanto al tratamiento farmacológico, dietético, evitar sedentarismo y el consumo excesivo de sal; se les explica que pueden hacer una vida normal, la importancia de asistir a las consultas sucesivas.

3.-¿Qué sentimientos surgen en usted al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Son muchos: Preocupación por el hecho de que es el corazón el que en ese momento está afectado, estrés, si por algún motivo no tienes los recursos que necesitas.

4.-¿Cuándo atiende a estos pacientes además de tratar la patología que otros aspectos le considera?

A parte del farmacológico, orientarlo acerca de la modificación de su estilo de vida si hay factores de riesgo modificables le considero a su núcleo familiar, ya que

tienes que tener una comunicación abierta con ellos, ya que se necesitan exámenes de laboratorio o medicamentos que en algunas ocasiones el hospital no te lo da.

Médico 2:

1.-¿Qué significa para usted la palabra cuidar?

Apoyar, mejorar las condiciones, prevenir enfermedad.

2.-¿Podría narrarme su experiencia al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Las situaciones varían al momento de atender al paciente. Si está en delicadas condiciones por supuesto que eso genera estrés en uno, si el paciente está estable bueno se actúa más pausadamente.

3.-¿Qué sentimientos surgen en usted al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Descarga de adrenalina por el estrés, darle soporte emocional en condiciones especiales, si el paciente está muy ansioso.

4.-¿Cuándo atiende a estos pacientes además de tratar la patología que otros aspectos le considera?

Le ofrezco el soporte emocional, trato de comprender el momento por el que está pasando, no tratarlo con agresividad.

Médico 3:

1.-¿Qué significa para usted la palabra cuidar?

Evitar enfermedad, evitar factores de riesgo, disminuir en lo posible las consecuencias de la enfermedad.

2.-¿Podría narrarme su experiencia al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Bueno depende cuando uno atiende por primera vez a estos pacientes, quizás se preste para cometer errores, claro uno sabe lo que va a hacer, pero como se actúa de manera más apresurada. Al tener más experiencia lo que se hace es evaluar al paciente, se considera cuales son los factores de riesgo que tiene el paciente que me puedan predecir cómo va a ser la evolución del paciente, se pide la interconsulta con cardiología.

3.-¿Qué sentimientos surgen en usted al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Estrés cuando el paciente viene en delicadas condiciones, preocupación sobre todo si no tienes los recursos al momento de llegar a necesitarlos.

4.-¿Cuándo atiende a estos pacientes además de tratar la patología que otros aspectos le considera?

Considero al familiar, lo social, y el emocional. Esto es fundamental considerarlo ya que se necesita calmar la angustia del paciente, la intranquilidad, el miedo, porque no sabe que le va a pasar. El miedo, la angustia va a influir en la evolución del paciente porque se va a producir una liberación de catecolaminas, aumentando el gasto cardiaco, se produce más consumo de oxígeno en ese corazón que ya está lesionado, lo que produce más daño miocárdico. Por otra parte se tiene que tranquilizar al familiar para que este se la transmita al paciente, es importante el apoyo al familiar.

2.3.-PERSONAL DE ENFERMERÍA PARTICIPANTE.

Enfermero 1:

1.-¿Qué significa para usted la palabra cuidar?

Involucra muchos aspectos: puede ser limpiar el cuerpo, tomar alimentos, preservar, estar pendiente de alguien, de mi mismo en el caso del autocuidado, mantenerse alejado de una enfermedad o de lo que puede llevarme a una enfermedad, es tener un buen vivir.

2.-¿Podría narrarme su experiencia al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Recuerdo un caso de un paciente que llegó a la emergencia pálido, sudoroso con el dolor en el pecho; por las manifestaciones clínicas yo sabía que se trataba de un infarto de miocardio, procedí a transmitirle un poco de confianza, tranquilidad, enseñándole a respirar, luego que se le alivió el dolor mediante la terapéutica, el paciente se sintió agradecido. Eso demuestra lo importante que es el apoyo emocional en las personas.

3.-¿Qué sentimientos surgen en usted al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Estrés sobre todo cuando el paciente viene con mucho dolor, con inestabilidad hemodinámica.

4.-¿Cuándo atiende a estos pacientes además de considerar el aspecto biológico que otros aspectos toma en cuenta?

El emocional, ya que este tipo de paciente viene por lo general ansioso, lo que exige que debes escucharlo, permitir que se desahogue; esto le permite disminuir su ansiedad y aumentar la confianza en nosotros. Al disminuir la ansiedad en el paciente, esto influye en la evolución clínica del mismo, Le considero también el aspecto espiritual, emocional, familiar. Es importante considerar a la familia con sus

creencias religiosas ya que esto tranquiliza al paciente, además de que el familiar se encarga de la adquisición de los medicamentos que no existan en el hospital, de traer la dieta si es preferencia del paciente.

Enfermera 2:

1.-¿Qué significa para usted la palabra cuidar?

Para mí la palabra cuidar significa amar, desvelarse, proteger, entrega.

2.-¿Podría narrarme su experiencia al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Mi experiencia como enfermera de cuidado directo al atender a estos pacientes va a depender de las condiciones en que el paciente ingresara, es decir si estaba inestable hemodinámicamente significaba un estrés, angustia por las carreras que tengo que dar al momento de atenderlo, si hacen alguna arritmia letal que comprometa la vida del paciente es apremiante el tiempo, la habilidad y destrezas con que ejecutas cada acción; sin embargo en la medida que vas ejecutando los procedimientos como por ejemplo el monitoreo continuo de signos vitales, de la actividad cardiaca, el tomar muestras, el cateterizar las vías periféricas, el colocar la oxigenoterapia vas explicándole al paciente el porqué de cada procedimiento, la manera como va calmando el dolor, la importancia de su colaboración entre otros aspectos. La otra vivencia es cuando ingresan pacientes estables que tienes tiempo de

hablarle, preguntarle sobre su enfermedad actual, hay más calma y tiempo para profundizar en la interrelación.

3.-¿Qué sentimientos surgen en usted al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Varios sentimientos: estrés, angustia, compasión en el caso del paciente cuando fallece y más aun si es joven, pienso en su familia.

4.-¿Cuándo atiende a estos pacientes además de considerar el aspecto biológico que otros aspectos toma en cuenta?

Considero sus creencias religiosas, la familia, su aspecto emocional por que de una manera u otra esto influye en su evolución clínica, las personas somos integrales no hay ningún aspecto aislado, algo de nosotros se desarmoniza, entonces eso influye en los demás aspectos.

Enfermera 3:

1.-¿Qué significa para usted la palabra cuidar?

Vigilar, proteger a una persona indefensa; ayudar, querer.

2.-¿Podría narrarme su experiencia al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

Es una experiencia que te hace liberar mucha adrenalina, ya que existe mucha presión tanto intrínseca como extrínseca: intrínseca porque al presenciar una situación tan compleja en donde está en riesgo la vida del paciente uno siempre trata de brindar la mejor atención que se pueda para lograr el fin último que es restablecer con menor número de secuelas posible la salud del paciente. Es una situación que pone a prueba tus conocimientos tus habilidades, destrezas, y tu poder de tomar decisiones bajo situaciones de mucho estrés, no es una situación fácil de manejar, especialmente cuando una, la enfermera, está comprometida con el paciente, y la profesión; asimismo los conocimientos te permiten hacer consciente el hecho de que cada minuto cuenta y eso te lleva a no desperdiciar ni un segundo; por la parte extrínseca esta el medio exterior que te condiciona, por un lado los médicos, los familiares y por el otro el estado de ansiedad tan notorio del paciente, realmente es una experiencia bastante estresante, compleja llena de tantos inciertos que no permite errores bajo ninguna circunstancia. Esta experiencia te pone en contacto directo con el sufrimiento ajeno, tal vez podríamos decir que te le pone cara a la muerte.

3.-¿Qué sentimientos surgen en usted al momento de atender al paciente con un infarto de miocardio?

¡Sentimientos!. Surgen muchos sentimientos encontrados, lo primero que se presenta es una gran *empatía* que me permite sentir de manera sincronizada lo que el paciente está experimentando y a su vez esa empatía me lleva a establecer una unión o cordón imaginario (no sabría como describirlo mejor) entre el paciente y yo. Ese cordón lo comparo (pienso que debe ser algo parecido) al que establece una madre con un hijo, y ese sentimiento es el que me permite establecer una relación de ayuda efectiva con ese paciente y que en algunas oportunidades no es necesario ni hablar, ya que esa conexión me permite inferir lo que él necesita. Otro sentimiento que aflora es el *miedo*, miedo a la pérdida, al fracaso, a lo que no puedes remediar o cambiar y es ese miedo el que te lleva a seguir luchando hasta el último minuto por él, te mantiene alerta activa siempre en pie de lucha. También hay *angustia*, *ansiedad*, por ese ser que sufre y que necesita tanto de quienes en ese momento lo atendemos, estos sentimientos surgen porque ese momento en el que se atiende el paciente somos instrumentos perfectos de Dios que nos permiten hacer un bien a alguien que lo necesita. Por supuesto, si tenemos el resultado que se desea la *alegría*, y la *satisfacción* que embarga mi vida de una manera descomunal, y pienso que las enfermeras tenemos el privilegio de vivir esta experiencia maravillosa que nos permite valorar cada día la vida. En realidad, el sentimiento que predomina en ese momento es un profundo *amor* por ese ser que nos necesita tanto.

4.-¿Cuándo atiende a estos pacientes además de considerar el aspecto biológico que otros aspectos toma en cuenta?

Todo va a depender de las condiciones del paciente al momento de ingresar. Sin embargo después de estabilizar al paciente, ya con más calma por supuesto considero otros aspectos que son importantes tales como el emocional, el espiritual, el social sobre todo la familia.

3.-¿COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES EN LOS AGENTES EXTERNOS DE ACUERDO A LAS RESPUESTAS A LA INTERROGANTE: ¿QUÉ SIGNIFICA LA PALABRA CUIDAR?

Familiar 1	Es alimentarse bien, tratar de controlar el estrés, tener tranquilidad, hacer ejercicios, sentirse bien y sano.
Familiar 2	Es preocuparse por la salud.
Familiar 3	Dar atención, medidas para que la persona se sienta bien, proteger.
Médico 1	Es vigilar, atender, proteger.
Medico 2	Apoyar, mejorar las condiciones, prevenir enfermedad.
Medico 3	Evitar enfermedad, disminuir en lo posible las consecuencias de la enfermedad.
Enfermero 1	Tomar alimentos, preservar, estar pendiente de alguien, de mi mismo, mantenerse alejado de una enfermedad, es tener un buen vivir.
Enfermero 2	Amar, desvelarse, proteger, entrega.
Enfermero 3	Vigilar, proteger, ayudar, querer.

CAPITULO VI

FENOMENOLOGÍA DE LAS ESENCIAS Y DE LAS ESTRUCTURAS

El presente capítulo está constituido por: la síntesis narrativa, la categorización, y codificación de la información aportada por los informantes claves, durante las entrevistas efectuadas. Asimismo, se expone el proceso de la triangulación para identificar las interconexiones entre los significados emergidos de los informantes claves; finalmente se presenta la estructuración de las categorías mediante la cual se integraron y relacionaron las categorías específicas hasta llegar a la macrocategoría o gran categoría del fenómeno de estudio: **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio.**

La síntesis narrativa se elaboró, mediante la construcción de los párrafos contentivos de las respuestas de cada uno de los actores sociales, para eliminar las repeticiones y redundancia de las mismas; así como para identificar las similitudes entre las respuestas aportadas; por ello la investigadora procedió a realizar un epítome, de acuerdo a las interrogantes efectuadas, que permitió obtener una visión integradora de los significados congruentes con el fenómeno estudiado.

En lo referente a la categorización de la información ésta es definida por Leal, J. (2005: p. 111) como “la recolección y revisión de la información a través de

diferentes entrevistas con el grupo de estudio, de manera que las categorías van emergiendo y repitiéndose hasta su punto de saturación”. Galeano, M. (2004: p. 38) indica que la categorización se refiere “a la agrupación de datos que comportan significados similares. Es clasificar la información por categorías de acuerdo a criterios temáticos referidos a la búsqueda de significados”. Martínez, M. (2008: p. 69) expresa que la categorización “es el proceso de clasificar, conceptualizar o codificar con un término o expresión el contenido de cada unidad temática, que puede ser una frase, un párrafo o un sector más amplio”.

Por ser la presente investigación de índole cualitativa, se utilizó la lógica inductiva para representar el orden de las subcategorías y categorías, donde se le da prioridad a las subcategorías por cuanto constituyen los significados aportados por los informantes claves. Las categorías o epistemes constituyen la construcción de la investigadora para integrar los significados ya mencionados.

La información expresada por cada uno de los informantes claves exige la triangulación para lograr la confiabilidad, la validez y la verificabilidad de la misma. Al respecto, Leal, J. (2005: p. 116) especifica que la triangulación “consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista de varios fenómenos”. Ideas similares expresan Rodríguez, G. y Otros (1996: p. 311), quienes refieren que la triangulación permite “integrar y contrastar toda la información disponible para construir una visión global, exhaustiva y detallada de cada experiencia particular”.

Por su parte, Martínez, M. (2008: pp. 148, 175) define a la triangulación como “un procedimiento de contrastación, utilizado para facilitar el proceso de la corroboración estructural”. Agrega, que “en la triangulación de datos se utiliza una variedad de datos provenientes de diferentes fuentes de información”. Galeano, M. (2004: p. 44) estima que la triangulación “es una estrategia general que permite la evaluación de la consistencia de los hallazgos contrastándolos, es decir, confrontando lógicas, saberes, versiones”. Ideas similares comparte Pérez, S. (1998: p. 68) al mencionar que: “la validez cualitativa se logra a partir de la triangulación, y que la misma, implica reunir una variedad de información para reducirla a un mismo tema”.

Por consiguiente, en el presente estudio se utilizaron cinco (5) participantes para obtener la información necesaria relacionada con el significado del cuidar de sí antes y después de un infarto de miocardio, con la finalidad de obtener diferentes apreciaciones o puntos de vistas vinculantes con este fenómeno. Esto se deriva de la investigación cualitativa, que resalta la importancia de develar las relaciones existentes entre los significados surgidos sobre el fenómeno de estudio. Este proceso denominado: *estructuración o estructuración de las categorías* es definido por Martínez, M. (2008: pp. 152-153) como:

El corazón de la actividad investigativa, pues es un proceso de integración de categorías específicas en categorías más generales, donde esta última puede considerarse como una gran categoría: más amplia, detallada y compleja, que integra, y relaciona a todas las demás.

1.-SÍNTESIS NARRATIVA.

De acuerdo, a las interrogantes formuladas para el estudio, a continuación se muestra la condensación de las ideas derivadas del diálogo efectuado por la investigadora, con cada uno de los informantes claves durante las entrevistas efectuadas.

1.-¿Me podría hablar sobre su experiencia de haber padecido un infarto de miocardio (IM)?

DC: Me dio un *dolor en el pecho en el lado izquierdo, que se me iba al brazo izquierdo, era como si me abrieran las venas es un dolor intenso, grande, fuerte e insoportable; ya no aguantaba ese dolor. Lo único que quería era que me quitaran ese dolor.*

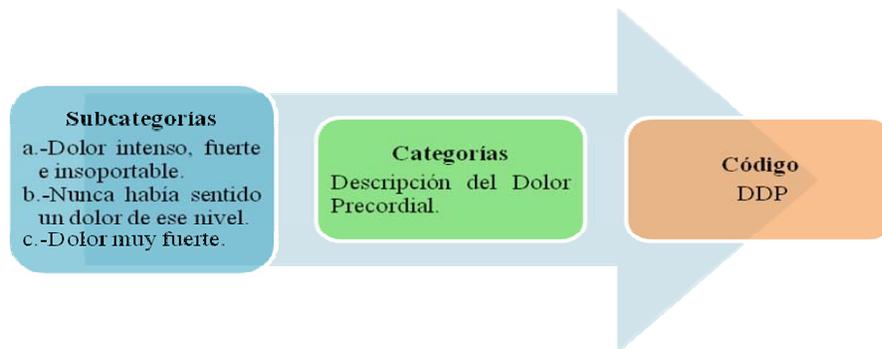
AS: Fue un dolor *en el pecho, en el lado izquierdo, que se me fue a la espalda, poco común en mí, muy fuerte, me sentía muy mal, nunca había sentido un dolor de ese nivel.*

RR: Sentí una presión en el pecho, acidez fuerte, vómitos por dos horas, *un dolor en la boca del estómago que no me hizo pensar que fuera un infarto, Sentí como un ahogo.*

AM: Me dio un *dolor fuerte en el pecho y en la boca del estómago, que me daban ganas de ir al baño, que dolor tan maluco.*

JLR: Ese día me dio un *dolor en el pecho, en ambas tetillas y en el estomago*, pensé que era un problema de estómago.

2.-CATEGORIZACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LOS CONTENIDOS.



2.-¿Qué sintió usted en el momento del IM?

