

PERCEPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORONARIAS

Artículo realizado el año 2004

Financiado con Ayuda I+D expediente PGIDIT03SAN92303PR
(Orden conjunta de la Consellería de Innovación, Industria e Comercio y
la Consellería de Sanidad del 17 de septiembre de 2003)

Presentado como comunicación oral en el VIII Encuentro de Investigación en Enfermería
(Sevilla, 18 de noviembre de 2004)

Autores

Martínez Qués AA*, Rodríguez Rodríguez A**, Rodríguez Fernández C**, Rodríguez Fernández A**.

PERCEPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORONARIAS

RESUMEN

Introducción: A pesar de los avances médicos, las enfermedades cardiovasculares, continúan siendo el mayor problema de salud en la mayoría de los países desarrollados. Las enfermeras deben ser capaces de identificar las respuestas de afrontamiento eficaces en el marco de un programa precoz de rehabilitación cardiaca

Objetivos: Describir las estrategias de afrontamiento ante el estrés que manifiestan o verbalizan los pacientes ingresados en una unidad coronaria y detallar la percepción que tienen las enfermeras de las estrategias utilizadas por sus pacientes y su concordancia con lo expresado por el paciente

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo mediante entrevista en profundidad realizado en la unidad de Coronarias del Complejo Hospitalario de Ourense.. Se realizó un análisis del discurso buscando describir los significados que los informantes daban a sus expresiones y las interacciones entre los entrevistados.

Resultados: La muestra estaba compuesta por diez hombres y cuatro mujeres, con edades comprendidas entre los 38 y los 80 años. Obteniéndose cuatro categorías principales: percepción del dolor, vivencia de la enfermedad, información recibida y respuestas de afrontamiento. La información que obtienen los pacientes es escasa y su comprensión deficiente. Las respuestas de afrontamiento englobaron un total de once subcategorías. Existe disparidad en la apreciación del estrés entre pacientes y enfermeras.

Conclusiones: Las enfermeras pueden reconocer fácilmente las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes a través de sus propias palabras y deben asumir un importante papel en la información suministrada a los pacientes.

Palabras claves: Estrés, afrontamiento, cuidados de enfermería, estrategias de afrontamiento

PERCEPTION OF STRESS MANAGEMENT STRATEGIES IN PATIENTS CHARGED IN CORONARY UNITS

Abstract

Introduction: In spite of recent medical advances, cardiovascular diseases remain the main health problem in most developed countries. Nurses must be able to identify efficient stress management responses within an early Cardiac Rehabilitation Programme.

Objectives: To describe stress management strategies expressed or verbalized by patients charged in coronary units and to outline nurses' perception of the strategies used by their patients, as well as the concordance of this perception with patients' manifestations.

Method: Descriptive qualitative study by means of deep interview carried out at the Coronary Unit of the

*Supervisor de UCI. Complejo Hospitalario de Ourense

**Enfermera. Complejo Hospitalario de Ourense

Complejo Hospitalario de Ourense. A discourse analysis was performed in order to describe the meanings informants gave to their expressions and the interactions among them.

Results: The present study includes data from 10 men and 4 women, aged between 38 and 80. Four main categories were obtained: pain perception, experience of the disease, information received, and stress management strategies. The information received by the patient is limited and their understanding of it is deficient. Eleven sub-categories were identified in patients' stress management responses. There is no concordance between nurses' and patients stress perception.

Conclusions: Nurses can easily recognize stress patients' management strategies from their own words, and they must assume an important role in the information provided to patients.

Key Words: Stress, coping, nursing care, coping strategies.

