

## FENOMENOLOGÍA

*Significados atribuido al evento coronario agudo desde la perspectiva familiar*

*Meanings attributed to the acute coronary event from the family perspective*

*Significados atribuídos à síndrome coronária aguda na perspectiva da família*

*Diana Marcela Rengifo Arias<sup>1</sup> & Luz Lahiri Cortes Gálvez<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Magister en enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular. Universidad del Valle. Orcid: 0000-0002-3956-1505. Correo electrónico: [Diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co](mailto:Diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co)

<sup>2</sup>Magister en administración de negocios. Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt Orcid:0000-0003-3404-9745. Correo electrónico: [lcortes@cue.edu.co](mailto:lcortes@cue.edu.co)

Correspondencia: Calle 4 Norte # 13- 05. Armenia, Quindío- Colombia.

Correo electrónico de contacto: [Diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co](mailto:Diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co)

Cómo citar este artículo: Rengifo-Arias, D.M., & Cortés – Gálvez, LL (2021). La Muerte y el Duelo en Niños. Cuánto nos aporta la Lengua Portuguesa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.03>

*Recibido:21/12/2020 Aceptado: 21/12/2020*



## RESUMEN

El incremento de las enfermedades cardiovasculares (ECV), representa una carga asistencial y económica, relacionada con la mortalidad, la morbilidad y sus secuelas, impactando la experiencia de vida de quien desarrolla el evento y de su familia. Objetivo: comprender el significado

atribuido al evento coronario agudo desde la perspectiva familiar en un grupo de personas residentes en el departamento del Quindío- Colombia; para resignificar conductas que pueden constituirse en riesgos para la salud del sistema familiar que comparte experiencias de vida, en pro de mejorar la calidad de vida y el bienestar

integral de las personas. Metodología: estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico; los sujetos fueron identificados mediante informantes claves, la información se recolecto por medio de entrevistas a profundidad. Resultados: el análisis temático interpretativo permitió identificar tres categorías: interpretación del evento, atención en salud y necesidades de cuidado. Conclusión: resulta importante reflexionar sobre el cuidado de enfermería como un proceso de interacción genuina entre el cuidador profesional y los sujetos de cuidado, en este caso la familia, para propender por el bienestar y la salud integral del sistema familiar durante la hospitalización y la recuperación de la persona con ECA.

**Palabras clave:** Atención en enfermería; Familia; acontecimientos que cambian vidas; hospitalización; infarto del miocardio.

#### ABSTRACT

The increase of cardiovascular diseases (CVD), represents a burden of care and economic, related to mortality, morbidity and its aftermath, impacting the life experience of who develops the event and his family. Objective: To understand the meaning attributed to the acute coronary event from the family perspective in a group of people residing in the department of Quindío, Colombia; to redefine behaviors that may constitute risks to the health of the family system that shares life experiences, to improve the quality of life and the integral well-being of the people. Methodology: qualitative study, with phenomenological approach; the subjects were identified by key informants, the information was collected through in-depth interviews. Results: The interpretive thematic analysis identified three distinct categories: interpretation of the event, health care and care needs. Conclusion: It is important to reflect on the care of nursing as a genuine

process of interaction between the professional caregiver and the subjects of care, in this case the family, for ensuring the well-being and wholeness of the family system during hospitalization and recovery of the person with ECA.

**Keywords:** Nursing care; family; life change events; hospitalization; myocardial infarction.

#### RESUMO:

O incremento das doenças cardiovasculares (DCV) representa uma carga assistencial e econômica, relacionada com a mortalidade e suas consequências, impactando na experiência de vida de quem a padece e sua família. Objetivo: compreender o significado atribuído ao evento coronariano agudo na perspectiva da família em um grupo de pessoas residentes no departamento de Quindío-Colômbia; ressignificar condutas que podem constituir-se em riscos para a saúde do sistema familiar que comparte experiências de vida, em pro de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar integral das pessoas. Metodologia: estudo qualitativo com enfoque fenomenológico; os sujeitos foram identificados mediante informantes chaves, a informação foi coletada por meio de entrevista em profundidade. Resultados: a análise temática interpretativa permitiu identificar três categorias: interpretação da síndrome; atenção em saúde e; necessidades de cuidado. Conclusão: é importante refletir sobre o cuidado de enfermagem como um processo de interação genuína entre o cuidador profissional e os sujeitos de cuidado, neste caso, a família, para propender pelo bem-estar e a saúde integral do sistema familiar durante a internação e recuperação da pessoa com SCA.