DC: Es un dolor que causa *desesperación, es una angustia. Uno está entregado a lo que Dios quiera, uno se resigna. Uno como persona se entrega a Dios, a la Virgen y a la ciencia médica. Uno tiene esperanza a que lo salven. Uno se entrega en las manos de Dios, a lo que él quiera, que más le queda a uno; y si uno se muere...bueno.*

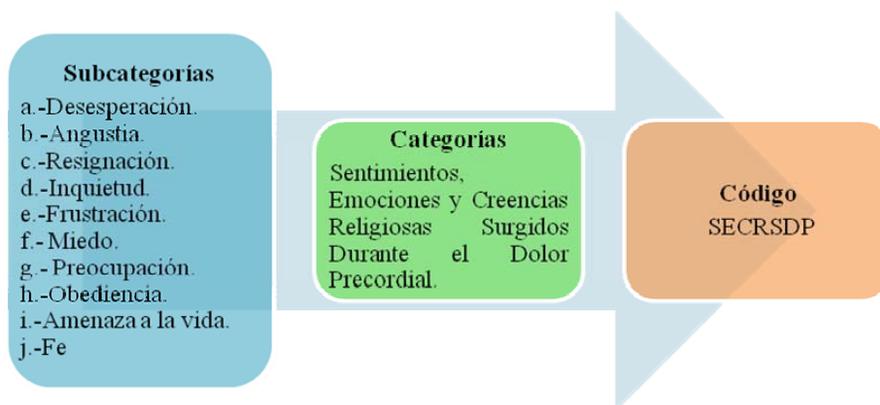
AS: Sentía que yo tenía algo más fuerte que podía *poner en riesgo mi vida*. Es una *Inquietud, desesperación, angustia* el sentir ese dolor tan desagradable.

RR: Tuve sentimientos de *frustración* porque era mi segundo infarto, yo no pensé que podía tener otro infarto porque a mí me habían hecho una angioplastia, yo pensé que no me iba a dar otro infarto, pensé que estaba sano. Me produjo *miedo*, porque ya

tengo dos experiencias, pero *quiero vivir hasta que Dios quiera, porque Dios es el que manda; uno no.*

AM: *Angustia y preocupación.*

JLR: *Que tenía que obedecer lo que me indicaba el médico.*



3.-¿Qué importancia tuvo o tiene para usted el haber padecido un IM?

DC: *Es algo muy importante, muy diferente a una gripe. Porque está en riesgo la vida. La vida le cambia a uno, en el tipo de alimentación que debes consumir, cambia la manera como debes llevar las cosas, llevar la vida, debes evitar muchas cosas: el cigarrillo, el estrés, los trasnochos, el alcohol para poder evitar otro infarto.*

AS: *Si es importante, porque me deja una experiencia, ya que a veces como ser humano no valoramos estar pendiente de controlarnos.*

RR: *Es importante, porque tuve que cambiar todos los parámetros de mi vida, mi forma de trabajo, menos estresado, con más tranquilidad.*

AM: *Pienso que es importante porque me deja una experiencia de que debo cuidarme más, cuidar más la salud, el tratamiento, la dieta, además saber lo que significa un infarto.*

JLR: *Porque es una experiencia que te hace cambiar, yo antes del infarto era egoísta, era yo nada más; ahora tengo que cuidarme más.*



4.-¿Qué cree usted fue el motivo o los motivos que le causaron el IM?

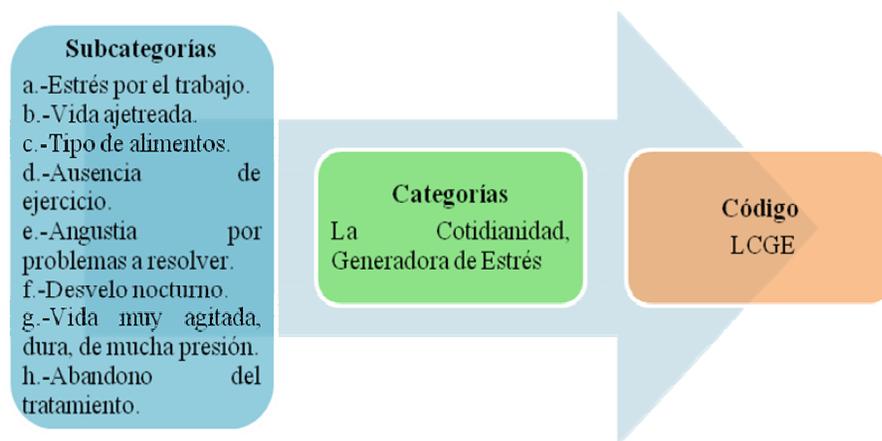
DC: *El estrés, la vida ajetreada, comer mal en la calle, el tipo de alimentos que comía, mucha empanada, frituras, salsas, mayonesa. No hacía ejercicios.*

AS: *Creo que en el fondo yo me angustiaba, tenía problemas que resolver, me desvelaba en las noches. La vida que llevaba era de angustia acumulada, tenía una vida muy agitada, dura, de mucha presión, esta acumulación de angustia, pienso que me generó esto.*

RR: *El estrés por el trabajo*, la parte afectiva también tuvo que ver, en esa oportunidad yo estaba sólo la primera vez que me dio el infarto.

AM: No me cuidaba, porque *había dejado el tratamiento, me descuidé.*

JLR: Mi situación familiar, *el estrés, la vida agitada que llevaba.*



5.-¿Considera que ha modificado su modo de vivir después del IM? ¿Cómo asumió usted su enfermedad?

DC: Claro... porque *antes me cuidaba menos que ahora*, comía en la calle, frituras, pastas, me estresaba, tenía exceso de trabajo. Después del infarto me cuidó más, ya no soy el mismo; *como más sano, no utilizo frituras, como salcochado, aliño la comida al natural, como poca sal, no como en la calle. Trato de no estresarme, llevo mi vida con calma, me traspasé menos.* Cómo la asumí?: *Me cuidó más.*

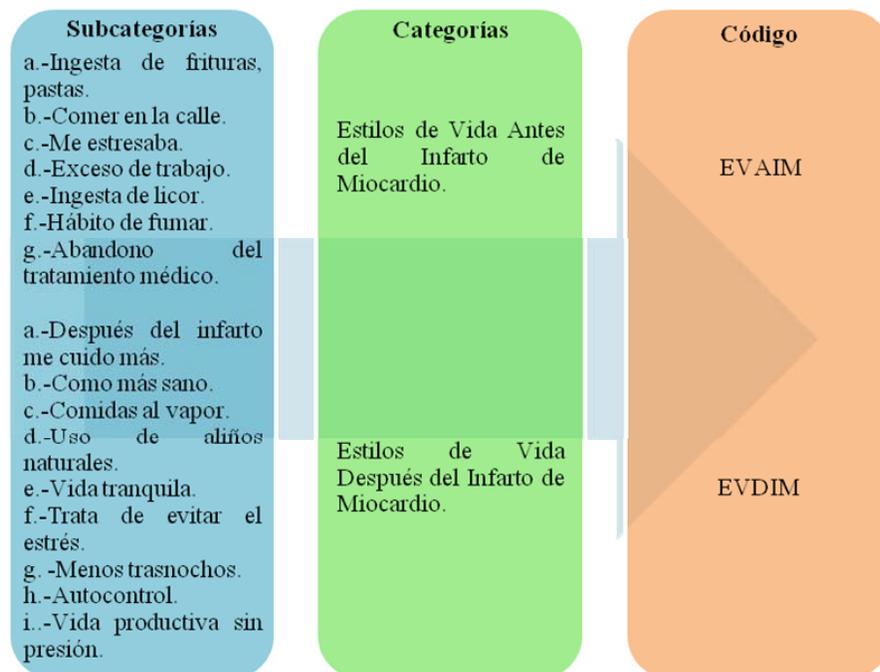
AS: En cierta forma sí; porque *tengo más cuidado ahora*. Después del infarto *soy un poco más pausada*, no me agito como antes, cuando veo que estoy muy presionada yo misma *me autocontrolo*. Cómo la asumí? *Bien, hago mis actividades sin ninguna presión, a la semana ya estaba en mi programa de radio; vivo activa, en el programa, en el periódico y ahora estoy dando clases aquí*, creo que eso me da más fuerzas para seguir produciendo y todo lo que pueda producir sin presiones.

RR: *Si he cambiado mi modo de vivir*, ya no consumo licor, ya no fumo, mis hábitos alimenticios han mejorado, como sin grasas, a la plancha, con poca sal. *Mi vida es tranquila, y apacible*. Cómo la asumí?: *La asumí tomando conciencia de que tenía que cambiar mi manera de vivir si quería seguir viviendo*, ya son dos infartos en mi corazón.

AM: Si, y mucho, ya que *antes no me cuidaba*, dejaba el tratamiento médico, soy hipertenso, comía frituras, fumaba, y *al tener esta experiencia necesariamente uno tiene que cambiar algunas cosas*. Después del infarto soy una persona que *cumple con el tratamiento médico al pie de la letra*. Hago mi dieta es decir no como frituras ni salado, como salcochado aliñado, poca sal, pero no hago ejercicios. Mi actividad física es el trabajo. Cómo la asumí?: *La asumo con miedo porque no sé si me vuelve a repetir y es mortal*.

JLR: *Si lo he cambiado*, soy más tranquilo, agarro las cosas con calma, soy *más racional, más analítico, más tranquilo*, trato de controlar el carácter. Cumpló con el

control médico, mi dieta, no fumo y bebo, pero esporádicamente. Cómo la asumí?: Este infarto *me hizo cambiar; tengo que analizar un poco más las cosas, agarrar las cosas con calma, con más responsabilidad. Tengo dos hijos y no puedo hacer lo que me da la gana.*



6.-¿Por qué cree usted que debió cambiar su modo de vivir?

DC: *Porque un infarto es algo bien serio. Aunque recién salido del hospital yo me cuidaba más, ahora estoy más libertino.... Explíqueme: Cómo es eso de libertino?*
 Bueno, abuso más de las comidas en cuanto a cantidad se refiere, de los dulces. *¿Qué es abusar para usted?* Es hacer lo que no debería hacer, el ser humano es así, uno sabe que no debería abusar de la salud, pero uno es así débil aunque no debería

hacerlo..... *Y porque si sabe que no debería hacer eso, es decir abusar de la cantidad de comida, de los dulces ¿Por qué lo hace? porque me provoca...al ver algo que me provoca, por ejemplo un pastelado me lo como, me provoca una malta me la tomo. Y cuando lo dieron de alta no le provocaba comer pastelados, maltas, dulces por ejemplo? Sí, pero ya ha pasado el tiempo son cuatro años desde que me dio el infarto. ¿Pero entonces en que varía? Usted cree que a medida que pasa el tiempo será que se nos olvidan las cosas? No es que se nos olvidan las cosas, uno podría evitar algunas cosas pero nos volvemos débiles a las tentaciones, de lo que nos gusta, y caemos en el descuido de comer dulces, gaseosas. Pero no debería hacerlo, uno sabe que no debe hacerlo. ¿Qué es ser débiles a las tentaciones? Es hacer cosas que sabes que te hacen daño, que te van a perjudicar y las haces; es abusar de lo que no debes hacer, pero uno es débil. Es no tener fuerza de voluntad. ¿Siente miedo a que le vuelva a dar otro infarto? Si.... Tengo miedo a que me repita otro infarto.*

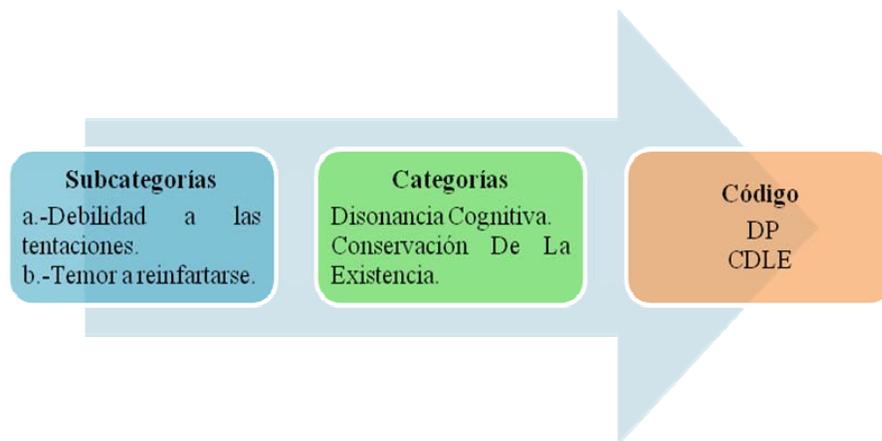
AS: *Porque he tomado conciencia de que debo cuidarme. ¿Qué es tomar conciencia? Es valorar lo que tienes, es valorar la salud, yo siempre he estado pendiente de controlarme, y nunca pensé que me podía pasar algo similar. No quiero que me repita algo así.*

RR: *Porque hay que llevar una vida cónsona, una buena vida, es decir alejarnos de las cosas que nos puedan afectar por ejemplo en mi caso el licor, el cigarrillo, las fiestas y todo esto me dañaba la salud y de alguna manera, esto contribuyó a que me*

dieran los dos infartos. Sé que si no me cuido esto puede repetir, y *no quiero que eso me vuelva a dar.*

AM: *Porque si seguía con la vida de antes lo más probable es que me volviera a dar otro infarto, y en realidad siento temor que me vuelva a dar otro infarto porque creo que me puedo morir.*

JLR: *Porque en la medida que vamos envejeciendo tenemos que cuidarnos más, vamos para viejos, tengo hijos pequeños y no quisiera que me repitiera un infarto.*



7.-¿Qué es para usted la palabra cuidado?

DC: *Es estar pendiente de uno mismo, de su salud. Que es para usted cuidarse a sí mismo? Es comer saludable, es decir comer a la plancha, salcochado, baja en sal, no fumar, hacer ejercicios, evitar los dulces, no beber licor, no trasnocharme. ¿Qué siente al cuidarse a sí mismo? Satisfacción. Sentirme bien. Cree que es responsable con el cuidado a sí mismo? Pienso que si, en la mayoría de las cosas.*

AS: Para mí la palabra cuidado significa *dormir bien, tener una buena alimentación* es decir no comer grasas, ni en exceso. Alimentarse con cierto control, es decir no abusar. *¿Qué es para usted cuidarse a sí misma?* Cuidarme a mi misma es *quererme a mí misma, llevar una buena alimentación, no trasnocharme, caminar, no estresarme. ¿Qué siente al cuidarse a sí misma?* Al cuidarme a mi misma siento *mucha satisfacción*, porque pude superar algo que le cuesta a mucha gente, yo he aprendido a superar esta situación, fue un accidente y ya lo superé. *¿Cree que es responsable con el cuidado a sí misma?* Soy responsable, porque nadie te va a cuidar como lo haces tú, esto está relacionado con la *autoestima* porque si la persona no tiene su autoestima elevada se va al suelo y las enfermedades se le van a agravar rápidamente.

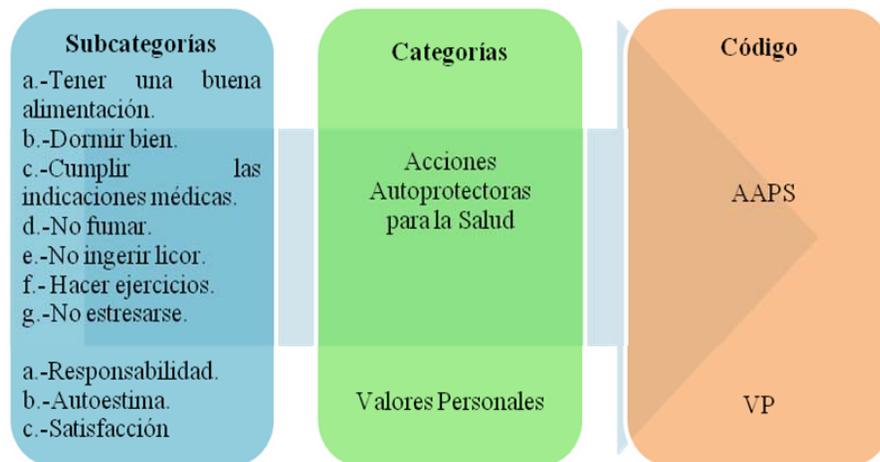
RR: Es todo lo que uno realiza en beneficio de uno mismo, de la salud y de lo que nos rodea. Es decir dormir bien, comer bien y a la hora, masticar bien los alimentos, comer con tranquilidad, hacer actividades deportivas. *¿Qué es para usted cuidarse a sí mismo?* Cuidarme a mi mismo es estar siempre pendiente de que uno esté en el mejor momento, no tener ninguna dificultad, *es ser responsable con uno mismo*, no ingerir licor, no fumar, tener una buena alimentación, no abusar de la salud. *¿Qué siente al cuidarse a sí mismo?* Al cuidarme a mi mismo siento *Que me quiero, que quiero vivir, que elevo mi autoestima, que quiero estar presente. ¿Cree que es responsable con el cuidado a sí mismo?* Creo que soy responsable, aunque a veces uno tiene tentaciones de comer ciertas comidas cuando te invitan, pero sabes que no lo puedes hacer, de que eso te hace daño, yo estoy consciente de que tengo un

problema de salud y sé que si no me cuido, eso puede continuar y *yo no quiero que eso me vuelva a dar*. Quiero tener mi vida en paz, tranquilo, sin ajetreo, no le paro a nada tomo las cosas con tranquilidad, hasta que Dios quiera, porque Dios es el que manda uno no.