Enferm Cardiol. 2005; Año XII: (34):15-21

Introducción

A pesar de los avances médicos en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, estas continúan siendo el mayor problema de salud en la mayoría de los países desarrollados tanto en lo que respecta a su morbilidad como a su mortalidad. Se estima que en los Estados Unidos muere una persona cada minuto debido a un ataque cardíaco¹. En el caso de nuestro país según datos referidos al año 2002 la mortalidad por enfermedades cardiovasculares permanece como primera causa de muerte, representando el 34,1% del total de defunciones. Dentro de este grupo, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.) alcanzan la cifra de 39.400 fallecidos (fuente: Instituto Nacional de Estadística). De ahí la importancia del estudio de los factores que pueden influir en la recuperación de los pacientes con patología coronaria. Uno de los factores de riesgo es el estrés, que actúa directamente sobre el corazón y los vasos induciendo una respuesta de los mismos, afectando a la presión arterial a la vez que puede tener su influencia indirectamente en los hábitos comportamentales de riesgo coronario². Una de las razones del mantenimiento de la alta mortalidad y morbilidad podría explicarse en el papel que desempeñan los factores psico-sociales y las variables psicológicas en la recuperación del infarto del miocardio³.

Para el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) el estrés psicológico es una relación particular entre la persona y el entorno que es apreciado por la persona planteándole excesivas demandas o excediendo a sus recursos y poniendo en peligro su bienestar⁴.

El rol del paciente ingresado en una unidad de críticos es un papel cuyo aprendizaje esta fuertemente influido por el personal de enfermería. Una amplia bibliografía ha aportado evidencia, más que suficiente, de la existencia de estresores en el entorno de una unidad de cuidados intensivos. La vivencia del ingreso hospitalario origina una importante percepción de amenaza en el individuo ante la que tendrá que emitir una respuesta (afrontamiento)⁴. Una vez la situación es juzgada por el individuo como estresante se produce la activación de una serie de respuestas del sistema nervioso y reacciones endocrinológicas. Las

respuestas adaptativas frente a esta situación varían según los recursos de afrontamiento de cada persona, entendiéndose que ellos se definen como todos aquellos esfuerzos necesarios para dominar las demandas que desbordan al individuo, independientemente de su eficacia o de cuál sea su valor intrínseco (Folkman y Lazarus, 1986)⁴

El afrontamiento es un concepto clave para el desarrollo teórico, la investigación y la práctica de la ciencia de enfermería, y se define cómo los esfuerzos individuales del paciente con problemas de salud para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella^{5,6}. Carpenito lo define como el manejo de los factores de estrés internos o externos dirigido hacia la adaptación. El afrontamiento intenta reducir los estresores fisiológicos y socio-psicológicos a niveles tolerables para adaptarse a la nueva situación⁵.

Richart y Cabrero han estudiado las diferencias de percepción de estresores entre paciente y personal de enfermería y sugieren que las enfermeras fueron capaces de percibir con aceptable precisión que situaciones eran más o menos estresantes, pero no fueron capaces de percibir el grado de tensión^{7,8}. Existe la necesidad de describir los referentes empíricos o las categorías del fenómeno para demostrar su existencia y proporcionar un mecanismo que mida los atributos definidos. Un análisis del concepto de afrontamiento ha sido realizado en nuestro país por Zabalegui, Vidal y col. centrándose en los mecanismos de afrontamiento en pacientes con cáncer avanzado. Son escasos los estudios de enfoque cualitativo que hayan estudiado este tema en pacientes con cardiopatía isquémica en su período agudo⁶.

El propósito de este estudio es conocer las respuestas de afrontamiento presentes en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos coronarios y como son percibidas por el personal de enfermería. En esa percepción juega un papel importante el modo en que los pacientes verbalizan esas respuestas. El reconocimiento por parte de las enfermeras de respuestas ineficaces puede significar la detección y alivio de los efectos estresores y la instauración de medidas tendentes a reducir el estrés. Las intervenciones psicológicas dirigidas a reducir los factores de riesgo y a aumentar un afrontamiento efectivo se encuentran disponibles

con menor frecuencia como parte de la rehabilitación cardíaca y prevención secundaria. Estas intervenciones son numerosas y a menudo están mal definidas e incluyen intervenciones como asistencia psicológica sobre los factores de riesgo y la psicoterapia. Por el contrario, las intervenciones que incluyen alguna forma de control del estrés están bien definidas, se basan en habilidades y tienen como objetivo afrontar más eficazmente el estrés⁹. Las enfermeras que trabajan en unidades de críticos deben ser capaces de identificar las respuestas de afrontamiento, y de este modo poder iniciar medidas para conseguir un afrontamiento efectivo en el marco de un programa precoz de rehabilitación cardíaca.