**Palavras chave:** Atenção de enfermagem; família; acontecimentos que mudam vidas; internação; infarto do miocárdio.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria aguda (ECA) es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2017), para Colombia el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) la reporta como la principal causa de muerte en personas mayores de 45 años (Defunciones no fetales 2015, s. f.) y se relaciona en gran medida con la presencia de factores de riesgo ampliamente conocidos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La ECA impacta diferentes dimensiones de la experiencia humana (física, psicológica y social) y repercute negativamente sobre la percepción de la calidad de vida y de la salud, limitando en general el desarrollo de diferentes actividades (Espitia Cruz & F, 2011; Mallol Simmonds, 2017; Oliveira et al., 2016; Rondanelli & Rondanelli, 2014; Sancho Cantus, 2016; Santiago de Castro, 2016), en la dimensión física, se reporta sensación de cansancio, que compromete la tolerancia a la actividad limitando la posibilidad de desarrollar actividades básicas como caminar, vestirse o realizar tareas domésticas, sin olvidar el impacto sobre el patrón sexual (Achury Beltrán, 2019); también se reportan repercusiones de tipo emocional que comprometen la percepción de la autoimagen, el desempeño, la independencia social y laboral, igualmente estas personas presentan dos veces más riesgo de sufrir un episodio depresivo, de ansiedad y temor ante un nuevo evento coronario (Mallol Simmonds, 2017). Estas repercusiones, dificultan las interacciones sociales con el núcleo familiar, los amigos o el grupo social, favoreciendo conductas de aislamiento que a su vez incrementan el estrés y los sentimientos de impotencia (Achury Beltrán, 2015); razón por la cual,

las personas que experimentaron un ECA presentan necesidad de fortalecer la espiritualidad y aclarar sus dudas sobre: la enfermedad, la forma de enfrentarse a su nuevo estado de salud, las situaciones de confusión mental, la desorientación asociada al cuadro y las nuevas experiencias que lo acompañan (Ponte et al., 2012).

En cuanto al impacto familiar, el ECA genera incertidumbre al verse abocados a un cuadro abrupto que requiere de intervenciones inmediatas e intensivas en unidades especializadas, desencadenando en las familias necesidades de información, apoyo emocional, seguridad y empatía (Bautista Rodríguez et al., 2016), además de requerir soporte para la transformación de conductas familiares que constituyen factores de riesgo para el superviviente (Bautista Rodríguez et al., 2016; Garcia et al., 2016); desde la concepción de la familia como un sistema, en donde sus miembros se encuentra en interacción y afectación mutua, resulta comprensible que el desarrollo de un ECA y su subsecuente hospitalización impacte de forma directa a los miembros familiares, generando transformaciones en su dinámica individual y colectiva, que conlleven al desarrollo de crisis familiares y una posible disfuncionalidad familiar (Bautista Rodríguez et al., 2016; Passos & Pereira, 2015).

Durante la atención en salud, poco se abordan las necesidades que se experimentan fuera de la esfera biológica, desconociendo el impacto que dicha experiencia puede generar en otras dimensiones de la existencia humana, incluido el entorno familiar que comparte este acontecimiento vital, lo cual resulta paradójico, puesto que muchas de las teorías que orientan el ejercicio del profesional de enfermería reconocen la necesidad de comprender los significados, experiencias, sentimientos y actitudes de las personas a quienes se cuida (individuo y familia), para proponer cuidados coherentes con las

realidades particulares que resignifiquen, de forma positiva, la experiencia de salud en pro del restablecimiento del bienestar.

Razón por la cual, este trabajo pretende comprender el significado atribuido al evento coronario agudo desde la perspectiva familiar en un grupo de personas residentes en el departamento del Quindío-Colombia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, con una muestra hasta la saturación de los datos y muestreo por conveniencia en bola de nieve mediante informantes claves (Hernández Sampieri, 2010), la población estuvo conformada por informantes familiares mayores de 18 años de edad, que acompañaron el proceso de atención en salud a su familiar durante el episodio de enfermedad coronaria aguda en el municipio de Armenia- Quindío. Dentro de las limitaciones experimentadas para la investigación se identificó la consecución de la muestra, razón por la cual se debió acudir a informantes claves comunitarios que sirvieron de enlace con los informantes familiares.