AM: *Seguir al pie de la letra las indicaciones médicas. ¿Qué es para usted cuidarse a sí mismo? Cuidarme a mí mismo es seguir los consejos buenos que le dan a uno, no comer frituras, no fumar. ¿Qué siente al cuidarse a sí mismo? No me cuido al cien por ciento, pero cumplo mi tratamiento, mi dieta. ¿Cree qué es responsable con el cuidado a sí mismo? Soy responsable porque si no soy responsable conmigo mismo estoy fracasado, si no me cuido yo, quien más.*

JLR: Es el mantenimiento ideal de una persona. Explíqueme eso... *¿Qué quiere decir “mantenimiento ideal”? Son todos los pasos que sigue una persona para mantenerse físicamente, mentalmente, anímicamente para que la persona se sienta bien. ¿Qué es para usted cuidarse a sí mismo? Cuidarme a mi mismo es tener responsabilidad con uno mismo, y con los demás, es decir con la familia (esposa, madre, hijos). Es cumplir con mi dieta. ¿Qué siente al cuidarse a sí mismo? Siento que soy responsable al cuidarme la salud, lamentablemente el estrés en la calle altera aunque ahora tomo las cosas con paciencia y hasta con calma. ¿Cree que es responsable con el cuidado a sí mismo? Creo que sí, pero no del todo ya que he tratado de organizarme un plan de ejercicios pero lamentablemente no lo he podido*

cumplir por el trabajo, estoy recién mudado aquí, y son tantas cosas, tuve que vender uno de mis vehículos, claro eso no se justifica.



8.-¿Qué es para usted la palabra salud? ¿Es importante para usted cuidar su salud?

DC: *Es estar sano, que no me duela nada, es lo mejor que hay... y si es importante porque sin salud no hay nada. ¿Qué es lo mejor? Que no te duela nada.*

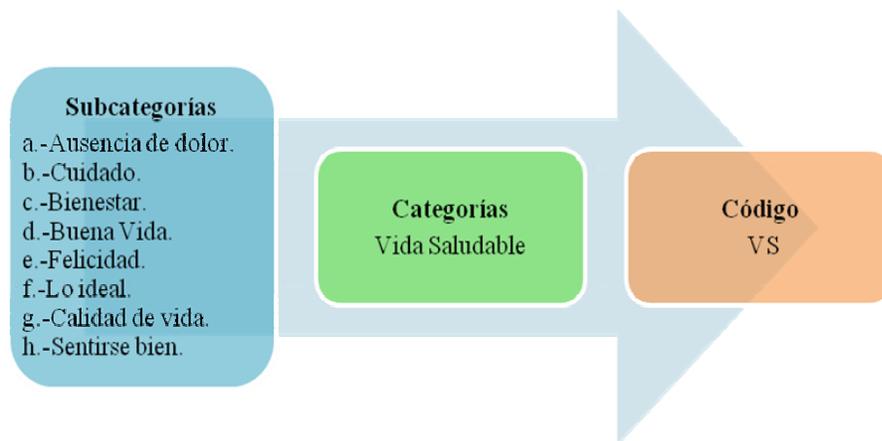
AS: *Es cuidado, es calidad de vida. Si es importante cuidar la salud, ya que si no te cuidas no tienes calidad de vida, tener vida saludable, de eso depende de que te sientas bien.*

RR: *Es el estado en que la persona tiene una buena actividad. Es tener una vida cónsona, una buena vida, una vida saludable.... ¿Qué es una vida cónsona o una*

buena vida? Es no fumar, no beber licor, alimentarse bien, no trasnocharse, no estresarse. Es sentirse bien, no tener dolencia. Si es importante cuidarse.

AM: Salud para mi es la *felicidad*, es parte de la felicidad, si no hay salud le toca tirarse a morir. Por supuesto que es importante cuidarse.

JLR: *Es lo ideal del ser humano, es sentirse bien cien por ciento, totalmente. Es importante cuidar la salud porque sin salud no hay nada. Cuidarse la salud es llevar un control médico, tener un control de uno mismo, conocerse a sí mismo.*



9.-¿Cómo le gustaría que lo cuidaran?

DC: *Con atención, cariño y respeto. Yo espero de la persona que me cuida que me apoye, que me proteja, me comprenda y me respete. Es muy importante contar con el apoyo de la familia y de las personas; eso es fundamental, porque cuando uno está sólo eso es triste.*

AS: *Con solidaridad, con buena comunicación, con tolerancia, con respeto.*

RR: *Que me quieran, protejan, que me respeten.*

AM: *Con cariño, con respeto y consideración, que me cuiden bien.*

JLR: *Con buena atención, con respeto, con cariño.*



3.-TRIANGULACIÓN DE LAS CATEGORÍAS SURGIDAS.

A continuación se ilustra la información aportada por los informantes claves para identificar las coincidencias o intersecciones entre los significados emergidos sobre el cuidar de sí, que dieron lugar a las categorías de la presente investigación.

Para dar inicio al proceso de triangulación se procedió a la agrupación de las categorías derivadas de las respuestas dadas por los informantes claves relacionadas directamente con el fenómeno de estudio: **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio**. La **matriz 1:** ilustra las

coincidencias o intersecciones que se identificaron en la categoría: *Dolor Precordial*. La **matriz 2**: *Sentimientos, Emociones y creencias religiosas surgidos durante el dolor precordial*. La **matriz 3**: muestra las coincidencias o intersecciones que se identificaron en la categoría: *Percepción de lo que significa un infarto de miocardio*. La **matriz 4**: *La Cotidianidad Generadora de Estrés*. La **matriz 5**: contiene las coincidencias o intersecciones identificadas en las categorías: *Estilos de Vida Antes y Después de un Infarto de Miocardio*. En la **matriz 6**: se ilustran las coincidencias o intersecciones que se identificaron en la categoría: *Temor a Reinfartarse*. En la **matriz 7**: Se presentan las coincidencias o intersecciones que se identificaron en la categoría: *Acciones Autoprotectoras para la Salud*: especifica las coincidencias o intersecciones que se identificaron en esta categoría. **La matriz 8**: Contiene las coincidencias o intersecciones que se identificaron en la categoría: *Valores Personales*. La **matriz 9**: especifica las coincidencias o intersecciones que se identificaron en la categoría: *Vida Saludable*.

Es importante mencionar, que la categoría: *debilidad a las tentaciones* no se ilustra en el proceso de triangulación, pues ésta surgió sólo en dos de los informantes claves.

**COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES EN LOS INFORMANTES CLAVES
DE ACUERDO A LAS CATEGORÍAS SURGIDAS:**

**Matriz 1: Coincidencias o Intersecciones Identificadas en la Categoría 1: Dolor
Precordial**

Coincidencias o Intersecciones
DC: Es un dolor intenso, grande, fuerte e insoportable.
AS: Es un dolor muy fuerte, desagradable, nunca había sentido un dolor de ese nivel.
RR: Es un dolor fuerte
AM: Es un dolor fuerte, maluco
JLR: .Es un dolor fuerte.

**Matriz 2: Coincidencias o Intersecciones Identificadas en la Categoría 2:
Sentimientos, Emociones y Creencias Religiosas surgidos durante el Dolor
Precordial.**

Coincidencias o Intersecciones
DC: Desesperación, angustia, obediencia. Uno se entrega a Dios y a la Virgen.
AS: Desesperación, angustia.
RR: Obediencia. Dios es el que manda uno no.
AM: Angustia.
JLR: Obediencia.

Matriz 3: Coincidencias o Intersecciones Identificadas en la Categoría 3: Percepción de lo que Significa el Infarto de Miocardio.

Coincidencias o Intersecciones
DC: Algo muy importante en la vida de uno, que hace cambiar la vida.
AS: Es algo muy importante porque deja una experiencia en la vida.
RR: Es algo muy importante porque hace cambiar todos los parámetros de tu vida.
AM: Es algo muy importante porque deja una experiencia,
JLR: Es una experiencia que hace cambiar.

Matriz 4: Coincidencias o Intersecciones Identificadas en la Categoría 4: La Cotidianidad como Generadora de Estrés.

Coincidencias o Intersecciones
DC: El estrés y la vida ajetreada
AS: La vida que llevaba era de angustias. Tenía una vida muy agitada, dura, de mucha presión.
RR: El estrés por el trabajo
AM: No me cuidaba.
JLR: El estrés y la vida agitada que llevaba.

Matriz 5: Coincidencias o Intersecciones Identificadas en la Categoría 5: Estilos de Vida.

Coincidencias o Intersecciones
DC: Antes me cuidaba menos que ahora.
AS: Tengo más cuidado ahora con mi salud.
RR: Después del infarto cambié mi modo de vivir
AM: He modificado mi modo de vivir después del infarto.
JLR: He cambiado mi forma de vivir.

Matriz 6: Coincidencias o Intersecciones Identificadas en la Categoría 6: Temor a Reinfartarse.

Coincidencias o Intersecciones
DC: Tengo miedo de que me repita otro infarto.
AS: No quiero que me repita algo así.
RR: No quiero que eso me vuelva a dar.
AM: Siento temor que me vuelva a dar otro infarto
JLR: No quisiera que me repitiera otro infarto.

Matriz 7: Coincidencias o Intersecciones Identificadas en la Categoría 7: Acciones Autoprotectoras para la Salud.

Coincidencias o Intersecciones
DC: Es comer saludable, no fumar, hacer ejercicios, evitar los dulces, no beber licor, no trasnocharme
AS: Dormir bien, tener una buena alimentación es decir no comer grasas, ni en exceso. Dormir bien. Caminar. Llevar la vida con calma.
RR: Dormir bien, comer bien y a la hora. Hacer actividades deportivas. Llevar la vida sin ajetreo.
AM: No comer frituras, no fumar. Cumplir con la dieta.
JLR: Cumplir con mi dieta. Llevar la vida con paciencia y con calma.

Matriz 8: Coincidencias o Intersecciones Identificadas en la Categoría 8: Valores Personales.

Coincidencias o Intersecciones
DC: Responsabilidad, satisfacción.
AS: Responsabilidad, satisfacción, autoestima.
RR: Responsabilidad, autoestima.
AM: Responsabilidad.
JLR: Responsabilidad, conocerse a sí mismo.

Matriz 9: Coincidencias o Intersecciones Identificadas en la Categoría 9: Vida Saludable.

Coincidencias o Intersecciones
DC: Es estar sano, que no duela nada
AS: Es calidad de vida.
RR: Una buena vida, sentirse bien, no tener dolencia.
AM: Felicidad, es estar sano
JLR: Es sentirse bien cien por ciento. Es lo ideal del ser humano.

4.-ESTRUCTURACIÓN DE LAS CATEGORÍAS.

A continuación se muestra la integración e interrelación de las categorías surgidas en el estudio, mediante una figura ilustrativa abstracta, representada por una copa llena, conformada por un conjunto de burbujas. Cada una de las burbujas representa las categorías que estructuran la totalidad del fenómeno de estudio: **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio.**



CAPÍTULO VII
CONSTITUCIÓN DE LOS SIGNIFICADOS
DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

El significado del cuidar de sí para la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio, fue considerado por la investigadora, desde la concepción de cada uno de los informantes claves participantes en este estudio. Dicho significado se infirió del conjunto de respuestas dadas por ellos, en las diferentes entrevistas efectuadas; lo cual permitió elaborar una serie de categorías y subcategorías que integraban como un todo, las respuestas dadas; luego se identificaron las coincidencias o intersecciones. Dicho proceso permitió identificar los significados inmersos en la conciencia de las personas entrevistadas. Cada uno de estos significados, se argumentó con el apoyo de los enfoques pertinentes de algunos autores.

La primera categoría surgida en las respuestas dadas por los informantes claves fue: *el dolor precordial*, el mismo fue descrito por los informantes claves como un dolor intenso, fuerte e insoportable. La segunda categoría fue los *sentimientos y emociones surgidos durante el dolor precordial*. Entre los sentimientos surgidos en los actores sociales entrevistados están: la desesperación, la angustia, la resignación, el miedo, la frustración, la preocupación, la obediencia, ante los procedimientos

médico y de enfermería y por último, la amenaza a la vida; sin embargo, al momento de identificar las coincidencias o intersecciones entre los cinco actores sociales surgieron los siguientes sentimientos: desesperación, angustia y obediencia. Los sentimientos de acuerdo a las definiciones que se encuentran en el Diccionario Enciclopédico (2004: p. 1481) es: “una acción y efecto de sentir o sentirse la persona, y que es sinónimo de emoción la cual es un estado de ánimo que está determinado por un suceso”.

Según Berastegi, J. (2007: p. 1) la emoción puede ser definida como “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que puede ser fuerte”. Reconoce, que son reacciones afectivas, más o menos espontáneas, ante eventos significativos, que implican una evaluación de la situación para disponerse a la acción. Lazarus, R. y Lazarus, B. (2000: p. 19) afirman que: "lejos de ser irracionales, las emociones tienen su propia lógica, pues están basadas en los significados que construimos a partir de las situaciones de nuestras vidas".

En cuanto a la definición de sentimientos, los autores citados sugieren incluirla en el marco de las emociones, pues éstas se conciben en sentido muy amplio; es decir, consideran sentimiento y emoción como conceptos interrelacionados, en el cual el concepto emoción englobaría al sentimiento, y lo definen como: “el componente subjetivo o cognitivo de las emociones, es decir la experiencia subjetiva de las emociones”. En otras palabras, es la etiqueta que la persona pone a la emoción. Latouche, F. (2008: p. 8) al referirse al tema de las emociones menciona que son:

Un agente poderoso para el cambio; usadas constructivamente pueden impulsarnos a crear cambios beneficiosos en nuestras vidas. Desde el punto de vista de las emociones, tomar decisiones que involucran cambios en nuestras vidas puede ser parecido a una lucha interior por la supremacía de nuestra mente.

De lo anteriormente expuesto por los autores, se tiene que en las emociones de miedo, angustia, preocupaciones entre otras, se experimenta el aviso de un peligro que amenaza el deseo de vivir, tener buena salud, y este aviso amenazante lo tenemos que entender como una evaluación compleja de la situación que enfrentamos. Esto nos permite tomar conciencia del sentido o valor personal que tienen estas situaciones en las que nos encontramos, en un momento dado. Hay momentos en los que es necesario reflexionar para darnos cuenta, como nos sentimos con los sentimientos y cómo influyen en nuestro aprendizaje; ello permite hacer descubrimientos importantes sobre el sí mismo y sobre cómo promover comportamientos que orienten hacia el cuidar de sí.

En el caso de la persona que ha vivido la experiencia de un infarto de miocardio, el dolor precordial o torácico, corresponde al suceso que influyó en su angustia y desesperación, pues por sus propias características se convierte en una amenaza a la propia existencia, según lo descrito por los informantes claves, quienes se sintieron amenazados al momento de sentir el dolor que quedó descrito en las entrevistas como un *dolor intenso, fuerte e insoportable*. Tal situación genera en la persona infartada una conducta obediente, ante los distintos procedimientos que tanto

el personal médico y de enfermería le ejecutan al momento de ser ingresado a los centros asistenciales; debido al disconfort que genera la presencia del dolor y la sensación inminente de muerte experimentada por las personas víctimas del infarto de miocardio. Esta circunstancia fue quizás determinante en las personas entrevistadas, en cuanto a lo que significó para ellos el infarto de miocardio, pues luego tomaron decisiones con respecto a la modificación de sus estilos de vida, al asumir comportamientos protectores para el cuidado de su salud. Otra categoría surgida en las respuestas dadas por los informantes fue: *Percepción de lo que significa un infarto de miocardio*.

Para Losada, A.; Knightb, B. y Márquez, M. (2003: p. 17)

En el afrontamiento ante la enfermedad cardiovascular, pese a ser diferente entre unos pacientes y otros, en función de sus recursos personales, sociales, en sus experiencias previas y que sientan su vida amenazada, es fundamental ayudarlos a conseguir lo antes posible, la adaptación a la experiencia vivida tras un infarto de miocardio. Los experimentos de Lazarus demostraron claramente que las interpretaciones de las situaciones influyen decisivamente en la emoción experimentada por la persona, y que la cognición es una condición necesaria y suficiente para la emoción.