Objetivos

- 1- Describir las estrategias de afrontamiento ante el estrés que manifiestan o verbalizan los pacientes ingresados en una unidad coronaria.
- 2- Detallar la percepción que tienen las enfermeras de las estrategias utilizadas por sus pacientes y su concordancia con lo expresado por el paciente

Material y Métodos

Abordamos los objetivos propuestos a través del conocimiento de experiencias, percepciones y vivencias de las personas implicadas, mediante un método descriptivo y cualitativo. Este enfoque permite recoger algunos aspectos difícilmente cuantificables, en consonancia con el paradigma holístico y humanístico hacia el que se enfocan los cuidados enfermeros. Esa mirada "cualitativa" examinaba el punto de vista personal de los comportamientos individuales en el contexto de una unidad de cuidados coronarios, dando lugar a una interpretación de las percepciones y estableciendo identidades o diferencias. A tal fin incorporamos la perspectiva metodológica de la fenomenología. Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo¹⁰.

El ámbito donde se realizó este estudio fue la Unidad Coronaria del Complejo Hospitalario de Ourense. Consta de siete habitaciones individuales siendo la ratio enfermera/ paciente de 1:3,5. La selección de los informantes fue intencional en base a los criterios de adecuación y diversidad teniéndose en cuenta las siguientes características: edad, sexo, actividad laboral, tratamiento ansiolítico y nivel de estrés. Con respecto al tratamiento ansiolítico buscamos sujetos que no recibiesen medicación ansiolítica o que la hubieran tomado la noche anterior. Los criterios de inclusión/exclusión establecidos fueron:

- a- Que fuera su primer ingreso en la unidad.
- b- No debían presentar inestabilidad hemodinámica ni dolor las 48 horas anteriores.
- c- Estar conscientes y sin déficits sensoriales
- d- Que accedieran a participar voluntariamente en el estudio.

Simultáneamente se entrevistaron a las enfermeras que hubieran atendido a los pacientes seleccionados,

y que quisieran participar voluntariamente en el estudio.

El tamaño muestral se guió por el principio de saturación, tratando de buscar una representación estructural, por comprensión, del discurso existente en torno al paciente. Esta idea de diseño técnico muestral de carácter abierto se fundamenta en la posibilidad que ofrece el análisis cualitativo de rediseñar la posible muestra definitiva, acorde con las necesidades de saturación discursiva que se vayan observando.

Con carácter previo se había realizado un estudio piloto en el que se incluyeron diez pacientes (9 hombres y 1 mujer). Este estudio piloto permitió constatar los criterios con los que se seleccionaría la muestra de estudio definitiva y comprobar la efectividad de la metodología escogida.

Para determinar el nivel de estrés, a la muestra total se le administró la siguiente batería de instrumentos:

- a) El StateTrait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger¹⁸.
- b) Inventario de ítems sobre habilidades de enfrentamiento al estrés (Beech, Burns y Sheffield, 1982)³
- c) Inventario sobre vulnerabilidad al estrés (Beech, Burns y Sheffield, 1982)³

Los pacientes eran informados que la participación en el estudio era voluntaria, que podrían retirarse del estudio en cualquier momento y que todos los datos serían tratados de forma confidencial. El consentimiento informado fue obtenido antes de la entrevista. El proyecto fue examinado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, habiéndose creado al efecto una hoja para recabar de los participantes su consentimiento informado. El momento en que se realizaba la entrevista los pacientes habían pasado por el período más crítico y su estado de salud era estable.

La técnica de investigación fue la entrevista en profundidad. Este tipo de entrevista supuso un encuentro cara a cara dirigido hacia la comprensión de las perspectivas de los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como eran expresadas con sus propias palabras¹⁰. El propósito era favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental del entrevistado sobre la manera de afrontar su enfermedad¹¹. Para la realización de la entrevista se elegía un momento de relativa calma asistencial, que no coincidiera con el horario de visitas, ni el de comidas y se interrumpía a juicio del entrevistador si durante el transcurso de la misma se producía una situación urgente que pudiera distorsionar el devenir de la entrevista. Utilizamos una guía de la entrevista para que todo el equipo de investigadores explorará las mismas áreas generales. En algunos casos confrontamos las narraciones de los entrevistados con las de sus familiares (controles cruzados) para comprobar la coherencia de las informaciones aportadas por los pacientes, cuando se consideró necesario. Dos investigadores- entrevistadores realizaron las entrevistas sucesivamente al paciente y a la enfermera, evitando comunicación entre ellos. Los

diálogos fueron registrados a través de cuaderno de campo y grabadora para ser transcritos a formato texto con procesador M. Word 2000 en su lengua original (castellano y gallego). La recogida y el análisis de datos se desarrollaron concurrentemente.