Para la recolección de la información se realizaron entrevista a profundidad, durante el año 2019, con preguntas orientadoras, circunscritas en los fenómenos que se requieren indagar para comprender el significado atribuido al evento coronario agudo desde la perspectiva familiar, a saber: interpretación del evento, acciones terapéuticas desarrolladas durante la atención en salud. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para realizar análisis temático mediante el programa ATLAS.ti; se planteó identificar las necesidades de cuidado experimentadas durante la atención del evento desde lo expuesto por Alfaro-LeFevre como necesidades a atender por

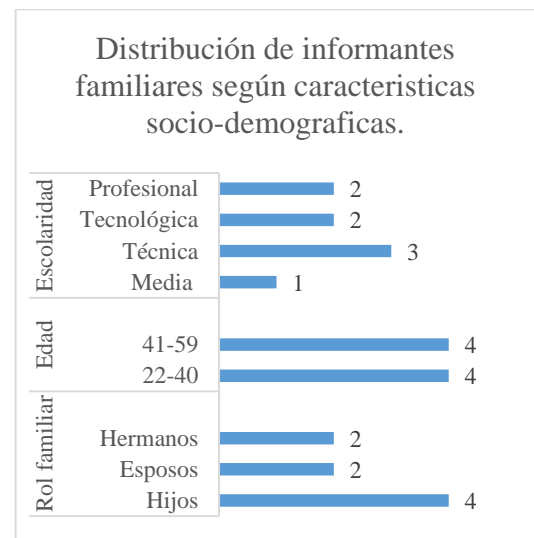
enfermería durante el proceso de cuidado (Alfaro- LeFevre, 2014) .

El estudio fue presentado en el Comité de Biótica de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt y aprobado mediante acta número 03-11- 2018; durante su realización, se tomaron las medidas necesarias para garantizar la autonomía, la beneficencia y no maleficencia sobre los participantes de la investigación, además de garantizar su anonimato en el manejo de la información, aspectos de los cuales fueron informados anticipadamente durante el proceso de consentimiento informado.

## RESULTADOS

En total se entrevistaron ocho informantes familiares, en su mayoría hijos, mujeres y en edades comprendidas entre los 22 a los 56 años, todos con escolaridad media académica y en la mitad de los casos, además, formación superior (Figura 1); sobre los personas que desarrollaron el evento coronario agudo, vale la pena resaltar que en su mayoría fueron hombres (5 casos) todos con edades superiores a los 50 años.

Figura 1. Caracterización sociodemo-gráfica de las/os participantes. Quindío- 2019



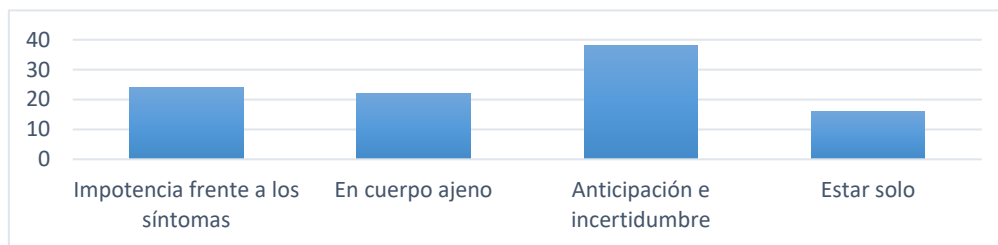
Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Frecuencias unidades de análisis según categoría

Categoría	Cuenta	% Códigos	Casos	% Casos	Numero de Palabras	% palabras
Interpretación del evento	53	54,60%	8	100,00%	4273	54,20%
Atención en salud	24	24,70%	8	100,00%	996	12,60%
Necesidades de cuidado	20	20,60%	8	100,00%	1350	17,10%

Fuente: elaboración propia

Figura 2. Distribución de los códigos en la categoría Interpretación del evento



Fuente: elaboración propia.

Los resultados surgieron del análisis temático de las entrevistas, se establecieron unidades de análisis y frecuencia inicial de códigos para las tres categorías resultantes (Tabla 1), vale la pena aclarar que aunque metodológicamente se pretendía identificar las necesidades de cuidado posterior al análisis interpretativo, los informantes expresaron situaciones concretas que se constituyen como necesidades humanas durante la experiencia de acompañar a su familiar; posterior al análisis temático interpretativo, se establecieron subcategorías.