Al respecto, Pardos, A. (2009: p. 160) al hacer referencia a la percepción de lo que significa una enfermedad cardiovascular específica que:

Cada persona fija en sus procesos cognitivos, respecto al corazón, ideas y visiones particulares, lo que determina una reacción específica cuando se produce la enfermedad. Un

sin número de emociones y factores psicológicos se desencadenan en las personas; asimismo, especifica que: en las personas, al recibir un diagnóstico o sospechar el padecimiento de una enfermedad cardíaca, les genera emociones angustiantes y desencadenar otras, que afectan el desempeño, enfrentándola así a nuevos problemas y desafíos emocionales, físicos, sociales, laborales, entre otros. El diagnóstico de la enfermedad, afecta seriamente el bienestar psicológico de cualquier persona, pues se siente ante el eminente peligro de muerte.

Las ideas de Pardos, se confirman con lo expuesto por los informantes del estudio, quienes asociaron el infarto de miocardio con una amenaza a la vida, independientemente del compromiso hemodinámico que pudiera estar presente en la persona afectada. Esta percepción se asocia a la consideración que se tiene, de que el corazón es un órgano bien importante del cuerpo, del cual dependen otros órganos para sobrevivir. Ideas que forman parte de las creencias de las personas, con respecto a lo que significa el corazón, así como la presencia de la patología cardiovascular, que representa un riesgo para la existencia humana. Además, el infarto de miocardio se acompaña entre otros síntomas, de un dolor, cuya sensación por demás molesta e intensa, desencadena una sensación de muerte inminente. Aspectos que se conjugan y determinan el significado de lo que es un infarto de miocardio para las personas entrevistadas.

Leddy y Pepper (1989: p. 276) al referirse a la percepción especifican que forma parte de la interpretación, y la definen como “la selección y organización de

sensaciones, de manera que adquieran un significado”. Taylor (Leddy y Pepper; 1989: p. 277) sostiene que:

Las percepciones son aprendidas y lo aprendido depende de las experiencias durante la socialización. Las emociones, el lenguaje y las actitudes influyen en las expectativas perceptuales y varían de una persona a otra, por lo tanto, la capacidad de interpretación de una persona depende en gran medida de su capacidad de percepción.

Al respecto, Vargas, R.; Ordoñez, E. y Otros (2007: p. 3) efectuaron un estudio para evaluar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, en un grupo de pacientes postinfartados de miocardio y concluyeron que:

Fue indiscutible la influencia negativa del infarto de miocardio en la vida de las personas estudiadas, debido a que dicha entidad patológica afectó todas las dimensiones de la persona; así como el libre desarrollo de sus actividades cotidianas, que los condujo a modificaciones en su estilo de vida.

En este sentido, Losada, A.; Knightb, B. y Márquez, M. (2003: p. 116) mencionan que:

La mayoría de los trabajos que estudian las variables implicadas en el cuidado se han basado en modelos clásicos del estrés, como el de Lazarus y Folkman. En este modelo es crucial la interpretación que la persona haga del potencial estresor en términos de su capacidad para causar daño, de acuerdo con la idea de que la percepción y la interpretación de un suceso significativo, más que el suceso en sí mismo, son los factores que explican las diferencias individuales de

respuesta ante el estrés y las consecuencias del cuidado observadas en las personas, durante su vida.

De acuerdo, a los significados emergidos en los informantes claves, cuando se les interrogó sobre lo que significó para ellos el infarto de miocardio; las respuestas se orientaron hacia “algo muy importante en la vida que hace cambiar; algo que deja una experiencia en la vida y que hace cambiar los parámetros de la vida”. La similitud de sus respuestas refuerza la concepción de que el infarto de miocardio implica una modificación en su manera de vivir, en sus hábitos dietéticos, y en su manera de enfrentar el estrés, y que debido a esto *la vida les cambió*.

Por lo tanto, es determinante enfatizar que las ideas y conceptos de las personas, acerca de algún evento o situación, desempeñan un papel fundamental en la percepción de los sucesos ambientales y de los estresores, y en la capacidad de las personas para enfrentarse a ellos. Además, se reconoce que el sistema cognitivo, representa la realidad de cada persona y es el responsable de guiarle su conducta. Se crea a partir de sus experiencias vitales, en un contexto sociocultural determinado, de lo que se deduce que sus influencias se ven reflejadas en la manera de pensar, sentir y hacer de las personas; en este caso, es la manera de afrontar las consecuencias del infarto miocárdico y proteger, su estado de salud, mediante acciones protectoras vinculadas con su cuidado.

En la persona que ha experimentado un infarto de miocardio, una de las formas de expresar el cuidado a la salud fueron los *cambios en el estilo de vida que emergió como otra categoría*. Actualmente, las enfermedades cardiovasculares son consideradas un problema de salud pública, a nivel mundial que exige la modificación de comportamientos arraigados en las personas tales como: el consumo de cigarrillo, hábitos alimentarios inadecuados, la ausencia de un patrón regular de ejercicios, el consumo de alcohol, entre otros factores modificables. Estos factores de alguna manera desencadenan procesos nocivos, presentes en una sociedad, en un momento dado. Al respecto, Nettina, S. (1999: p. 4) especifica que “los estilos de vida juegan un papel fundamental en la mayoría de los procesos mórbidos que producen mortalidad” y reconoce “los estilos de vida en un 43%, como causa más frecuente de mortalidad; seguido de lo biológico con el 27% y el sistema de cuidado sanitario en un 11%”.

Tales resultados estadísticos reflejan la prioridad de modificar estilos de vida insanos, para lo que se requiere tomar decisiones, basadas en la autonomía y la autorresponsabilidad de la persona interesada en proteger su salud. Al respecto, Kozier, B. y Otros (2005: p. 82) identifican tres condiciones en el proceso de toma de decisiones:

- a) La libertad, en que la persona toma la decisión sin presión de otros;
- b) la racionalidad en que la decisión mejor o la óptima es consistente con los valores y preferencias de la persona que decide e incluye la reflexión y el juicio y
- c) la voluntariedad es hacer una elección voluntaria.

Bajo esta óptica referencial, es importante reconocer que la persona desde el mismo momento de su nacimiento tiene dos características fundamentales: la autonomía y la individualidad. Ambas le proporcionan a la persona su dignidad. Si bien es cierto, que la persona al nacer tiene libre albedrío que la capacita para tomar decisiones lo cual implica hacerse responsable de las consecuencias de las mismas, no es menos cierto que la vida y todo lo que ella representa no nos pertenece y por lo tanto estamos en el deber moral de cuidarla.

La toma de decisiones, es vinculante con la racionalidad, el mundo de los valores y las preferencias de las personas, por lo cual a mi parecer es preciso tener en cuenta nuestra autoestima y autorrespeto, cuando optamos por estilos de vida insanos, por ejemplo: fumar, consumir alimentos con alto contenido de grasas saturadas, el estrés, el sedentarismo, los cuales son factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares. Además, ¿si la racionalidad incluye reflexión y juicio, en qué medida hacemos uso de ellas, con respecto a la influencia de los estilos de vida poco saludables, que minimizan nuestro estado de salud? ¿Cuál es nuestro grado de responsabilidad para cuidar nuestra salud?

En este sentido, se resalta la visión china (Martínez, M.; 1997) la cual expresa que cada ser humano ha de asumir su compromiso personal en el mantenimiento de su salud y también lo es de su recuperación, cuando su organismo se desequilibra. Ideas similares expresa la Comisión Presidencial de EE.UU. (Castillo, A.; 1999: p. 153), quien al referirse al cuidado de la salud, menciona que:

Es la sociedad la que tiene la obligación moral para asegurar que cada quien tenga acceso a un adecuado nivel de cuidado. Estima, que el gobierno no debe ser el único, ni aún la principal institución de la sociedad que haga factible la disponibilidad del cuidado de la salud.

La toma de decisiones, también se relaciona con las creencias de las personas sobre la salud. Creencias definidas por Kozier, B. y Otros (2005: pp. 96-97) como “todos aquellos conceptos en los que cree la persona, tengan o no un fundamento real, y algunos de éstos están influidos por la cultura”. Las autoras refieren, que “las enfermeras han de conocer y evaluar las creencias y valores que determinan los comportamientos de la persona para poder determinar su estado de salud y, si es necesario, intentar cambios de factores perjudiciales”.

Losada, A.; Knightb, B. y Márquez, M. (2003: p. 117) mencionan que: “los valores y normas compartidas en una sociedad proporcionan a las personas un marco de referencia desde el cual guíen sus vidas” (pensamientos, emociones, conductas). En el caso de las personas entrevistadas en este estudio, en algunas de ellas, surgieron conductas en las que demostraron debilidades para realizar el cambio definitivo del comportamiento, llamado por éstos *falta de voluntad y debilidad a las tentaciones*, como obstáculos que interfirieron en un momento dado, en el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas así como en lo referente a modificaciones con respecto al consumo de algunos alimentos, pues en la persona que ha tenido un infarto de miocardio, la alimentación juega un papel fundamental como parte de su cuidado

integral. Por ello se consideran algunas ideas relacionadas con la debilidad a las tentaciones y el temor a reinfartarse como otro significado surgido en las personas entrevistadas.

La debilidad a las tentaciones y el temor a reinfartarse emerge en algunos de los informantes claves tras explicar los motivos por los cuales surgió la necesidad de modificar los comportamientos, posterior al infarto de miocardio. Tras interrogárseles sobre el *por qué debieron cambiar su modo de vivir*, las respuestas de uno de los informantes claves estuvieron enfocadas a verbalizar que recién egresado del centro asistencial *cumplía las indicaciones médicas al pie de la letra*, pero al transcurrir el tiempo consumía ciertos alimentos que sabía eran dañinos para su salud; explicando, que el motivo por el cual ocurría este fenómeno era *la debilidad a las tentaciones de consumir alimentos prohibidos tales como dulces y maltas*; otros por el contrario son consecuentes en la modificación de su comportamiento por el temor a reinfartarse.

Por consiguiente, es importante considerar, que las experiencias vitales de las personas tienen lugar en un contexto determinado, dentro de una cultura con una organización social concreta, en la que se incluye a la familia y al entorno social como participantes en el proceso socializador humano lo que contribuye a generar en las personas el conjunto de creencias, valores y actitudes, que son determinantes en su comportamiento. Roustan, D. (Ferrater, J.; 2001: p. 724) reconoce que uno de los sentidos de la creencia es la “adhesión a una idea, persuasión de que es una idea verdadera”. Ferrater, J. desde la visión total y metafísica de la vida, la reconoce como

“el estrato más profundo de la vida humana”. En el caso de la persona con infarto de miocardio, sus creencias y valores determinan la actitud favorable para adherirse a las recomendaciones médicas. Por lo tanto, se estima que la adherencia implica “la activa colaboración voluntaria de la persona”, tal como lo expresa Di Matteo, M. (D’Anello, S.; 2006: pp. 181, 184).

Por su parte, D’Anello, S. (2006: p. 184), manifiesta que hay factores psicológicos y sociales que actúan de manera compleja para inducir la obediencia de la persona para cumplir con su tratamiento, y el fracaso en lograr un cumplimiento cabal del mismo sugiere un fracaso en la producción de cambios de actitudes y conductas. Reconoce, que el Modelo de Creencias de Salud (MCS) desde una perspectiva cognitiva e intrapersonal, es una aproximación teórica explicante de la adherencia al tratamiento, cuando formula en uno de sus postulados que:

Los individuos presentarán una adecuada adherencia terapéutica si: a.-Poseen niveles necesarios de motivación e información relevantes para la salud. b.-Se perciben así mismo como vulnerables o en posibilidad de enfermar. c.-Perciben a la enfermedad como algo potencialmente grave o amenazante. d.-Encuentran o perciben como sencillas, las medidas para llevar a cabo las prescripciones. e.-Están convencidos de la eficacia de la intervención para evitar la amenaza o la enfermedad.

En relación con las personas entrevistadas, quienes verbalizaron la *modificación de su modo de vivir por el temor a reinfartarse*; es importante señalar las ideas expresadas por D’Anello, S. (2006: p. 185) cuando menciona que:

Las personas al sentirse vulnerables ante la enfermedad y creer que la misma es realmente seria; así como estar convencidos de que el tratamiento es una alternativa viable para establecer el control sobre la enfermedad, se adhieren precoz y más fácilmente al régimen terapéutico.

Ideas similares expresa Rodríguez, M. y Otros (Ehrenzweig, Y.; 2007: p. 10) al referir que: “hay mayor probabilidad de un cumplimiento adecuado, cuando los tratamientos indicados son para enfermedades que presentan síntomas dolorosos e incómodos”. En este sentido, el Modelo de Creencias en Salud (MCS) mencionado por Ehrenzweig, Y. (2007: p. 13) analiza dos aspectos de las representaciones individuales de la conducta de salud en respuesta a la amenaza de la enfermedad:

a.-La percepción de la amenaza de la enfermedad: va a depender de dos clases de creencias: la posibilidad de desarrollar el padecimiento y de la percepción de la gravedad del padecimiento y sus consecuencias. b.-La evaluación de las conductas para contrarrestar la amenaza va a depender de dos tipos de creencias: las relacionadas con los beneficios de la conducta de salud recomendada y con los costos o barreras de llevar a cabo tal conducta.

Al considerar los dos aspectos antecedentes contenidos en el modelo de creencias en salud, el significado *temor a reinfartarse* surgido en los informantes claves entrevistados, quizás fue el motivo de modificación de comportamiento, pues el infarto de miocardio fue como una amenaza a su existencia terrenal, lo que influyó en la toma de decisiones para modificar su estilo de vida insano como una alternativa de contrarrestar dicha amenaza. Esta patología es concebida por las personas como

una enfermedad seria, amenazante, intimidante que hace cambiar la manera de vivir e involucra responsabilidad en su cuidado por las consecuencias que puede generar. Esto obliga a las personas afectadas, realizar acciones autocuidadoras que protejan su salud, tales como: seleccionar el tipo de alimentos que van a consumir, modificar la manera de preparar los alimentos, dejar de fumar cigarrillos, utilizar estrategias para afrontar el estrés de manera más tranquila, menos agitada, según palabras textuales de los entrevistados.

De acuerdo, con la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan expresada por D`Anello, S. (2006: pp. 186-187):

La persona puede regular la conducta de manera autónoma cuando ésta experimenta un verdadero sentido de volición y escogencia y actúa, debido al valor asignado a la salud. Se ha demostrado que la adherencia terapéutica está asociada positivamente con la regulación autónoma de la conducta, lo que está determinado por la percepción subjetiva que tenga la persona de su enfermedad.

Las ideas antes expuestas, sobre la autodeterminación permiten inferir la importancia de la voluntad como fenómeno psíquico, que ayuda a la persona a tener la fuerza para decidir, al momento de enfrentar las diversas presiones que le impone la sociedad ante una serie de circunstancias que muchas veces pueden constituir una amenaza a la salud como es el caso de las enfermedades cardiovasculares en su expresión infarto de miocardio.

La voluntad para tomar decisiones, se vincula con las virtudes que caracterizan al ser humano; las cuales según Aristóteles “es un hábito, una cualidad que va a depender de nuestra voluntad, y que están presentes en todas las actividades humana” (Ferrater, J.; 2001: p. 3704). La virtud también es definida como “la fuerza que actúa o que puede actuar” (Comte-Sponville; 1996: p. 14). Platón al hacer referencia a las cuatro virtudes cardinales que caracterizan al hombre especifica que son: “la prudencia, la justicia, la fortaleza y la templanza” (Ferrater, J.; 2001: p. 3705).

De estas cuatro virtudes, es importante considerar en esta investigación a la prudencia y a la templanza que pueden determinar el comportamiento de la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio. La prudencia según Aristóteles “determina lo que es necesario elegir y lo que hay que evitar”. Santo Tomás, demostró que de las cuatro virtudes cardinales, la prudencia es la que debe dirigir a las otras tres; sin ella la templanza, la fortaleza y la justicia no sabrían lo que hay que hacer ni cómo hacerlo (Comte-Sponville; 1996: pp. 44, 47).

De las ideas expresadas por los filósofos en relación a las dos virtudes cardinales como lo son la prudencia y la templanza, que deben estar presentes en la persona, se infiere que las mismas van a determinar el poder de decisión para moderar el comportamiento de las personas y adoptar medidas protectoras para la salud que involucran al cuidar de sí como un fenómeno ontológico. La prudencia es una virtud que según Santo Tomás está vinculada con la templanza, la misma, según Llamas, M. (2007: p. 1)

Es una cualidad moderadora de la atracción que generan los placeres y procura el equilibrio en el uso de los bienes creados. Asegura el dominio de la voluntad sobre los instintos y mantiene los deseos en los límites de la honestidad. La templanza es sinónimo de moderación, sobriedad, continencia y justicia y propone considerar nuestro ser como un templo, término del que proviene.

La templanza (Comte-Sponville; 1996: p. 53) “es un placer lúcido, controlado, cultivado”. El autor cita a Spinoza, quien expresa que: “es de hombre sabio, servirse, para la reparación de sus fuerzas, de alimentos y de bebidas agradables, tomados en cantidad moderada...”