Se realizó un análisis buscando describir los sentidos latentes del mismo, los significados que los informantes daban a sus expresiones y las interacciones entre los entrevistados. Para el análisis de datos adoptamos el esquema general propuesto por Miles y Huberman (1994)¹³, según el cual en el análisis concurren tareas de reducción de datos, extracción de datos y verificación de conclusiones. Con la reducción de datos, se produce la selección de información para hacerla abarcable y manejable. Otras operaciones fueron la segmentación en unidades y la codificación dejando constancia de la categorización realizada. La codificación implicó tres pasos importantes: la codificación abierta, la codificación axial y la codificación selectiva. La codificación abierta, es un proceso en el que se parte de la búsqueda de conceptos y de identificación de procesos. Los datos fueron examinados línea a línea y párrafo a párrafo, y las palabras, las frases y las oraciones fueron identificadas y etiquetadas con los códigos previstos, preguntándose acerca de cuál es el tema del que hablaba cada fragmento. Los datos así obtenidos fueron agrupados en categorías más comprensivas y abstractas. Con la codificación axial, el objetivo era encontrar las categorías principales así como cualquier conexión entre ella y sus subcategorías. Finalmente, con la codificación selectiva, se integraron y refinaron las categorías. Este diseño fue reforzado por el método comparativo de Glaser y Strauss^{12,10}. La comparación permite destacar semejanzas y diferencias entre las unidades incluidas dentro de una categoría. La saturación teórica del discurso fue alcanzada después de doce entrevistas y su correspondiente análisis. Las dos entrevistas adicionales fueron realizadas para asegurarnos de que la información proporcionada por los pacientes era completa. De este proceso de análisis se obtuvieron cuatro categorías principales: percepción del dolor, vivencia de la enfermedad, información recibida y respuestas de afrontamiento.

Resultados

La muestra estaba compuesta por diez hombres y cuatro mujeres, con edades comprendidas entre los 38 y los 80 años. Cuatro de ellos no tomaron tratamiento ansiolítico las 24 horas previas. Todas las enfermeras participantes fueron mujeres con edades comprendidas entre 30 y 45 años, con más de tres años de experiencia en intensivivos (3 años mínimo y 16 máximo) y más de siete de años de ejercicio profesional (entre 7 y 23)

Tres de las categorías encontradas, la percepción del dolor, la vivencia de la enfermedad y la información recibida son elementos que condicionan el estrés y por tanto están estrechamente relacionadas con las distintas estrategias de afrontamiento utilizadas.

La percepción del dolor

La percepción del dolor se centra en su intensidad, localización y la sensación de amenaza vital. Uno de los aspectos más gráficos de los entrevistados es el referido al dolor en el momento del ingreso en la Unidad Coronaria. Cuando interviene dolor la vivencia del ingreso es sentida con gran dramatismo: "sentí la muerte, le dije a mi mujer: adiós, me voy" "me puse blanco como un cadáver, yo estaba igual".

La sensación de muerte inminente es una constante incluso a veces sin estar referida a dolor. Es el caso de un paciente diabético: "noté que se me iba la vida pero sin dolor".

La descripción del dolor más repetida es la de un dolor insoportable, a menudo unido a la idea de gravedad y muerte: "aquel dolor insoportable". Si la descripción del dolor en cuanto a su intensidad es coincidente en la mayoría de los entrevistados, más dificultades presentan en la descripción de su localización: "era un dolor raro... Dentro, no sabía si estaba aquí, o aquí detrás.. (se señala el tórax y la espalda)... era una cosa que te apretaba.." "tenía una sensación como si tuviera un tren por encima aquí en los hombros y como si me ahogara" "llegue a pensar que [el dolor] era del estomago"...