Al explicar o declarar el sentido de la experiencia de acompañar a su familiar

durante el evento coronario agudo, se identificó cuatro subcategorías (Figura 2):

- Impotencia frente a los síntomas que se presentan durante evento, lo cual se acompaña de desconocimiento sobre lo que realmente está ocurriendo y sobre cómo actuar para resolver dicha situación, impulsando a realizar acciones desde los conocimientos populares:

7:16 (3234:3533) Impotencia de poder, de no saber qué hacer, pero desafortunada o afortunadamente tomamos la decisión de la pastica y de arrancar con ella; uno se siente inútil, hay mucha angustia de no poder hacer nada. 6:22 (9285:9580) Yo lo veía tirado en esa colchoneta, era mejor acostarse en la tabla sola, y él se quejaba, no se podía mover, el dolor no lo

dejaba y yo ahí, sin saber que hacer. 4:5 (702:920) Yo le decía que tosiera, porque había visto en un vídeo que eso podía servir, mi nieta le decía que levantara el brazo que le dolía.

- En cuerpo ajeno, se proyecta los sentimientos, sensaciones y emociones relacionadas con el evento coronario y la hospitalización; lo cual compromete el bienestar integral de la familia y del cuidador familiar durante el evento:

1:1 (0:329) Yo creo que es la primera vez en mi vida que me sentí tan asustada, en ese momento mi papá tenía mucho dolor ... es algo que traumatiza totalmente, recuerdo que yo temblaba de los nervios, lloraba y sentía que me faltaba la respiración. 2:2 (189:361) Fue un momento muy duro, no sabíamos que hacer; la verdad esos momentos son indescriptibles, hay una tormenta de emociones, uno solo siente confusión, cuesta dormir, comer, hasta respirar resulta confuso. 6:17 (7082:8013) En casa el perrito empezó a llorar y yo me senté a llorar con él, en la calle, a las 11 de la noche, porque yo sentí que el perrito lo extrañaba, yo también lo extrañaba, no podía descansar, siempre mi mente estuvo con él (en el hospital). 5:24 (6763:7247) Nosotros tenemos 3 hijos, hombres, ellos quieren mucho al papá, entonces yo les digo: al papá le dio un infarto pero lo están tratando, y dicen: ¿un infarto y mi papa está bien?; no sí, él papa está bien y va a estar bien; entonces por eso le digo, al de la mitad le dio más duro, se puso a llorar, entonces es el dolor de él, el mío y el del niño, no queda mas que disimular, que no vieran como estaba yo de mal, porque, yo tenía que disimular para que ellos estuvieran bien.

- Anticipación e incertidumbre ante la situación de su familiar, las expectativas del tratamiento y la proyección de una vida sin su ser

querido, ante los sentimientos que esto generaba y la convicción de requerir ser fuertes, mostrarse tranquilos por el bien de la persona hospitalizada y del resto de familiares: 7:17 (3624:3902) La angustia sigue, sigue por igual, ella está todavía en el proceso de saber que le va a pasar en el transcurso de la noche, siempre uno queda con la angustia, ya la atendieron y de pronto hay una calma, pero sigue la angustia de saber que va a pasar más adelante con ella. 8:27 (10937:11194) A veces me sentaba a fuera de urgencias y me ponía a pensar que iba hacer, pero nunca lo hacia delante de él, él me decía: ¿y como van las cosas? y yo, bien, deme tiempo que ya lo estoy solucionando y me salía y pensaba, por ahí lagrimeaba y bueno volvía, entraba. 5:14 (3588:3770) Mantenía muy triste, pues él decía: como que ya no voy a tener papá, entonces yo le decía no papi, no, es que le van hacer una cantidad de exámenes, pero ya mañana capaz le dan salida. 6:19 (8386:8734) No me quería quedar sola; esta casa sola no era para mí y pensé muchas veces que no sabía que iba hacer sin él, porque si acá se cae una puntilla él la pega, si acá algo se daña él lo arregla, él me lleva y me trae del trabajo; para mí la soledad iba hacer muy difícil, de hecho me preocupaba esa soledad.