Por lo tanto, la templanza es la “virtud por la cual continuamos siendo señores de nuestros placeres y no sus esclavos”. En este sentido, se reconoce que la persona afectada por un infarto de miocardio, que comprende y acepta la templanza puede moderar su comportamiento impulsivo, incluso eliminar el placer de ingerir alimentos poco protectores para la salud. Vitali, A. (2001: p. 1) expresa que “la templanza es una virtud que conduce a evitar toda clase de exceso, el abuso de la comida, del alcohol, del tabaco y de las medicinas”. Por consiguiente, esta virtud ayuda a la persona a disfrutar prudentemente del placer; sin exceder los límites, sino respetarlos. Esto involucra ser dueña de sí misma y de su propio actuar. Además, ser congruente con lo que piensa, siente y hace como una forma de evitar situaciones, que pongan en peligro su capacidad de voluntad, ante las tentaciones.

La templanza, además de ayudarnos a enfrentar con decisión las diversas tentaciones que la vida nos ofrece; facilita el crecimiento y el aprendizaje a lo largo de nuestra existencia, lo que nos permite someter nuestras capacidades a retos, y enriquecer nuestra fortaleza emocional, intelectual, y espiritual, en un momento dado. Cada acto y situación en nuestra cotidianidad puede ser considerado una prueba para poner en acción la virtud de la templanza, que nos prepara para desafíos crecientes, ante las circunstancias y las opciones cada vez más difíciles, que la vida nos presenta.

Alcázar, J. (2001: p. 3) al referirse al dominio de las pasiones refiere que: “la inteligencia debe gobernar las pasiones como el navegante gobierna la embarcación, con el timón y las velas, y es la inteligencia la que debe encauzar y utilizar la fuerza de los sentimientos”. Por lo tanto, a través del intelecto y de la templanza las personas pueden asumir comportamientos que los orienten hacia la protección de la salud, como un valor presente en su vida. Dicha protección, sólo es posible mediante la implementación de algunas acciones autoprotectoras; las cuales surgieron como significados en los informantes claves, al interrogárseles sobre: *qué significaba la palabra cuidado y el cuidarse a sí mismo*, cuyas respuestas fueron enfocadas en los siguientes aspectos: *tener una buena alimentación, dormir bien, cumplir las indicaciones médicas, no fumar, no ingerir licor, no estresarse y hacer ejercicios*, lo cual representan las subcategorías de este estudio.

Alonso, F. (2001: p. 5) al referirse al comportamiento que debe asumir la persona infartada específica que:

La pauta de vida a seguir después de un infarto deberá ser radicalmente diferente a la de antes de la aparición de la enfermedad. La persona deberá reorganizar sus ratos de ocio. El abandono definitivo del tabaco y del alcohol, contribuirá enormemente a llevar una vida sana y sencilla. La dieta debe ser pobre en grasas y sal, procurando incluir en ella abundantes frutas y verduras. La práctica diaria de algún método de relajación y de oración cerrará definitivamente el círculo de seguridad en torno al enfermo cardiaco. La persona víctima de un infarto de miocardio debe cultivar constantemente pensamientos positivos, eliminando de su entorno la ansiedad, la duda y la agresividad, debe ponerse en manos de Dios y *orar a Cristo para sentirlo dentro de sí, cuidando su corazón enfermo*).

Las sugerencias antecedentes con respecto al estilo de vida, que debe adoptar la persona que ha tenido un infarto de miocardio, apoyan la idea expresada por Ehrenzweig, Y. (2007: p. 11):

El que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como los determinantes más próximos de las conductas de salud y van a depender de sistemas socioculturales de pertenencia y referencia de la persona.

También especifica que: “los perfiles de morbilidad de un país se encuentran ligados a patrones particulares de conductas que pueden ser modificados por cualquier persona, donde ésta puede adoptar conductas saludables para contribuir a su salud y bienestar”.

En las respuestas dadas por los entrevistados, se identificaron patrones de conducta que inciden en la aparición de enfermedades cardiovasculares, antes del evento coronario tales como: comer comidas rápidas en la calle, frituras, pastas, estrés, exceso de trabajo, consumo de licor, fumar cigarrillos, entre otros. Tales factores son controlables o modificables, mediante la adopción de estilos de vida saludables, que sin duda alguna contribuyen a mantener la salud y el bienestar de la persona no sólo desde el punto de vista biológico sino también en la dimensión emocional, y como ejemplo se cita el caso de la obesidad, la cual casi siempre provoca trastornos en la imagen corporal lo que genera baja autoestima de la persona.

Sin embargo, las personas entrevistadas en sus respuestas, también manifestaron que después del infarto de miocardio modificaron patrones de conducta evidenciados en el tipo de alimentación y la manera de preparar los alimentos de manera más sana, así como también el cumplimiento estricto de la terapia medicamentosa indicada y las consultas médicas de control. Asumir con menos presión las vicisitudes de la vida, entre otros. Decisiones que estuvieron basadas en el temor a reinfartarse, al deseo de seguir viviendo, compartir y ayudar a la familia, además del valor que le asignaron a la salud. Sin lugar a duda, el cuidado que toda persona se proporciona a sí misma durante su existencia esta determinado en parte, por el valor asignado a su: salud, bienestar, lo que permite aseverar la importancia que los valores tienen para las personas. En este estudio fenomenológico se exponen a continuación algunas ideas relacionadas con determinados valores personales

surgidos en los informantes claves durante las entrevistas efectuadas, tales como la responsabilidad y la autoestima.

El ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente, con una realidad social que lo distingue; en él influyen un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales que lo hacen poseedor de una individualidad propia al pensar, discernir, sentir, tomar decisiones y actuar. Está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, en síntesis, es una personalidad, ubicada en una dimensión temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita). La persona es una totalidad inseparable en sus dimensiones, por lo que en éstas, existe una relación recíproca e influyente que se afecta favorable y/o desfavorable frente al proceso salud-enfermedad. En consecuencia, el profesional laborante en organizaciones vinculadas con la salud debe tener siempre presente, que la persona es un ser integral y el ente principal de la atención en salud; poseedor de valores y creencias derivadas de una cultura que hay que considerar, al momento de proporcionarle el cuidado.

Para lograr comprender a la persona como un todo, se requiere reflexionar sobre los elementos básicos que estructuran la condición humana, entre los cuales figuran los valores, los cuales, según Izquierdo, C. (1998: p. 32) “son los ejes fundamentales por los que se orienta la vida humana y constituyen a su vez, la clave del comportamiento de las personas”. Por ello, los valores hay que identificarlos en los significados, que la persona le atribuye a sus vivencias; los cuales permanecen en

su conciencia o vida interior. Ideas similares indica Contramaestre, A. (2008: p. 10), quien reconoce que: “los valores están ligados a nuestro mapa de vida, creencias y hábitos; los mismos son útiles, mientras contribuyan con nuestra calidad de vida, respetar al prójimo y al entorno”. Por su parte, Moleiro, M. (2001: p. 10) afirma que: “no todos nos comportamos igual ante las vivencias y los problemas de la vida; pues según los valores a los que les damos prioridad, le damos sentido a lo que hacemos”.

Por consiguiente, considero que la persona está en la naturaleza y en el universo para trascender a través de acciones que lo distinguen como un ser *racional y emotivo* lo cual queda expresado, entre otros valores, por el amor, la solidaridad, la responsabilidad en su relación continua y recíproca con las demás personas, animales, plantas, en fin con la naturaleza. El Arquitecto Universal (Dios) nos permite estar presentes en esta vida en un momento determinado, lo que implica aprovecharlo para cumplir la misión significativa de cuidar a todos los seres vivos: humanos o no. Esto, de una u otra manera, contribuye a nuestro crecimiento holístico, pues permite desarrollarnos espiritual, emocional, y mentalmente; lo que influye en el funcionamiento biológico y se traduce, a su vez, en sentirnos bien con nosotros mismos y con los demás, y que según mi concepción: es salud.

Henderson, V. (Marriner-Tomey, A. y Raile, M.; 1999: pp. 103, 367) la salud “es calidad de vida, fundamental para el funcionamiento humano. Toda persona consigue estar sana o mantener un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad

y el conocimiento necesarios”. Por su parte, Travelbee, J. (Marriner-Tomey, A. y Raile, M.; 1999: p. 533) al referirse a la salud específica que:

Tiene criterios objetivos y subjetivos; el estado de salud subjetivo de una persona se define como su sensación de bienestar, de acuerdo con la apreciación propia de su estado físico- emocional- espiritual. La salud objetiva es la ausencia de una enfermedad, incapacidad o defecto según medidas obtenidas por exámenes físicos, pruebas de laboratorio, opinión de un consejero psicológico, evaluación por un director espiritual.

La salud como valor en la vida de las personas, es priorizada, según las valoraciones que las personas hagan de ella; pues cada quien le da un significado diferente cuando se le pregunta sobre lo *qué es la salud*. Por ello es frecuente escuchar que la salud es: estar bien, sentirse satisfecho, ser productivo, no estar enfermo, ausencia de malestar, no presentar dolor. Las definiciones que los informantes claves asignaron a la salud estuvieron enmarcadas en: *ausencia de dolor, bienestar, buena vida, lo ideal, y sentirse bien*; estos significados están unidos a los valores de la responsabilidad y la autoestima cuando se les preguntó sobre *si se consideraban responsables con el cuidado a sí mismo*.

En relación con la salud, Colliere, M. (1993: p. 289) la traduce como “el conjunto de fuerzas vivas físicas, afectivas, psíquicas, sociales que se pueden movilizar para afrontar y superar la enfermedad”. La autora reafirma que la salud “representa al conjunto de posibilidades que permiten que la vida continúe y se

desarrolle”. El enfoque collierano se asemeja al modelo eudomonista de Smith, J. (Leddy y Pepper; 1989: p. 184), quien focaliza la salud como “un proceso de llegar a ser, un movimiento dinámico hacia la completa realización de las posibilidades latentes, no sólo en el cuerpo humano, sino también en los sentimientos, mente y espíritu”. Ambos enfoques sobre la salud, centran su esencia en el desarrollo de las potencialidades del ser humano, en su relación intrínseca con un entorno en permanente cambio, lo cual puede alcanzarse a través de la educación cimentada en valores, los cuales deben iniciarse en la familia y continuarse en forma invariable, en los escenarios donde la persona convive con otros, a lo largo de su vida. Urbina, S. (2005: p. 46) expresa, que:

La salud como un valor, conocerla así, reconocerla así, facilita el ser, las ganas y el orgullo de trabajar por los demás, y por uno mismo, el hacer juntos la salud de todos, entendida como algo valioso e indispensable, placentero y auspiciador de los demás valores. El hombre es ser activo y si el valor salud impulsa la actividad del hombre, entonces ella impulsa la humanidad del hombre, la hace, la configura, por lo tanto, la salud es definitivamente un gran valor.

Al respecto, Fromm, E. (Urbina, S.; 2005: p. 46) expresa que “ser significa vivir, permanecer activo, nacer renovarse, moverse, ser productivo”. Esto, permite y estimula la salud, por lo que tenemos que destacar la importancia de ella; valor en la vida de la persona quien anhela ser feliz y esto incluye: gozar de salud, ser productivo y disfrutar de las oportunidades que la vida le depara. Por su parte, Ramos, M. (2000: p. 122) al referirse a la dimensión ética puntualiza que:

Los individuos necesitan un grupo de valores que orienten su comportamiento social en un mundo cambiante, enfrentar los problemas con sentido ciudadano, con autonomía personal, conciencia de sus deberes y derechos y sentimiento positivo de vínculos con todo ser humano comprometido en la búsqueda de una sociedad más justa y solidaria.

Dentro de este marco de ideas, una sociedad para *ser y estar saludable*, requiere internalizar, que la protección de la salud como un valor, hay que aprenderla desde pequeños para adoptar patrones saludables, vinculados a la alimentación y nutrición, la higiene corporal, el descanso y sueño, la recreación, entre otros patrones. Tales patrones saludables ayudan a prevenir y/o minimizar desequilibrios en el estado de salud de la persona. Además se requiere concienciar a los seres humanos, ubicados en cualquier etapa de su ciclo vital, acerca de su responsabilidad primigenia para el mantenimiento de su propio estado de salud; por lo tanto, como vivientes humanos holistas, tenemos que desarrollar actitudes positivas que la favorezcan: tener un alto concepto de sí mismo, valorar cada momento que vivimos, tenernos amor, respeto; ser honestos y solidarios con nosotros mismos y mantener actitudes positivas ante la vida.

En la medida que internalicemos, el cuidado de la salud como parte del cuidar de sí y de otros, en esa misma medida se promoverán cambios significativos que conduzcan a la formación de un ser humano capaz de desenvolverse en una sociedad pluralista, en la que pueda practicarse como norma de vida, la responsabilidad, el respeto y la honestidad en el cuidar de sí.

El cuidar la salud se traduce en una *Vida Saludable*, la cual fue otra categoría surgida en las respuestas dadas por los informantes, cuando se les interrogó sobre *Qué significa la palabra salud, y que si era importante cuidarla*, cuyas respuestas evidenciaron respuestas en relación a: cuidado, calidad de vida, bienestar entre otras. Esto lleva a reflexionar acerca de ¿Si los compromisos y las decisiones que día tras día asumimos, muchas veces van en detrimento de nuestra salud? ¿Será que es necesario desarrollar más nuestro aspecto afectivo para valorar la salud y asumir comportamientos cuidadores que nos permitan tener una vida verdaderamente humana, una vida buena?

Bandura, A. (1986: p. 2), en su *teoría cognitiva social* relacionada con el comportamiento, estableció lo que llamo el *determinismo recíproco triádico*; en el que:

El comportamiento, los factores cognoscitivos y el ambiente interactúan en conjunto en una relación recíproca continua, en que los individuos interpretan y evalúan sus propias experiencias y sus procesos de pensamiento. Los determinantes previos de la conducta, como el conocimiento, la habilidad o los logros anteriores, predicen la conducta subsecuente de acuerdo con las creencias que las personas sostienen sobre sus habilidades y sobre el resultado de sus esfuerzos.

Los conceptos, establecidos por Bandura, ayudan a que si se desea entender totalmente el comportamiento humano, y su personalidad debemos tener presente que existen factores influyentes en el mismo, producto de la interacción entre la persona

y las fuentes medioambientales. Interacción que el ser humano, es capaz de interpretar, debido a su capacidad para discernir sobre su existencia, sobre las diversas situaciones que le suceden habitualmente en su vinculación con el entorno. Sus reflexiones como fuente de conocimiento le permiten tomar decisiones, según su escala de valores, para realizar acciones dirigidas a proteger su salud y su vida.

Al respecto, Leininger, M. (1991: p. 36) especifica que “los atributos del cuidado, van más allá de las respuestas humanas, siendo imprescindible incluir los contextos donde se desarrollan los comportamientos humanos, los valores y las creencias que son las verdaderas fuentes del conocimiento de la enfermería”.

Otro aspecto a considerar para una mejor comprensión del comportamiento es la autoestima, considerada como la valoración que hacemos de nosotros mismos. Al respecto, Branden, N. (1993: pp. 20, 38) la define como “la suma integrada de confianza en sí mismo y respeto de sí mismo”. “Es una sensación fundamental de mérito, a la idoneidad y a la dignidad en principio”. La autoestima, se vincula intrínsecamente con el autoconcepto. Este lo podemos identificar como el conjunto de convicciones de una persona acerca de sí misma, las cuales se manifiestan en su comportamiento. Branden, N. (1993: p. 42) refiere que el autoconcepto son “las ideas, creencias e imágenes de una persona sobre sus rasgos y características, obligaciones y habilidades, limitaciones y capacidades (reales o imaginarias)”. Bajo este enfoque, el autor reconoce que la autoestima es el componente evaluador del autoconcepto.

En cuanto al autoconcepto, Berastegui, J. (2007: p. 36) lo considera como un aspecto muy importante en psicología y establece que:

Si a través de los años, vemos que hemos actuado más o menos de acuerdo con nuestros estándares y hemos tenido una vida llena de recompensas y alabanzas personales, tendremos un autoconcepto agradable (autoestima alta). Si, de lo contrario, nos hemos visto siempre como incapaces de alcanzar nuestros estándares y castigándonos por ello, tendremos un pobre autoconcepto.

Enfatizo, que el autoconcepto y la autoestima son unas de las tantas claves que el ser humano debe considerar para desarrollar actitudes favorables, fundamentadas en valores como: el amor, la solidaridad, la autoestima, el respeto, la firme convicción de la existencia de un ser superior que rige nuestros caminos, la alegría, la paz interior como secreto para ser feliz y sentirnos bien con nosotros mismos, que nos conlleve a vivir en armonía y felicidad y por ende a generar comportamientos que protejan nuestra salud. Reconozco que es un proceso inherente a la conducta humana por demás compleja que exige dominio de voluntad, toma de decisiones pertinentes vinculadas con acciones tendentes a protegerla.