El recuerdo del ingreso en la unidad coronaria está ligado al recuerdo del dolor. Existe una gran coincidencia entre las enfermeras entrevistadas en identificar el dolor como fuente principal de estrés, lo que determina el orden de sus prioridades: "como ya estaba sin dolor, estaba bastante tranquilo" "a lo largo de los días como la evolución fue buena y creo que no volvió a tener dolor, se fue tranquilizando".

La información recibida

La información que obtienen los pacientes es escasa y su comprensión deficiente. Si bien existe un horario de información establecido para las familias, en general la información que se proporciona a los pacientes se administra con cautela. Existe la preferencia de informar a los familiares y dejar que sean estos los que a su vez filtren la información que reciben los pacientes. Los entrevistados coinciden en la escasez de información recibida en el momento del ingreso: "no me dijeron que tenía que ingresar en la UCI, me trajeron aquí y no me dijeron tampoco tuviste un infarto, tu tuviste esto.... lo supe a través de mi cuñado"

Las fuentes informativas son variadas, recibiendo del médico o de sus familias los aspectos más concretos sobre su proceso. El resto de la información es transmitida por el personal de enfermería de modo informal, de modo no estructurado. Algunos participantes en el estudio refieren que les cuesta identificar las diversas categorías profesionales: "esta que está por la tarde no sé si es enfermera o auxiliar". Un participante comenta del médico que le atendía: "no se para mucho por que me mira y me dice: respire y se va".

Otro aspecto importante es la comprensibilidad de la información. Es el caso de la información sobreabundante y excesivamente técnica. La falta de compren-

sión es ilustrativa: "Me estuvo explicando la enfermera pero me hizo un rollo en la cabeza y no acabé de enterarme de todo" La búsqueda de información es utilizada como respuesta de afrontamiento y sé hablara de ella más adelante.

La vivencia de la propia enfermedad

La vivencia de la propia enfermedad, viene condicionada por el contexto de una unidad especial, con normas muy estrictas y limitativas de movimientos. La mayoría expresaron la necesidad de pasar más tiempo con sus familias aunque entendían que hubiera una normativa de visitas: "las visitas tan cortas... la verdad es que algunas me gustaría que fuesen más largas lo que pasa es que también entiendo que aquí hay una disciplina, y es una UCI"

La soledad es un sentimiento compartido por muchos de los entrevistados. "lo que pasa es claro aquí solo... se aburre uno mucho" "estar metido 24 horas en una cama es lo peor" "yo sé bien que en la UCI, no puedo tener muchos compañeros...[de habitación]... al lado" En este sentido la búsqueda de compañía de otros puede ser utilizada como respuesta de afrontamiento: "en la planta hay más gente, no estás solo y no trabaja tanto la cabeza"

Sin embargo, en algunos momentos si se reivindica una cierta intimidad, dada la configuración abierta de las habitaciones: "no tienes algo de intimidad contigo mismo... a mi lo que me mata es la intimidad, porque para orinar me veo mal" Los entrevistados se quejaron muy poco de su enfermedad y elogiaron el trato con el personal sanitario. Salvo los sujetos de mayor edad, los demás no manifiestan pérdida de control ni de su autonomía, siéndoles relativamente fácil la aceptación de rutinas asistenciales, aunque sí lamentan la pérdida del rol de cuidador que mantenían: "me preocupo por mi madre, soy hijo único" "lo que me preocupa es mi esposa que está enferma (de depresión)"

Para las enfermeras la tranquilidad y la colaboración se reconocen como factores de adaptación al entorno. La enfermera adopta un rol profesional en su relación con el paciente, con cierto distanciamiento, que viene a reflejarse en el discurso empleado: "El paciente está tranquilo, colaborador y receptivo a todo lo que se le dice".