- Estar solo, no solo por la separación abrupta que genera la hospitalización, sino porque los encuentros para comunicarse con su familiar son breves, limitados por la estructura organizativa de la institución y el temor de preocupar a la persona enferma y al resto de familia: 1:21 (7666:7909) Ellos



están en una parte totalmente ajena a la que uno está, uno está en una sala de espera, pensando sobre como estará, preguntándose: esta bien o no? y nadie sale a decir nada; ninguno se interesa porque uno este tranquilo, simplemente nada. 2:9 (1352:1716) Entrabamos de uno en uno a mirar cómo estaba. Era pararnos al lado y mirarla ahí dormida y la otra gente también mal, mientras cada uno entraba a la visita estábamos solos, claro... en el centro la estación de las enfermeras y desde ahí miraban, revisaban que hacíamos. 3:15 (4090:4244) Ya por la tarde subimos, pero a mis hermanos no los dejaban entrar, entonces empecé hablar con el uno, con el otro, para que les permitieran entrar a saludar, pero nada, las mismas respuestas, las mismas caras a nadie le interesaba, al final nada para hacer.

Comprendiendo la salud como un estado dinámico de bienestar multidimensional (físico, emocional, espiritual y social) (Valenzuela Contreras, 2016) resultado de la interacción reciproca entre el ser humano y su entorno se concibe la atención en salud como una serie de procesos en los cuales se responde a las interpretaciones individuales que se asignan a la experiencia humana en contextos cambiantes, situación que excede la perspectiva biologicista, imperante en la concepción biomédica que se centra en la enfermedad; perspectiva desde la cual se identificó durante el análisis temático interpretativo la categoría denominada Buena atención versus expectativas sobre el cuidado de la salud, que da como resultado la sobrevida de la persona que experimentó el evento coronario agudo, mediante el desarrollo de actividades procedimentales como la realización de ayudas diagnosticas, la administración de medicamentos, la

ejecución de procedimientos terapéuticos específicos para el manejo del cuadro clínico utilizando técnicas de reperfusión coronaria percutánea o mediante agentes fibrinolíticos y la monitorización para vigilancia constante de signos vitales: 1:11 (2909:3497) Llegan 3 doctoras, llegan las auxiliares, lo monitorizan, le toman todos los signos vitales, le canalizan una vena, le ponen líquidos, le toman laboratorios; mientras tanto los médicos gestionan y llaman a cuidados intensivos. 3:6 (409:516) Todos pendientes del monitor, le preguntaron de los medicamentos que se estaba tomando lo confirmaron conmigo y empiezan a darle medicamentos. 4:10 (2396:2623) Esperaron un tiempito para tomarle las enzimas cardiacas, pero inmediatamente le iniciaron el manejo del infarto, le dieron anticoagulantes, creo que le aplicaron para el dolor. Sin embargo, durante la experiencia de tener un familiar hospitalizado por un evento coronario agudo, los familiares en medio de la incertidumbre, el desconocimiento y la anticipación se cuestionan sobre las formas en las que se desarrolla la atención en salud: 2:11 (2569:3474) La verdad no sé qué hacia el personal durante la hospitalización, porque pues pueden estar haciendo muchas cosas, yo los veía haciendo los procedimientos básicos rutinarios, pasaban en la revista a unas horas especificas, los veía midiendo los aparaticos con los líquidos, más allá de eso no entendía nada; uno quiere obviamente que se le ponga más atención al usuario, como si estuviera ahí, porque aunque dijeran que el diagnostico de ella era algo normal, para nosotros no lo era, por eso debería haber más atención y más disposición en la calidad del servicio por parte de los enfermeros y doctores. 7:12 (1977:2185) Ella amaneció en un asiento, porque no había camillas, no había cama, no había nada, mi sobrina se quedó con ella en un asiento, hay amanecieron hasta el otro día que le iban a hacer el procedimiento, como iba a estar tranquila ahí, en una camilla!. 3:30

(8028:8571) ¿Por qué no había alguien que nos explicara, o a quien nosotros le pudiéramos decir que necesitábamos?, creo que se hubiera podido sacar un poquito de tiempo para hablarnos, unos minutos, eso no es mucho, no va retrasar tanto.