El autoconocimiento, también es un elemento requerido para conocer mejor el comportamiento. A través de la introspección, es conocer las dimensiones que estructuran el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades, habilidades, los roles que asume la persona. Como centro unificador de la conciencia el autoconocimiento según Garro, P. (2009: p. 1) es “el juicio valorativo que hacemos de todos los

aspectos que conforman nuestra imagen”. Agrega, que “para crear un concepto de nosotros mismos se toma en consideración las creencias de la persona sobre sus cualidades personales, es decir que sabemos o creemos saber de nosotros mismos”. En este sentido, Husserl, E. (1969: p. 65) explicó que “únicamente el ser humano tiene la capacidad de mirarse o de observarse a sí mismo, reflexionar sobre su pensamiento y su capacidad para comprender el significado de las experiencias propias”.

Vinculado al concepto del autoconocimiento está el de la inteligencia emocional, que según Goleman, D. (1999: p. 2) comprende: la personal y la interpersonal. La personal está conformada por un conjunto de competencias que determinan las formas de relación con nosotros mismos. Dicha inteligencia incluye:

La conciencia de uno mismo: Capacidad de reconocer y entender en uno mismo: fortalezas, debilidades, estados de ánimo, emociones e impulsos; así como el efecto de éstos sobre los demás y el trabajo. *Autorregulación o control de sí mismo:* es la habilidad de autocontrolar nuestras emociones e impulsos para adecuarlos a un objetivo. Responsabilizarnos de nuestros actos; de pensar antes de actuar y evitar prejuicios *Automotivación:* Es la habilidad de estar en permanente búsqueda en la consecución de objetivos, enfrentar los problemas y buscarles solución.

Los tres componentes de la inteligencia personal, señalados por Goleman, D. identifican a un ser humano; capaz de autojuzgarse; consciente de sus limitaciones; sincero al admitir sus errores, sensible al aprendizaje y con gran nivel de

autoconfianza. Además, controla el estrés y la ansiedad y es flexible ante las innovaciones. A su vez, demuestra entusiasmo, iniciativa y compromiso en el logro de objetivos. En cuanto a lo interpersonal como componente de la inteligencia emocional, Goleman, D. (1999: p. 3) lo reconoce como la forma, en que nos relacionamos con otros, a través de competencias, tales como:

Empatía: es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, y responder correctamente a sus reacciones emocionales. *Habilidades sociales:* Son las destrezas para manejar las relaciones con los demás, es saber persuadir e influenciar a los demás.

Los atributos del aspecto interpersonal identifican a la persona empática que se caracteriza por su capacidad para escuchar, comprender los problemas y motivaciones, se anticipa a las necesidades de los demás. Poseen capacidad para liderar grupos, generar cambios y mantener el espíritu grupal.

En el caso de las personas participantes en este estudio, una de ellas manifestó reconocer y entender que abusaba más de las comidas y los dulces en cuanto a cantidad se refiere; además de reconocer, la debilidad hacia verse tentado a consumir alimentos que él estaba en conocimiento de que no debía consumirlos, tal es el caso de helados, malta, él sabía que no debía abusar de la salud, pero que el ser humano es débil, que podría evitar algunas cosas pero que somos débiles a las tentaciones, de lo que nos gusta, y caemos en el descuido. La gran mayoría de los entrevistados reconoció que el estrés o la manera de enfrentar las situaciones fue la situación que

desencadenó el infarto de miocardio, lo que les determinó su manera de vivir. La capacidad de muchos de los informantes claves, de reconocer sus impulsos, emociones y debilidades ante la experiencia de vivir un infarto de miocardio, pudo haber influido en: su voluntad, autoconfianza y su compromiso para la adopción posterior de estilos de vida saludables.

CAPÍTULO VIII

FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA

El capítulo, inserta la interpretación y la comprensión del significado de los patrones de conducta que utiliza la persona para cuidar de sí, como responsabilidad primigenia ante sí mismo y ante los demás. Patrones de conducta vinculados, en este caso, con el cuidado de personas afectadas por problemas cardiovasculares.

En este sentido, se reconoce que las enfermedades cardiovasculares ocupan los primeros lugares en las estadísticas de morbimortalidad en Venezuela, y en el mundo, que se invierten grandes cantidades de dinero, debido al cuidado exigido por estas personas, a nivel curativo.

A partir, de lo antes expuesto, es importante considerar los significados emergidos de la conciencia de los actores sociales, a través de la saturación de sus respuestas durante las entrevistas efectuadas, de las cuales surgieron categorías y subcategorías en las que se reflejan las coincidencias o intersecciones, identificadas durante el proceso de triangulación. Proceso utilizado para validar la información aportada por los actores sociales, participantes en el presente estudio, con el intento de lograr una comprensión de su realidad social, como personas infartadas.

Es conveniente establecer un proceso de estructuración que especifique la integración de las diversas categorías y subcategorías, surgidas desde el momento mismo de sucederse el evento coronario (infarto de miocardio) expresado biológicamente mediante el dolor precordial como la primera categoría emergida, a partir de la cual se buscó interrelacionar como una totalidad, cada una de las subsiguientes categorías y subcategorías que integraron el fenómeno de estudio: **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio**. Es decir, como el infarto de miocardio influyó en las personas para un cambio de estilo de vida temporal y/o permanente hasta llegar al significado de cuidar de sí de tales personas como la macrocategoría del estudio.

Por consiguiente, a partir de la aparición del evento coronario una de las manifestaciones subjetivas expresadas por los actores sociales fue el dolor precordial, el cual constituye la primera categoría de esta investigación. El mismo, fue descrito por los informantes claves como *de muy fuerte intensidad, e insoportable*; de cuya experiencia surgieron sentimientos, emociones y creencias religiosas tales como: desesperación, angustia, resignación, inquietud, frustración, miedo, preocupación, obediencia ante los procedimientos ejecutados por el personal de salud, la amenaza a la vida. La vivencia hizo surgir algunas creencias religiosas expresadas mediante la fe en Dios y la Virgen, en algunos de los informantes claves. Además, la vivencia generó en los entrevistados, una percepción de lo que significó el

infarto de miocardio en su vida, el cual fue percibido como una amenaza a la vida, una experiencia y un cambio en los estilos de vida.

Cuando se les interrogó acerca de si *habían modificado su estilo de vida después del infarto de miocardio*, los informantes en su totalidad respondieron afirmativamente con respecto al cambio en su estilo de vida bien fuera de manera permanente o temporal. Algunos de los actores sociales adujeron que recién egresados del centro asistencial *cumplían las indicaciones médicas al pie de la letra*, pero al transcurrir el tiempo, debido a su debilidad a las tentaciones consumían ciertos alimentos que sabían eran dañinos para la salud. *El temor a reinfartarse*; esto indujo a algunos informantes claves para adoptar comportamientos orientados hacia el cuidado de la salud tales como: el comer saludable, no ingerir licor, no fumar, hacer ejercicios, manejar el estrés, dormir bien y cumplir el tratamiento farmacológico. Al preguntarles: *si eran responsables con el cuidado de su salud*; todos respondieron afirmativamente, además mencionaron que: el cuidado de la salud era una cuestión de responsabilidad y autoestima, que debe estar presente en las personas; ambos términos personales son considerados como valores. Las categorías y subcategorías surgidas, originan una sinergia representativa de la integralidad del evento coronario, estudiado: **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio**. Se evidencia que las conductas adoptadas por los informantes claves, según las respuestas dadas en la categoría cuidado de la salud, estuvieron dirigidas a la dimensión biológica, como parte inmanente de la

persona, y poco consideraron los aspectos: emocional, espiritual, con respecto a la búsqueda de su yo interior, de conocerse a sí mismo e identificar debilidades y fortalezas presentes(en algunos de ellos) en el ser humano que pueden afectar su estado de salud, ante las exigencias sociales en un momento dado. Este proceso que debe estar presente en las personas no se evidenció en las respuestas dadas. Como investigadora, me pregunto: ¿falta en los seres humanos, ser más introspectivos para profundizar nuestra conciencia e indagar acerca de lo que significa cuidarnos a nosotros mismos? ¿Concienciar que nuestra vida no nos pertenece, que nos ha sido otorgada; lo que significa moralmente, que tenemos el compromiso de cuidarla? Esta duda surge a partir de reconocer que el cuidar es un fenómeno existencial básico, pero... ¿Cuál es el significado existente en nuestra conciencia de lo qué es el cuidar como fenómeno existencial básico? ¿Cuán debilitada puede estar nuestra capacidad para enfrentar las presiones sociales y optar por decisiones morales, que protejan nuestra salud y por ende nuestra existencia?

Sartre, J. (Álvarez, A.; 2004: p. 5) mediante algunas reflexiones en su obra:

Bosquejo de una teoría de las emociones especifica que para la realidad humana:

Existir es siempre sumir su ser; es decir, ser responsable de él en vez de recibirlo desde fuera como lo hace una piedra. Esta asunción de uno mismo que caracteriza a la realidad humana implica una comprensión, por oscura que sea, de la realidad humana por sí misma. Asimismo, agrega que la emoción significa el todo de la conciencia, si nos situamos en el plano existencial, de la realidad-humana.

Al considerar las reflexiones de Sartre, opino que el hombre es creado por Dios (para los que creemos en él) con una conciencia de libre albedrío, que nos permite discernir entre lo bueno y lo malo, entre lo que está bien o mal. Sin embargo, pareciera que existe un *adormecimiento* de nuestra conciencia, derivado quizás de una sociedad consumista, competitiva, materialista; que nos minimiza la posibilidad de profundizar en nuestros sentimientos, nuestras emociones, por lo que muchas veces, en un momento dado, somos incapaces para enfrentar las tentaciones vinculadas con estilos de vida poco saludables, como es el caso del consumo de cigarrillos, alcohol, alimentos favorecedores del proceso aterogénico, el trasnocho, entre otras. Este perfil muestra una falta de cuidado en la persona, una exposición a perder la salud, como proceso dinámico e interactivo, de su vida y una amenaza a su propia existencia.

El ser humano en su condición de racional y pensante, reflexiona para comprender sus acciones. Esta comprensión, a su vez, le da la oportunidad de valorar cada una de las acciones cuidadoras que se proporciona. Tal valoración se relaciona con la autoestima, e implica *cómo me autovaloro, cómo me veo como persona*. Esto es un proceso complejo que involucra reconocer y aceptar las fortalezas y debilidades que lo acompañan en su cotidianidad. Por ello, es importante, que la persona en su proceso reflexivo de introspección y de autoconocimiento, determine la búsqueda del cuidar de sí como decisión moral, mediante la práctica de acciones protectoras para

su salud como un valor y a la vida como un principio universal. Ello le permite actuar de manera consciente y responsable consigo mismo y con los demás.

En consecuencia, esto es un proceso complejo que involucra madurez, conciencia de sí mismo, desarrollo espiritual y emocional; así como compromiso individual, desde la visión de un *saber vivir*, en continua conexión con nosotros mismos, con la naturaleza, el universo y el Ser Supremo (Dios). Los elementos antes mencionados, acerca del proceso para el cuidar de sí, son algunos de los aspectos para llevar una vida sana. Cabe resaltar el crecimiento espiritual, que según Foucault, M. (2002: p. 397):

Invita al conocimiento y la práctica de sí, al autoconocimiento, al cuidado de sí. En ese ir conociéndose y experimentándose hasta lograr un buen nivel de desapego, entendido como un aprender a desprenderse de las pasiones racionales, culturales y corporales inculcadas, es decir, las propias. Un reconocer las propias debilidades y desapego con respecto al reconocimiento de sí como elemento divino. Todo cambia, todo viene y se va, todo es un transitar. Pero siempre estoy conmigo. Con un Yo diferente, pero mío. Con un cuerpo que cambia pero mío; yo, y mi yo Corpóreo.

En este sentido, reconozco que el autoconocernos, el tener conexión con el Ser Supremo, el desarrollar y utilizar la inteligencia espiritual son vías para llevar una vida bien vivida con integridad, con sabiduría, una vida fundamentada en valores trascendentes, y en armonía con el Arquitecto Universal como guía para obtener buenos frutos, a través de nuestra actuación; en la búsqueda de momentos

gratificantes, definidos como momentos de gozo y paz interior que nos hace ser diferentes en: el pensar, sentir, decir y actuar.

Por su parte, Bandura, A. (1982: p. 5) considera que: la auto-reflexión es la “capacidad más singularmente humana”, pues esta forma de autorreferencia cognitiva le permite evaluar y modificar su pensamiento y su conducta. Ideas similares expresa Meiler, M. (2007: p. 3) al reconocer la capacidad de ver con realismo y veracidad: cómo somos, y qué queremos. Comprender nuestras prioridades y expectativas, para consecuentemente actuar. Especifica que:

Las personas con un alto grado de inteligencia intrapersonal pueden entender por qué sienten o piensan tal o cual cosa. Aprender a monitorear los sentimientos para saber qué les sucede, y llegar a entenderse y tratarse con respeto y compasión, mientras deciden qué medidas tomar para lograr equilibrio y satisfacer sus necesidades. Proporciona mecanismos para evitar reacciones desmedidas, frente a lo que se le presenta. Asimismo, permite tener en sus manos el control de casi todas las situaciones, lo que redundará en un marcado bienestar emocional que llega a notarse también en el plano físico.

Los aspectos de la inteligencia intrapersonal, especificada por Meiler sirven de fundamento para considerar la templanza como virtud de los seres humanos, pues nos permite enfrentar eventualidades que la vida como expresión compleja, siempre nos depara. Cada acto y situación negativa pueden considerarse pruebas para ser prudentes y sobrios al actuar, ante los desafíos crecientes, y las circunstancias cada

vez más complejas. La sobriedad, la moderación, como características de la templanza nos ayudan a acumular la fuerza interior necesaria.

En cuanto a la autorreflexión como condición esencialmente humana Goleman, D. (1996: p. 36) la vincula con la inteligencia emocional en la que identifica algunas competencias:

Valoración adecuada de uno mismo: conocer las propias fortalezas y debilidades. *Confianza en uno mismo:* seguridad en la valoración que hacemos sobre nosotros mismos y sobre nuestras capacidades. *Autorregulación:* control de nuestros estados, impulsos y recursos internos. *Autocontrol:* capacidad de manejar adecuadamente las emociones y los impulsos conflictivos. *Integridad:* asumir la responsabilidad de nuestra actuación personal. *Adaptabilidad:* flexibilidad para afrontar los cambios. *Motivación:* las tendencias emocionales que guían o facilitan el logro de nuestros objetivos.

Con respecto a la persona que ha tenido un infarto de miocardio, el hecho de vivir esta *experiencia de vida* como *una amenaza a la existencia*, según las propias palabras de los informantes claves, quizás los influyó, desde el punto de vista emocional, físico, intelectual y les permitió darse cuenta del estilo de vida que llevaban, antes del evento coronario, lo cual puede ser de beneficio para enfrentar la vida con entusiasmo, y responsabilidad. Además, dicha experiencia les permitió una modificación en los estilos de vida, en cuanto a: enfrentar las emociones o situaciones de estrés de forma diferente, como textualmente lo refirieron, es decir a través de la autorregulación y autocontrol de su comportamiento, en un momento dado.

CAPÍTULO IX

APROXIMACIÓN TEÓRICA DEL CUIDAR DE SÍ PARA LA PERSONA QUE HA TENIDO LA VIVENCIA DE UN INFARTO DE MIOCARDIO

El capítulo es contentivo de la contribución teórica, derivada de los significados asignados por los informantes claves al fenómeno de estudio: **El Cuidar de Sí para la Persona que ha Tenido la Vivencia de un Infarto de Miocardio**. La presentación de la contribución teórica se hace de una forma integral, pues es la expresión de un abordaje constructivista, que especifica el carácter indivisible de sus contenidos, bajo una concepción de naturaleza ontológica, epistemológica y axiológica.

La persona que han tenido un infarto de miocardio, por su naturaleza única y compleja responden en forma integral ante las eventualidades que se le presentan en la vida. Por esta razón, la manifestación clínica lacerante, opresiva y súbita del dolor precordial desencadenó simultáneamente en ellos, un conjunto de sentimientos, emociones y creencias religiosas reflejados en desesperación, angustia, resignación, frustración, miedo, preocupación, obediencia, amenaza a la vida, fe lo que evidencia, una vez más, su integralidad como seres humanos.

La experiencia vivida del infarto miocárdico, expresada por los participantes del estudio, como una amenaza a su naturaleza humana o existencia, los favoreció para reconocer y valorar más la salud y les enfatizó la importancia de cuidar de sí, mediante el aprendizaje de acciones cuidadoras, diferentes a las usuales, para mejorar su calidad de vida. Este nuevo cuidar de sí, como fenómeno ontológico, les exigió cambios en el pensar, sentir y actuar; para cuidarse de una manera más comprensiva, afectiva y responsable.

El dolor intenso, fuerte e insoportable del infarto miocárdico, la vulnerabilidad y limitación de las personas para enfrentarlo; así como prevenir otra situación agobiante similar, hizo que su voluntad y el afecto hacia sí mismos, influyeran en su motivación, interés y decisión para cuidar de sí, mediante la modificación de comportamientos habituales, considerados nocivos para la salud.