Estrategias de afrontamiento ante el estrés

Del contenido del discurso narrativo se han podido identificar hasta un total de once estrategias de afrontamiento fácilmente reconocibles, en sus propios términos. La que más aparece, de forma constante es la negación, considerada como el esfuerzo por negar el problema o acontecimiento estresante (Cohen y Lazarus, 1979) ⁴. "Fué como si no tuviera nada" Distinta es la percepción de la gravedad de la enfermedad. Es repetida la impresión de levedad de la misma. "me dijo una doctora... que fue un infarto, no una cosa muy grave pero un infarto". Aunque la minimización del impacto de la enfermedad puede ser una estrategia, también podría sugerir un cambio en la percepción social de la

misma, abundando en la idea de ser un padecimiento no invalidante, sin noción de cronicidad y por tanto recuperable con los medios tecnológicos disponibles. Esta apreciación es mantenida con preferencia por los sujetos más jóvenes de la muestra estudiada. En esa línea manifiestan un mayor temor a pasar por un procedimiento de intervencionismo cardíaco que a tener una recidiva o un reinfarcto. "si fuera una cosa de operación o tal..."

Junto a la negación de la enfermedad aparece la negativa a reconocer el estado emocional: "no miedo, no, ni preocupado...bueno, algo de eso coges...". Otras veces son la negación de las consecuencias de la enfermedad: "no creo que me haya afectado mucho"

La evitación es otra de las respuestas más comunes, de forma verbal: "Yo sé que lo tengo, que está ahí y hago como si no estuviera". "No se le puede hacer caso", cuanto más a pecho te lo tomes, peor". "No tuve tiempo de pensar ni que era ni que no era".

En ocasiones, el entrevistado trató de cambiar de tema durante la conversación de forma deliberada o bien simplemente no respondiendo a lo que se le preguntaba. El paciente interponía una barrera entre él y lo que consideraba una amenaza. En la identificación de este tipo de estrategias por parte de las enfermeras juega un importante papel el lenguaje no verbal.

Otra estrategia relacionada es la de acción directa de escape/evitación. Con esta respuesta se trata no ya de evitar el acontecimiento estresante sino de huir de él. El ejemplo claro nos lo manifestó un paciente durante su primer día de estancia repitiendo la idea de que debía irse, y que planteaba coger el alta voluntaria. En las horas siguientes sustituiría su intención de "escapar" por un sucedáneo de huida de la que nos dio la clave verbal: "Si duermes es la mejor forma de perder el tiempo, de no pensar".

La resignación aparece como conformidad ante el estado de sufrimiento "¿si no puedo hacer nada?-¡no hago nada!-", El sujeto deja en manos del equipo sanitario cuestiones que entiende no puede resolver o bien se encomienda a Dios: "hay que estar a lo que Dios mande. Si hay que morir también muero en paz. Ya hago pronto 80 años y morir hay que morir".

Lejos de la pasividad de la resignación, dentro del discurso de los entrevistados asoma la voluntad de realizar cambios de vida positivos, como dejar de fumar, cambios en el estilo de vida y dieta y en general la supresión de factores de riesgo: "Tengo que cambiar todo: cafés, tabaco... de salir nada, voluntad tengo, era mucho lo que fumaba" La idea de cambio también expresa la voluntad o deseo de vivir: "Hombre... si hago lo que dice el médico tiraré hacia delante, de lo contrario iré para el otro lado". Un obstáculo a la hora de plantear cualquier cambio hacia un estilo de vida saludable se presenta en la autojustificación: "eso le puede pasar a cualquiera" "le pasa a gente más joven y que no fuma".

Otro tipo de respuesta es la adopción o evitación del papel de enfermo: "es que no me gusta molestar". En el contexto de una unidad de críticos el sujeto asume

la conducta que se espera de él, sin que a veces sea posible evitar el conflicto: “molestar no me gusta, es lo que noto más en falta. La gente muy maja, los médicos también, tuve un pequeño (roce) con la doctora, claro porque todos me decían “no te muevas, no te muevas..” y ella me mandaba incorporarme y ...claro no sabía”.