Y desde esta realidad, en cuanto pudieron asumieron el desarrollo de algunas actividades para el cuidado de su familiar: 5:9 (2878:2978) Me dijo: tráigame algo para vomitar, le avise a la doctora y me dijo: vea, ahí hay unos patos sáquelos. 6:33 (14762:14905) En la Uci, él no se dejaba bañar de ellas (personal), él no se dejaba tocar de ellas, yo llegaba y hacia lo que más podía. En este contexto emergieron personas que resignificaron los momentos que se experimentan durante la hospitalización: 8:4 (1107:2267) Nos abrió la puerta el celador, le dijo que entrara mientras me indicaba a mi que diera los datos, cuando me vio nuevamente me dijo camine y lo espera allí; muy formal el señor siempre estuvo pendiente de nosotros, iba, averiguaba, venía y me contaba, eso de verdad que me aliviaba en algo. 6:10 (2895:3761) Mi grupo de trabajo es una cosa que nadie se puede imaginar, ellos son humanos y todo el tiempo me llamaban, estuvieron pendientes, cubrieron mis turnos y nunca me cobraron, nunca me descontaron nada, mi jefe una mujer maravillosa, que me apoyo demasiado. 2:1 (0:187) Mi jefe me permitía salir un poquito antes para poder verla más tiempo, a medio día y por la tarde y eso me permitía estar mas tranquilo.

Se identificó como necesidades de cuidado, relacionadas con la experiencia de acompañar durante la hospitalización a un familiar con evento coronario agudo, la comunicación- educación, apoyo psico-emocional, soporte económico y sanitario efectivo: 7:21 (632:6033) Uno como familiar queda con dudas sobre como tratarla, como actuar en caso de otro infarto. 1:28 (9594:9957) no supimos que podía

hacer y que no, nos dijeron que no se quedara quieto pero que no hiciera esfuerzos, entonces ¿eso es que?, ¿puede de pronto lavar la losa, doblar la ropa?. 5:17 (4900:5078) Me preocupaba el dinero para transportarme, me gastaba 10 000 pesos en el taxi, me quedaba solo con el dinero para bajar y luego pensar en como volver a subir. 6:29 (11502:11632) Empecé a sacar plata de donde teníamos, de la cuanta de él, de la mía, nosotros quedamos totalmente en ceros sin nada [...] porque me toco pagar todas las ambulancias, la rehabilitación, todo porque la EPS (entidad prestadora de servicio) nunca autorizo. 8:38 (17097:17675) El acompañamiento debe ser para ambos, porque yo me sentí sola, yo cargaba con todo el miedo de quedar sola, enfrentaba mis propios problemas, enfrentaba los problemas de él, los problemas económicos por no poder trabajar, por necesitar para mis traslados, para los de él, para lo que le piden a uno en la clínica, no tenia con quien hablar y no podía contarle a mis amigos, mucho menos a mis padres porque ellos depende de mí, entonces yo no podía quejarme ante nadie; por eso pienso que el acompañamiento para ambos es importante.

## DISCUSIÓN

Las familias de las personas que experimentan un evento coronario agudo, desarrollan alteraciones en su condición de salud, que van desde cambios psico-emocionales relacionadas con la tristeza, ansiedad y el estrés generados por la incertidumbre que acompaña el evento y la anticipación de la pérdida, además presentan alteración en los patrones de sueño-descanso, nutrición y confort; sin embargo es importante distinguir que estas alteraciones se encuentran presentes en los cuidadores familiares, independiente del evento que genero la hospitalización (Caicedo Martínez & Velásquez Gutiérrez, 2015; Jahuancama Villagaray & Espinoza



Moreno, 2017; Paul & Finney, 2015) y podrían además estar relacionadas con la tecnificación que existe durante la atención hospitalaria en servicios de alta complejidad, como resultan ser los servicios de urgencias y cuidados intensivos (García Ortega et al., 2016; Martínez Valls, 2017); razón por la cual, es vital emprender acciones y programas que promuevan una interacción genuina entre los profesionales de salud y los familiares, especialmente el profesional de enfermería quien desde su formación académica y sustento teórico reconoce a la familia como sujeto de cuidado (Jahuancama Villagaray & Espinoza Moreno, 2017). El desarrollo de estos programas demuestra resultados importantes en beneficio de los involucrados; diferentes instituciones han desarrollado protocolos de acogida a la familia (García Ortega et al., 2016), Modelo de Cuidado de Enfermería para la Familia de Paciente con Infarto Agudo al Miocardio (Avendaño García et al., 2015) que promueven la implementación de acciones de cuidado enfocadas a las necesidades familiares durante la experiencia de hospitalización disminuyendo los sentimientos de aislamiento, tristeza, ansiedad e incertidumbre relacionados con el evento; generando ambientes hospitalarios que redundan en cuidados integrales para la salud, mas allá de la atención biologicista imperante en las instituciones clínicas y hospitalarias de la actualidad; lo cual implica una clara diferenciación entre la atención en salud y el cuidado de la misma (Pereira Correa et al., 2019).