Las categorías (epistemes) derivadas de los significados expresados por los participantes del estudio fueron: la cotidianidad, generadora de estrés, estilos de vida antes y después del infarto de miocardio, conservación de la existencia, acciones protectoras para la salud, valores personales (responsabilidad, autoestima y satisfacción), vida saludable y el cuidado recibido de sus allegados.

Los valores identificados en los significados emitidos por los informantes, fueron: la responsabilidad o compromiso psicológico para cuidar de sí, la autoestima o autovaloración de la persona que reconoce la importancia de su existencia, y la

satisfacción como respuesta de sentirse bien. Tales valores constituyen la esencia o significado profundo de su cuidar de sí y los orientó para adoptar conductas autocuidadoras saludables: buena alimentación, dormir bien, cumplir las indicaciones médicas, dejar de fumar, abstenerse de consumir alcohol, hacer ejercicios, asumir actitudes pertinentes para enfrentar el estrés.

El cuidar de sí tiene implícito el cuidado recibido de otros, lo cual quedó demostrado en los significados aportados por los informantes del estudio, quienes reconocieron la importancia del trato que desean recibir: cariño, respeto, solidaridad, tolerancia, protección, amor, tener el apoyo familiar. Estos atributos contribuyeron al acercamiento con otro ser humano para sentirse cuidado, mediante el establecimiento de interacciones significativas; pues la existencia humana sólo es posible en la relación de una persona con otra.

En síntesis, considero que el cuidar de sí representa todas las acciones que la persona, por sí misma o con la ayuda de otros, realiza para satisfacer sus necesidades biosociales y espirituales, desarrollar sus potencialidades, en la búsqueda permanente de alcanzar cierto grado de bienestar y salud. Sin embargo, cabe señalar que con frecuencia la persona realiza acciones muy poco cuidadoras, que pueden convertirse en factores de riesgo, trayendo como consecuencia negativa, la aparición de situaciones desequilibrantes en el estado de salud de la persona como es el caso del infarto de miocardio.

Por último, expreso que la contribución teórica del presente estudio, proporciona un aporte al conocimiento de la profesión de enfermería, válido para ser utilizado por su personal con el fin de gestionar nuevos modelos de cuidado a las personas que han tenido un infarto de miocardio, bajo una concepción de integralidad e individualidad, fundamentados en un enfoque cultural del cuidado y la inclusión del núcleo familiar.

1.-CONSIDERACIONES FINALES.

1.1.-Es una responsabilidad familiar y gubernamental, la educación como pilar fundamental para el modelaje de valores. Educar al niño, bajo esta visión, es ayudarlo a reflexionar sobre los aspectos de la vida desde los más insignificantes detalles hasta las situaciones más complejas. Ello contribuye a desarrollar en él la sensibilidad para valorar cada momento de la existencia, discernir y tomar decisiones, en cuanto a la adopción de acciones protectoras a la salud y a su vida, bajo un enfoque de integralidad; es decir, desde todas las dimensiones humanas: biológica, psicológica, espiritual y social, lo que sin duda lo ha de ayudar para actuar de manera consciente y responsable, en su diario vivir.

1.2.-Se enfatiza que la educación formal e informal, a todos los niveles (familia, escuela, trabajo, medios de comunicación, etc.) sigue siendo una alternativa viable para modificar comportamientos insanos de las personas. Considero como necesaria la posibilidad de iniciar la información pertinente, desde el

periodo preescolar en forma permanente, para ir moldeando conductas en los niños, con respecto a sus hábitos de vida vinculados a la promoción de la salud y su cuidado. Reconozco la complejidad de dicho proceso, pero puede intentarse a través de los organismos gubernamentales, señalar políticas y estrategias en sus programas sociales que involucren y responsabilicen a las comunidades para la organización y la operatividad de las escuelas de padres y representantes de las comunidades escolares, tendentes a ejecutar programas orientados a la adquisición de comportamientos protectores de la salud, con respecto a: la selección del tipo de alimentos, hábitos de preparación de los mismos; realización de actividad física y recreativa; control de salud, mediante exámenes de laboratorio que orienten sobre la presencia de las dislipidemias, entre otros. Dichos programas han de ser de cumplimiento obligatorio; así como su supervisión y evaluación.

1.3.- Establecer leyes tendentes a modificar la difusión informativa sobre las comidas insanas, dada que su influencia cultural es un poderoso atractivo en niños, adolescentes e incluso en adultos; así como legislar en lo referente a la comercialización de dichas comidas a los menores de edad.

1.4.- Realizar estudios a grupos familiares indistintamente de su condición socioeconómica, para detectar personas con factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular, e implementar correctivos en las mismas.

1.5.- Implementar políticas y programas que permitan realizar controles semestrales a personas postinfartadas, mediante exámenes de laboratorio con el fin de evidenciar su perfil lipídico y otras pruebas biológicas que dan orientación, acerca de cómo la persona postinfartada cuida su salud. Otros controles serian: el peso corporal, la ejecución de actividad física en escenarios equipados especialmente para la rehabilitación cardiaca, donde sea obligatoria la asistencia de dichas personas; igualmente establecer leyes e implementar programas de tratamiento para personas fumadoras.

1.6.- Crear áreas de investigación relacionadas con el cuidar de sí y el cuidar de otros

1.7.- Crear líneas de investigación relacionadas con: a.-El cuidado de enfermería en personas reinfartadas sometidas a revascularización miocárdica; b.-El cuidado del familiar a la persona postinfartada; c.-Valores presentes en el cuidar de sí de la persona que ha vivido la experiencia de un infarto de miocardio; d.-Sentimientos y emociones presentes en la persona que ha vivido la experiencia de un infarto de miocardio; e.-El cuidado a la familia de la persona postinfartada.

1.8.- Incorporar al currículo de las Escuelas de Enfermería en los dos primeros años, contenidos programáticos relacionados con el cuidar de sí y de otros,

de manera que el estudiante de enfermería se sensibilice durante su proceso de formación con los conceptos que involucran el cuidar de sí.

Las recomendaciones antecedentes son pertinentes cuando se concientia el valor de la salud y se decide establecer correctivos para modificar estilos de vida insanos. Tales correctivos contribuyen a mantener la salud y armonizar la relación de la persona (mente, cuerpo, y espíritu) con el cosmos.

BIBLIOGRAFÍA

Introducción:

BOFF, Leonardo (1999). **Saber Cuidar. Ética do Humano. Compaxaio pela Terra.** Petrópolis-Brasil. Editora Vozes.

LUDOJOSKI, Roque (1978). **Antropología o Educación del Hombre.** Mansilla-Argentina. Editorial Guadalupe.

Capítulo I: El Fenómeno de Estudio.

ALARCÓN de CARPAVIRE, Yolanda y D'SOUZA, María L. (2003). **Políticas de Salud y Enfermería en Venezuela en el Contexto del Cuidado Humano.** Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Doctorado en Enfermería Salud y Cuidado Humano. Valencia-Venezuela.

Anuario Estadístico del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2003). Disponible en: www.mpps.gob.ve.ms-direcciones_msds-Epidemiologia-Estadística-Anuario-Anuarios. Consultado: 15/07/2008.

(2004). Disponible en: www.mpps.gob.ve.ms-direcciones_msds-Epidemiologia-Estadística-Anuario-Anuarios. Consultado: 15/07/2008.

(2005). Disponible en: www.mpps.gob.ve.ms-direcciones_msds-Epidemiologia-Estadística-Anuario-Anuarios. Consultado: 15/07/2008.

(2006). Disponible en: www.mpps.gob.ve.ms-direcciones_msds-Epidemiologia-Estadística-Anuario-Anuarios. Consultado: 15/07/2008.

BRANDT B., Juan C. (1987). **Sociología General.** Caracas-Venezuela. Ediciones Eneva.

- CHACÍN, Gerardo A. (Diciembre 2004). **Suplemento Médico**. *Diario El Carabobeño*. Sección: Asunto del Corazón. N° 256. Pág.6. Naguanagua-Venezuela.
- COLINA BRACHO, LEÓN (Septiembre 2008). **Hay Relación entre Infartos y Diabetes**. *Diario Notitarde*. Sección: Opinión. N° 11.410. Pág. 5. Valencia-Venezuela.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Diciembre 30, 1999). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 36.860**. Caracas-Venezuela.
- Diario Últimas Noticias (2009). **Venezuela Aumentó su Índice de Obesidad**. Sección: Más Vida.
- FIGUEREDO, N y Otros (2005). **El Significado de Cuidar para Enfermeros Oncológicos**. Disponible: www.proceedings.scielo.br/scielo.php. Consultado: 8/12/2005.
- Grupo de Cuidado (1998) **Las Dimensiones del Cuidado**. Colombia. Editorial Contextos gráficos.
- LONG, Bárbara; PHIPPS, Wilma y CASSMEYER, Virginia (1999). **Enfermería Médico Quirúrgica**. España. Ediciones Harcourt. Tercera Edición. Tomo I.
- MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha (1999). **Modelos y Teorías en Enfermería**. Madrid-España. Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición.
- MARTÍN, Víctor (2000). **Ética, Retórica y Política en la Antropología Aristotélica**. Material Compilado. Universidad de Carabobo. Área de Estudio de Postgrado. Doctorado en Ciencias Médica. Valencia-Venezuela.
- MARTÍNEZ OCAÑA, Emma (2007). **Aprender la Sabiduría del Cuidado de Si Mismo**. *Revista Confer*. España. N° 179. Págs. 495-526.
- O'CONNOR, D. J. (1964). **Historia Crítica de la Filosofía Occidental I. La Filosofía en La Antigüedad**. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Registro de Ingresos de Pacientes a la Unidad de Cuidado Coronario (2004). Editado por la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia-Venezuela.

(2005). Editado por la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia-Venezuela.

(2006). Editado por la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia-Venezuela.

(2007). Editado por la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia-Venezuela.

(2008). Editado por la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia-Venezuela.

SÁNCHEZ, Beatriz (2000). **La Fenomenología: Un Método de Indagación para el Cuidado de Enfermería.** Bogotá-Colombia. Editorial Unibiblos.

SELLES, Juan F. (1998). **La Persona Humana. Introducción e Historia Antropología Filosófica.** Santa Fe de Bogotá-Colombia. Agora Editores Ltda. Parte I.

Capítulo II. Referencia Teórica Sobre el Fenómeno de Estudio.

ACOSTA de ROJAS, Isidra e HISAKO, Lúcia (2003). **Cuidar Su Vida.** Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Doctorado en Enfermería. Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Valencia-Venezuela.

ARAUJO, Rachel y MÁRQUEZ, Isaac (2007). **Comprender el Significado del Dolor Torácico por Isquemia en Pacientes Admitidos en la Sala de Emergencia.** *Revista de Enfermería: Medicina Avanzada.* Vol. 60. Nº 6. Brasil.

ARENDT, Hannah (1996). **La Condición Humana.** España. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Primera Reimpresión. Traductor: Ramón Gil Novales.

BARBERA, Fanny y VARÓN, Milagros (2005). **Una Perspectiva Ética y humana para Enfermería.** Valencia-Venezuela. Dirección de Medios y Publicaciones de la Universidad de Carabobo.

- BLACKMAN, H. J. (1979). **Seis Pensadores Existencialistas**. España. Oikos-Tau, S. A. Ediciones. Traductor: Ricardo Jordana.
- BOFF, Leonardo (1999). **Saber Cuidar. Ética do Humano. Compaxaio pela Terra**. Editora Vozes. Petrópolis-Brasil.
- BRANDT B., Juan C. (1987). **Sociología General**. Caracas-Venezuela. Ediciones Eneva.
- BRUNNER, Lilian y SUDDARTH, Doris (1999). **Enfermería Médico Quirúrgico**. México. Editorial Interamericana McGraw Hill. Volumen I.
- BUBER, Martín (1990). **¿Qué es el Hombre?**. Argentina. Editorial Fondo de Cultura Económica. Segunda Reimpresión. Traductor: Eugenio Imaz.
- CASTILLO VALERY, Alfredo (2006). **Bioética**. Venezuela. Editorial Disinlimed.
- CELY, Galindo G. (2004). **Ethos Vital y Dignidad Humana**. Bogotá-Colombia. Colección Bioética Pontificia Universidad Javeriana.
- COLLIERIE, Marie F. (1993). **Promover la Vida**. España. Editorial McGraw Hill Interamericana de España. Traductor: Loreto Rodríguez Méndez.
- Diccionario Enciclopédico Océano Uno. Color. (2004). Editorial Océano. Barcelona-España.
- ECHEVERRÍA, Rafael (1993). **El Búho de Minerva**. Chile. Ediciones Pedagógicas Chilenas, S.A.
- ESPARZA S., Enriqueta; ÁVILA A., Hermelinda; CÁRDENAS, V. y FÉLIX, Aurora (2006). **Significado del Cuidado para el Adulto con Diabetes Mellitus tipo 2**. Disponible: www.index-f.com/evidentia/n6/ Consultado: 10/03/2007.
- FOUCAULT, Michel (1991). **Tecnologías del Yo**. España. Ediciones Paidós. Segunda Edición. Traductora: Mercedes Allendesalazar.
- GUERRA de CASTILLO, Carmen A. y VÁSQUEZ, Marta L. (2003). **El Cuidado de Sí de la Embarazada Diabética, una Vía para Asegurar un Hijo Sano**. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud.

Doctorado en Enfermería. Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano.
Valencia-Venezuela.

HEIDEGGER Martín (1991). **El Ser y el Tiempo**. México. Fondo de Cultura Económica. Traductor: José Gao.

JASPERS, Karl (1974). **Filosofía de la Existencia**. Argentina. Ediciones Aguilar Argentina, S.A. Traductor: Luís Rodríguez Aranda.

KOZIER, Bárbara; ERB, Glenora; BERMAN, Audrey y Otros (2005). **Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica**. Madrid-España. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Séptima Edición.

LUCENA, Amalia y OLIVEIRA CROSSETTI, M. (2004). **Significado del Cuidar en una Unidad de Terapia Intensiva**. Disponible: www.seer.ufrgs.br/index.php/.../article/ Consultado: 18/02/2008.

MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha (1999). **Modelos y Teorías en Enfermería**. Madrid-España. Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición.

MARTÍNEZ, Mario E. (1999). **Teoría y Práctica Biocognitiva–Glosario**. Nashville-USA. Institute of Biocognitive Psychology.

MARTÍNEZ MIGUELEZ, Miguel (1997). **El Paradigma Emergente**. México. Editorial Trillas. Segunda Edición.

MARTÍNEZ OCAÑA, Emma (2007). **Aprender la Sabiduría del Cuidado de Si Mismo**. *Revista Confer*. España. Nº 179. Págs. 495-526.

MARULANDA, María Inés (Julio 2006). **Visión del Paciente como ser Integral por el Personal de Salud**. *Revista del Domingo. Diario Notitarde*. Sección: Novedad Médica. Año XV. Nº 820. Pág. 27.

MAYEROFF, Milton (1971). **A Arte de Servir Ao Próximo Para Servir a si Mesmo**. Brasil. Editorial Record. Traductora: Cristina Carvalho Boselli.

MORIN, Edgar (2001). **Los Siete Saberes Necesarios para la Educación del Futuro**. Colombia. Editorial Delfín Ltda.

- MORSE, Janice y Cols (Septiembre 1990). **Concepts of Caring and Caring as a Concept.** *Advances in Nursing Science*. EEUU. Vol. 3. N° 1. Págs. 1-7.
- O´CONNOR, D. J. (1964). **Historia Crítica de la Filosofía Occidental I. La Filosofía en La Antigüedad.** Buenos Aires. Editorial Paidós.
- RADÜNZ, Vera (1998). **Cuidando e se Cuidando.** Brasil. Editora Cultura e Qualidade.
- RUMBOLD, Graham (2000). **Ética En Enfermería.** México. Editorial McGraw Hill Interamericana. Tercera Edición.
- SARTRE, Jean Paul (1985). **El Existencialismo es un Humanismo.** Buenos Aires-Argentina. Ediciones del 80.
- SELLÉS, Juan F. (1998). **La Persona Humana. Introducción e Historia Antropología Filosófica.** Santa Fe de Bogotá-Colombia. Agora Editores Ltda. Parte I.
- SOLANO RUIZ, María y SILES GONZALEZ, José (2005). **Las Vivencias del Paciente Coronario en la Unidad de Cuidados Críticos.** *Index de Enfermería*. España. Año XIV. N° 51.
- STEPHEN, Robbins (1998). **Comportamiento Organizacional.** México. Editorial Pearson Educación. Octava Edición. Traductor: Alberto Santiago Fernández Molina.
- UFEMA, Joy (2000). **Análisis Ético sobre la Eutanasia.** *Revista Nursing*. Vol. 18. N° 4. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. Edición Española. España.
- URBINA, Secundino (2005). **Epistemología de la Salud.** Venezuela. Editado por el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP) “Dr. Arnoldo Gabaldón”.
- VICENS, Jesús (1995). **El Valor de la Salud. Una Reflexión Sociológica sobre la Calidad de Vida.** España. Siglo Veintiuno Editores. S.A.
- WALKER, J. y NEUMAN, B. (1996). **Nursing Models: Education, Research, Practice and Administration.** Nueva York. NLN Press.

WATSON, Jean (1996). **Teoría del Cuidado Transpersonal**. Nueva York. Traducido por: Jorge Gómez.

WINTERKORN, Luciana y OLIVEIRA CROSSETTI, María da Graça (2007). **La Espiritualidad en el Cuidado de Sí para Profesionales de Enfermería en Terapia Intensiva**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.16. N° 2. Ribeirão Preto Marzo/Abril 2008.

ZAMBRANO de GUERRERO, Amarilis y ROMÁN de CISNEROS, Gladys (2003). **El Cuidar de Sí como Valor en Enfermería**. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Doctorado en Enfermería. Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Valencia-Venezuela.

Capítulo III: Aproximación Metodológica del Estudio.

BRUNNER, Lilian y SUDDARTH, Doris (1999). **Enfermería Médico Quirúrgico**. México. Editorial Interamericana McGraw Hill. Volumen I.

BUBER Martín (1990). **¿Qué es el hombre?**. Argentina. Editorial Fondo de Cultura Económica. Segunda reimpresión. Traductor: Eugenio Imaz.

CRUZ, Manuel (2002). **Filosofía Contemporánea**. España. Editorial Santillana. Ediciones Generales.

DE SOUZA, María C. (1997). **El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud**. Buenos Aires-Argentina. Editorial, S.A. Traductor: Juan Francisco Barraza Martínez

DORSCH, Friedrich (1976). **Diccionario de Psicología**. Barcelona-España. Editorial Herder.

FERRATER MORA, José (2001). **Diccionario de Filosofía**. Barcelona-España. Editorial Ariel, S.A. Tomo I (A-D).

FRIEDDRICH, Dorsch (1976). **Diccionario de Filosofía**. España. Editorial Herder.

FORTÍN, Marie (1999). **El Proceso de Investigación: De la Concepción a la Realización**. México. McGraw Hill Interamericana Editores.

- GADAMER, Hans-Georg (1988). **Verdad y Método. Fundamentos de una Hermenéutica Filosófica.** España. Ediciones Sígueme. Tercera Edición. Traductores: Ana Aparicio y Rafael Agapito.
- GALEANO, María E. (2004). **Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa.** Colombia. Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- HEIDEGGER, Martín (1991). **El Ser y El Tiempo.** Argentina. Fondo de Cultura Económica. Tercera Reimpresión. Traductor: José Gaos.
- HUSSERL, Edmund (1969). **Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica.** México. Fondo de Cultura Económica.
- KOZIER, Bárbara; ERB, Glenora; BERMAN, Audrey y Otros (2005). **Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica.** Madrid-España. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Séptima Edición.
- LEAL, Jesús (2005). **La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación.** Venezuela. Centro Editorial Litorama.
- LLOR, Bartolomé; ABAD, María y Otros (1995). **Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud.** Madrid-España. Editorial Interamericana McGraw- Hill.
- MACEIRAS, Manuel y TREBOLLE, J. (1990). **La Hermenéutica Contemporánea.** Colombia. Editorial Cincel Kapelusz. Segunda Edición.
- MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha (1999). **Modelos y Teorías en Enfermería.** Madrid-España. Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición.
- MARTÍNEZ, Mario E. (1999). **Teoría y Práctica Biocognitiva-Glosario.** Nashville-USA. Institute of Biocognitive Psychology.
- MARTINEZ ECHEVERRI, Leonor y MARTINEZ ECHEVERRI, Hugo (1998). **Diccionario de Filosofía.** Colombia. Panamericana Editorial Ltda. Cuarta Edición.
- MARTÍNEZ M., Miguel (2006). **Ciencia y Arte de la Metodología Cualitativa.** México. Editorial Trillas. Segunda Edición.

MARTÍNEZ MIGUELES, M. (1999). **La Nueva Ciencia, su Desafía, Lógica y Método**. México. Editorial Trillas.

MERLAU-PONTY, Maurice (1997). **Fenomenología de la Percepción**. Barcelona-España. Ediciones Península. Cuarta Edición. Traductor: Jem Cabanes.

MUÑOZ, Jacobo y VELARDE de J. (2000). **Compendio de Epistemología**. España. Editorial Trotta.

POLIT, Dense y HUNGLER, Bernadette (2003). **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Sexta Edición.

RODRÍGUEZ, Gregorio; GIL, Javier y GARCÍA, Eduardo (1996). **Metodología de la Investigación Cualitativa**. España. Ediciones Aljibe.

RUSQUE, Ana (1999). **De la Diversidad a la Unidad en la Investigación Cualitativa**. Venezuela. Vadell Hermanos Editores. Ediciones FACES- UCV.

SÁNCHEZ, Beatriz (2000). **La Fenomenología: Un Método de Indagación para el Cuidado de Enfermería**. Bogotá-Colombia. Editorial Unibiblos.

STRENBERT, Helen y RINALDI, Dona (1995). **Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative**. Philadelphia. Lippincott Company.

TAYLOR, Steve y BOGDAN, Robert (1990). **Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación**. Argentina. Editorial Paidós Studio.

ZAMBRANO de GUERRERO, Amarilis y ROMÁN de CISNEROS, Gladys (2003). **El Cuidar de Sí como Valor en Enfermería**. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Doctorado en Enfermería. Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Valencia-Venezuela.

Capítulo V: Búsqueda de las Múltiples Perspectivas Sobre el Fenómeno de Estudio.

GALLEGOS NAVA, Ramón (1999). **Educación Holista. Pedagogía del Amor Universal**. México. Editorial Pax México.

URBINA, Secundino (2005). **Epistemología de la Salud**. Venezuela. Editado por el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP) “Dr. Arnoldo Gabaldón”.

Capítulo VI: Fenomenología de las Esencias y de las Estructuras.

GALEANO, María E. (2004). **Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa**. Colombia. Fondo Editorial Universidad EAFIT.

LEAL, Jesús (2005). **La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación**. Venezuela. Centro Editorial Litorama.

MARTÍNEZ MIGUELEZ, Miguel (2008). **Evaluación Cualitativa de Programas**. México. Editorial Trillas, S.A.

PÉREZ SERRANO, G. (1998). **Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes**. Disponible: www.scielo.org.co/ Consultado: 17/06/2009.

RODRÍGUEZ, Gregorio; GIL, Javier y GARCÍA, Eduardo (1996). **Metodología de la Investigación Cualitativa**. España. Ediciones Aljibe.

Capítulo VII: Constitución de los Significados del Fenómeno de Estudio.

ALCÁZAR, José (2001). **Inteligencia Emocional**. Disponible: <http://inteligenciasmultiples.idoneos.com/> Consultado: 29/05/2009.

ALONSO, Francisco (2001). **Vivir en Plenitud. Una Guía Psicológica y Cristiana para Vencer el Estrés y Acercarnos a Dios**. Disponible: <http://www.iglesiaortodoxagalicia.blogspot.com> Consultado: 20/05/2009.

BANDURA, A. (1986). **Teoría del Aprendizaje Social**. Madrid-España. Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Albert_Bandura. Consultado: 29/05/2009.

BERASTEGI, Jon (2007). **Inteligencia Emocional. Emociones vs Sentimientos**. Disponible: www.igooh.com/notas/inteligencia-interpersonal-e-inteligencia-intrapersonal. Consultado: 17/06/2009.

BRANDEN, Nathaniel (1993). **El Respeto Hacia uno Mismo**. España. Ediciones Paidós. Segunda Edición.

- CASTILLO VALERY, Alfredo (2006). **Bioética**. Venezuela. Editorial Disinlimed.
- COLLIERE, M. (1993). **Promover la Vida**. España. Editorial McGraw Hill Interamericana de España. Traductor: Loreto Rodríguez Méndez.
- COMTE SPONVILLE, A. (1996). **Pequeño Tratado de las Grandes Virtudes**. España. Editorial Espasa Calpe, S.A.
- CONTRAMAESTRE, Ana (Marzo 2008). **El Valor y el Antivalor**. *Revista del Domingo. Diario Notitarde*. Sección: Bienestar. Año XVII. N° 907. Valencia-Venezuela.
- D´ANELLO, Silvana y Otros (2006). **Aportes a la Psicología Social de la Salud**. Mérida-Venezuela. Editorial Venezolana, C.A.
- Diccionario Enciclopédico Océano Uno. Color. (2004). Editorial Océano. Barcelona-España.
- EHRENZWEIG, Yamilet (2007). **Modelos de Cognición Social y Adherencia Terapéutica en Pacientes con Cáncer**. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. Disponible: www.urosario.edu.co/medicina/ Consultado: 15/02/2009.
- FERRATER MORA, José (2001). **Diccionario de Filosofía**. Barcelona-España. Editorial Ariel, S.A. Tomo I (A-D).
- _____ (2001). **Diccionario de Filosofía**. Barcelona-España. Editorial Ariel, S.A. Tomo IV (Q-Z).
- GARRO, Pamela (2009). **Autoconocimiento: Autoconcepto**. Disponible: pamepagr.blogspot.com/2009. Consultado: 25/08/2009.
- GOLEMAN, Daniel (1999). **La Inteligencia Emocional**. Argentina. Editorial Vergara Editor, S.A.
- HUSSERL, Edmund (1969). **Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica**. México. Fondo de Cultura Económica.
- IZQUIERDO, C. (1998). **El Mundo de los Valores**. Venezuela. Editorial Torino.

- KOZIER, Bárbara; ERB, Glenora; BERMAN, Audrey y Otros (2005). **Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica.** Madrid-España. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Séptima Edición.
- LATOUCHE, Fernando (Mayo 2008). **Mundo Emocional.** *Revista Dominical. Diario Notitarde.* Sección: Reflexiones. Año XVII. N° 917. Mayo 2008.
- LAZARUS, Richard S. y LAZARUS, Bernice N. (2000). **Pasión y Razón. La Comprensión de Nuestras Emociones.** Barcelona-España. Editorial Paidós.
- LEDDY, Susan y PEPPER, J. Mae (1989). **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional.** Filadelfia. Editado por la Organización Panamericana de la Salud. J.B. Lippincott Company.
- LEININGER, M. (1991). **Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing.** New York. National League for Nursing Press.
- LLAMAS, Miguel A. (2007). **La Templanza. Virtudes y Valores.** Disponible: www.es.catholic.net. Consultado: 15/06/2009.
- LOSADA, A.; KNIGHTB, B. y MÁRQUEZ, M. (2003). **Barreras Cognitivas para el Cuidado de Personas Mayores Dependientes. Influencia de las Variables Socioculturales.** *Revista Española de Geriatría y Gerontología.* Vol. 38 N° 2. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid-España.
- MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha (1999). **Modelos y Teorías en Enfermería.** Madrid-España. Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición.
- MARTÍNEZ MIGUELEZ, Miguel (1997). **El Paradigma Emergente.** México. Editorial Trillas. Segunda Edición.
- MOLEIRO, M. (2001). **Relatos para Educar en Valores.** Caracas-Venezuela. Editorial San Pablo.
- NETTINA, Sandra (1999). **Enfermería Práctica.** México. Editorial McGraw Hill Interamericana. Sexta Edición. Vol. I.

PARDOS, Antonio (2009). **Cardiopsicología. Estudio Biosicosocial de la Enfermedad Cardíaca. Libro Electrónico.** España. Editorial PSICOM Editores.

RAMOS, María Guadalupe (2000). **Para Educar en Valores. Teoría y Práctica.** Valencia-Venezuela. Editorial El Viaje del Pez.

URBINA, Secundino (2005). **Epistemología de la Salud.** Venezuela. Editado por el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP) "Dr. Arnoldo Gabaldón".

VARGAS, Ruby; ORDÓÑEZ, Edith y Otros (2007). **Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los Pacientes Postinfarto de Miocardio.** *Revista Ciencia y Cuidado.* Disponible: dialnet.unirioja.es/servlet Consultado: 15/08/2009.

VITALI, Andrea (2001). **La Templanza.** Disponible: homepage.mac.com/eeskenazi/vitali14.htm Consultado: 20/06/2009.

Capítulo VIII: Fenomenología Hermenéutica.

ÁLVAREZ, Alejandro (2004) **El Ser y la Vida. Un Estudio de la Emoción.** Disponible en: www.redcientifica.com. Consultado el: 24/03/2008.

BANDURA, A.(1982). **Teoría del Aprendizaje Social.** Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Albert_Bandura. Consultado: 29/05/2008.

FOUCAULT, M. (2002). **La Hermenéutica del Sujeto (H.S.).** México. Fondo de Cultura Económica.

GOLEMAN, Daniel (1999). **La Inteligencia Emocional.** Argentina. Editorial Vergara Editor, S.A.

MEILER, Merlina (2007). **Inteligencia Interpersonal e Inteligencia Intrapersonal.** Disponible: www.igooh.com/notas/inteligencia-interpersonal-e-inteligencia-intrapersonal/ Consultado: 26/05/2009.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- ALONSO, Francisco (2006). **Vivir en Plenitud. Una Guía Psicológica y Cristiana para Vencer el Estrés y Acercarnos a Dios.** Disponible: www.iglesiaortodoxagalicia.blogspot.com. Consultado: 06/2009.
- BARRIOS, Henry (1999). **Estilos de Vida, Salud y Enfermedad.** Venezuela. Editado por la Universidad de Los Andes.
- BENACH, Joan y MUNTANER, Carles (2005). **Aprender a Mirar la Salud.** Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP) “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Valencia-Venezuela.
- BOFF, Leonardo (1999). **Saber Cuidar. Ética do Humano. Compaxaio pela Terra.** Editora Vozes. Petrópolis-Brasil.
- BONILLA, Elssy y RODRÍGUEZ, Penélope (1997). **Más Allá del Dilema de los Métodos. La Investigación en Ciencias Sociales.** Colombia. Grupo Editorial Norma. Segunda Edición.
- CELY, Galindo G. (2004). **Ethos Vital y Dignidad Humana.** Bogotá-Colombia. Colección Bioética Pontificia Universidad Javeriana.
- GALLEGOS NAVA, Ramón (1999). **Educación Holista. Pedagogía del Amor Universal.** México. Editorial Pax México.
- LONG, Bárbara; PHIPPS, Vilma y CASSMEYER, Virginia (1999). **Enfermería Médico Quirúrgica.** España. Ediciones Harcourt. Tercera Edición. Tomo I.
- MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha (1999). **Modelos y Teorías en Enfermería.** Madrid-España. Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición.
- SALAS, Alison (Marzo 2006). **La Belleza Nace de Adentro.** *Revista del Domingo. Diario Notitarde.* Sección: Psicología. Año XV. N° 830.

URBINA, Secundino (2005). **Epistemología de la Salud**. Venezuela. Editado por el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP) “Dr. Arnoldo Gabaldón”.

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ titular de la cedula de identidad N° _____ mayor de edad, expreso a través de este medio mi voluntad de participar libremente en el estudio titulado: **El Cuidar de Si para la Persona con Infarto de Miocardio** llevado a cabo por la licenciada: **Berta Guevara Rumbos** titular de la cedula de identidad número: 7.058.767 como requisito exigido en el Doctorado de Enfermería de la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Expreso que se me ha informado las características de la investigación, su propósito, riesgo y beneficios; y voluntariamente me ofrezco aportar la información necesaria a través de entrevistas grabadas y escritas las veces que sean necesarias hasta finalizar la presente investigación, reservándome el derecho de omitir la información íntima que yo considere necesaria.

Asimismo, expreso la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento de la entrevista y que se me ofrecerán respuestas a las interrogantes que me puedan surgir durante la misma. Manifiesto voluntariamente mi consentimiento que en caso de ser necesario se me entreviste en mi hogar o en cualquier lugar donde yo elija donde me sienta cómodo y seguro.

Expreso igualmente que si deseo la presencia de un familiar o amigo durante la entrevista el investigador será receptivo ante esta petición, comprometiéndome a mantener la seriedad y respeto durante la misma; de igual manera expreso mi acuerdo, que el investigador puede estar acompañado por otra persona sólo con fines de ayuda en la realización de la entrevista.

Manifiesto voluntariamente que el investigador puede ponerse en contacto con mi persona en el futuro para obtener más información que ayude a culminar esta investigación, así como también para ofrecerme los resultados obtenidos del estudio. Solicito que la información que yo proporcione sólo será conocida por la investigadora, su tutora y los asesores que estén relacionados con este estudio; y que esta información sea eliminada una vez obtenidos los resultados de la investigación.

Voluntariamente ofrezco mi dirección de domicilio, teléfono para ser ubicado (a) por la investigadora en un momento determinado siempre y cuando no exista algún impedimento personal que haga imposible el encuentro con la investigadora.

En Valencia, a los _____ días del mes _____ del año 2007

Informante:

Investigadora:
MgSc. Berta Guevara