El establecimiento de una comunicación terapéutica, por parte de los profesionales de enfermería, resulta fundamental para resignificar el evento, tanto para el familiar como para el paciente; este proceso inicia durante la hospitalización, cuando la enfermera es competente para desarrollar una relación de cuidado que le permite identificar las necesidades en salud presentes en la

situación y apoyar la construcción y el desarrollo de medidas que permitan el restablecimiento integral de la misma (Pereira Correa et al., 2019); sin embargo, durante la atención se prioriza el tratamiento de la enfermedad y se relega la función del profesional de enfermería al desarrollo de actividades administrativas, lo cual compromete las practicas de cuidado enfermero ahondando la percepción de soledad presente durante la atención del evento y comprometiendo el desarrollo de conocimientos y habilidades necesarios para transitar la experiencia de enfermedad y hospitalización; lo cual requiere de espacios adecuados, escucha activa y efectiva, interacción genuina comprendiendo la comunicación como un proceso de relación, en este caso terapéutica (Bautista Rodríguez et al., 2016) que propicia el cuidado sensible, capaz de responder, según Pereira y colaboradores, a las interpretaciones, subjetivas por naturaleza, en expresión de lo vivido y que no tiene, necesariamente se relacionan exclusivamente al desarrollo de la patología y en tanto a los cuidados corporales provistos en la atención de la misma (Pereira et al., 2012).

La necesidad de reflexionar y fomentar una comunicación terapéutica entre el profesional de enfermería y el cuidador familiar, explica en gran medida el surgimiento de necesidades de cuidado relacionadas con la comunicación-educación, apoyo psico-emocional, soporte económico y sanitario efectivo, estos hallazgos se encuentran presente en los familiares independientemente a la patología asociada (Caicedo Martínez & Velásquez Gutiérrez, 2015; García Ortega et al., 2016; Jahuancama Villagaray & Espinoza Moreno, 2017; Martínez Valls, 2017) y continúan presentes posterior al alta hospitalaria, en cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas (Díaz et al., 2019), probablemente porque el impacto sobre la dinámica familiar, el desempeño y

desarrollo de los roles establecidos dentro del sistema y la necesidad de gestionar recursos económicos y de apoyo necesarios para afrontar la situación, se genera más por la crisis situacional que afrontan que por la etiología del cuadro.

### CONCLUSIONES:

El infarto agudo del miocardio se interpreta como un acontecimiento que cambia vidas puesto que impactan el bienestar y la salud integral del núcleo familiar, generando manifestaciones a nivel físico, emocional, social y económico.

Se identifica el desarrollo de cuidados de enfermería, desde la visión particular determinista, desde la cual se responde a la dimensión física de la experiencia humana; razón por la cual resulta importante reflexionar sobre la transición epistemológica necesaria para equiparar los desarrollos teóricos disciplinares con la práctica profesional que se desarrolla en las instituciones de salud del departamento del Quindío.

La familia se reconoce como el pilar fundamental de la sociedad y por lo tanto como el sistema que apoyara la recuperación del estado de salud, la construcción de bienestar y la resignificación del evento por parte de la persona que desarrolla un infarto agudo del miocardio; por lo cual se consideran sujetos de cuidado para la profesión de enfermería desde la prevención de la enfermedad en los miembros familiares, la transformación de hábitos compartidos que puedan constituirse en factores de riesgo y la construcción de sentido atribuido a la experiencia de un evento de tan alto impacto.

### BIBLIOGRAFÍA

Achury Beltrán, L. (2019). Efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia de pacientes cardiovasculares. *Enfermería Global*, 56, 459–471. Recuperado de <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.341611>

Alfaro- LeFevre, R. (2014). Valoración. En Wolters Kluwer (Ed.), *Aplicación del Proceso enfermero: Fundamento del razonamiento clínico*. (Octava, pp. 45–82).

Avendaño García, J., Estrada Ochoa, M., Gallegos Alvarado, M., & Canales Antuna, A. (2015). Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 923–931. Recuperado de <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>

Bautista Rodríguez, L., Arias Velandia, M., & Carreño Leiva, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1297. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>

Caicedo Martínez, I., & Velásquez Gutiérrez, V. (2015). Riesgo familiar y grado de salud de familias con adultos hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo. *Cultura del cuidado*, 12(1), 16–28. Recuperado de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3825/3207>

*Defunciones no fetales 2015*. (s. f.). Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2015>

Díaz, L. C., Moreno, S. C., & Rojas, M. A. (2019). Percepción sobre el soporte social brindado a cuidadores familiares de

personas con enfermedad crónica. *Cultura de los cuidados*, 23(55), 11–24. Recuperado de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100832/1/CultCuid\\_55-11-24.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100832/1/CultCuid_55-11-24.pdf)

Espitia Cruz, S., & F, R. O. (2011). Percepciones y creencias en personas que padecieron un evento coronario agudo. *Avances en Enfermería*, 2, 307–318.

García Ortega, D., García Graus, N., & Martínez Martín, M. (2016). La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. *Metas de Enfermería*, 19(2), 49–59. Recuperado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/met-as/articulo/80882/>

García, R., Budó, M., Schwartz, E., Girardon-Perlini, N., Barbosa, M., & Da Silva, M. (2016). Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio. *Ciencia y Enfermería*, 22(2), 27–37.

Hernández Sampieri, R. (2010). Investigación Cualitativa. En Mc Graw Hill (Ed.), *Metodología de la investigación* Sexta, pp. 468–506.

Jahuancama Villagaray, O., & Espinoza Moreno, T. (2017). Relación terapéutica entre enfermera y familia basada en la teoría de Joyce Travelbee, en un hospital de Lima. *Health Care & Global Health*, 1(1), 31–35. Recuperado de <https://doi.org/10.22258/hgh.2017.8>

Mallol Simmonds, M. (2017). Trastornos psiquiátricos frecuentes post infarto agudo al miocardio y su relación pronóstica. Revisión de la literatura. *Revista de Ciencias Médicas*, 42(2), 42–50. <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/656/827>

Martín-Crespo, M. C., & Salamanca Castro, A. B. (2007). *El muestreo en la investigación cualitativa*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/290779618\\_El\\_muestreo\\_en\\_la\\_investigacion\\_cualitativa](https://www.researchgate.net/publication/290779618_El_muestreo_en_la_investigacion_cualitativa)

Martínez Valls, J. (2017). Restricciones familiares en UCI. Impacto emocional. *Publicaciones Didácticas*, 78, 167–169.

Oliveira, B., Silva, A., Azevedo, P., & Silva, L. (2016). Impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres. *Revista Baiana de Enfermagem*, 1(1), 305.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Enfermedades cardiovasculares. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Passos, S., & Pereira, Á. (2015). Cuidado sensible destinado a la familia con uno de sus miembros hospitalizado. *Index de Enfermería*, 24(3). Recuperado de <https://doi.org/10.4321/s1132-12962015000200006>

Paul, R., & Finney, S. (2015). Family satisfaction with care on the ICU: Essential lessons for all doctors. *British Journal of Hospital Medicine*, 76(9), 504–509. Recuperado de <https://doi.org/10.12968/hmed.2015.76.9.504>

Pereira, A., Souza da Silva, R., De Camargo, C., & Ribeiro de Oliveira, R. (2012). Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. *Enfermería Global*, 11(1), 343–355. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/s1695-61412012000100021>

Pereira Correa, I., Agrela de Andrade, E., Andrade Abdala, G., & Dias Meira, M. (2019). Integralidad del ser humano y el cuidado en el proceso salud-enfermedad. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 54, 15–22. Recuperado de <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.02>

Ponte, K., Silva, L., Aragão, A., Guedes, M., & Zagonel, I. (2012). Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual

de mulheres com infarto agudo do miocárdio. *Escola Anna Nery*, 16(4), 666–673. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000400004>

Rondanelli, R., & Rondanelli, R. (2014). Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(1), 69–77. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70013-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70013-6)

Sancho Cantus, D. (2016). Cambios en la enfermedad coronaria en la mujer al año del evento cardíaco. *ENE Revista de Enfermería*, 10(10), 8–0.

Santiago de Castro, E. (2016). Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Avances en Enfermería*, 33(3), 381–390. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41841>

Valenzuela Contreras, L. M. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. 9, 9,50–59. Recuperado de <http://www.revistasiaucj.edu.uy/index.php/review/article/view/103/96>