El recurso al auxilio de la familia es utilizado para obtener información en muchos casos, “Como iba mi mujer a hablar con el médico también se lo dejaba en sus manos” “Todavía no he hablado con el médico. Mi nuera es la que más...y luego habla conmigo”. Entendemos que por ello la demanda de información de forma directa se presenta de forma escasa, al contrario de lo que ocurre en otros contextos y con otro tipo de enfermos: “le dije (al médico), si hace el favor, dígame lo que tengo” A ello puede contribuir el hecho de que la información sea una actividad rutinaria en la unidad, con un protocolo de acogida que incluye la entrega de un documento informativo. Esta búsqueda de apoyo familiar choca con las normas restrictivas de la UCI que imponen unos horarios estrictos y de corta duración. “Me gustaría que estuviese mi familia... le dije a mi mujer no te vayas de aquí... no me dejes solo por si me vuelve a pasar” La aceptación de la enfermedad y la edad refuerzan la búsqueda de apoyo: “ Ahora iré a vivir a casa de la hija”.

Para el paciente es importante la confianza en el personal y la curación: “preferiría que me tratase la misma gente” viendo incrementada su seguridad y autocontrol.

La percepción de las enfermeras

La percepción de las enfermeras está condicionada por la importancia dada al dolor como fuente principal de estrés. La equivalencia del paciente sin dolor igual a paciente tranquilo está presente sucesivamente en el discurso de las enfermeras entrevistadas.

El estrés del paciente es detectado incluso en ausencia de palabras. El lenguaje corporal y gestual proporciona mucha información aunque no se verbalice “se le nota en la cara”. Al ser preguntadas, las enfermeras reconocen cuatro expresiones faciales concretas como son el miedo, el enfado, la tristeza y la alegría, y coinciden con el estado emotivo manifestado expresamente por el paciente.¹⁷

Observamos cierta disparidad en la apreciación del estrés entre pacientes y enfermeras y ocurre lo mismo con las estrategias de afrontamiento percibidas. Algunas enfermeras se lamentan no disponer de más tiempo para hablar con detenimiento con el paciente cuestión que explicaría la escasez en la variedad de respuestas de afrontamiento percibidas. Cuando las enfermeras disponían de más tiempo para hablar se detectaban un mayor número de estrategias. Tampoco en cuanto a la descripción del estado emocional existe coincidencia. En algún caso, pese a estar descrito por la enfermera como persona alegre y tranquila, el entrevistado relatando sus propias vivencias, guarda silencio, se gira hacia la mesa y coge un pañuelo con

el que secar sus lágrimas. La agresividad o la ira no son vistas como respuestas asociadas al estrés, pero se detectaron fácilmente la negación, la evitación, la resignación y la búsqueda de apoyo familiar.

Discusión

La visión predominante que tienen los pacientes sobre la enfermedad coronaria es la de un padecimiento leve, recuperable y sin noción de cronicidad, lo que sugiere un cambio en la percepción social de la misma. Esta concepción contribuiría a ser un menor elemento estresor, y coincidiría con el resultado de otras investigaciones donde el nivel de estrés de los pacientes es menor que el percibido por las enfermeras^{7,8}. La investigación ha sugerido que las concepciones de los pacientes acerca de su enfermedad son diferentes a las que tienen los profesionales de salud y esta creencia puede ser más importante que factores médicos en el proceso de recuperación. La representación de la enfermedad después del infarto del miocardio tiene un impacto en la recuperación (Cherrington et al. 2004)¹ Los pacientes con una representación negativa de lo que significa el infarto de miocardio son más propensos a sentirse más presionados y/o ansiosos que los pacientes con una representación positiva. La creencia sobre el infarto del miocardio puede influir en el afrontamiento a la enfermedad, en las expectativas de recuperación y en las reacciones de los pacientes a los acontecimientos cardíacos subsecuentes (Gassner et al. 2002)¹⁵.

Llama la atención la escasa información recibida y las concepciones erróneas sobre cambios de estilo de vida, lo que hace necesaria la educación sanitaria. En este punto los hallazgos son similares a los de otros estudios^{14,15}. Este es un aspecto a mejorar, no tanto en la cantidad de información proporcionada sino en optimizar la comprensión de la misma. Hay una necesidad enorme de información, que sea accesible y dirigida hacia la comprensión del individuo. Con una mejor información los pacientes pueden asumir inicialmente un papel más independiente. Esto tiene implicaciones para la rehabilitación cardíaca, dado que favorece el autocuidado.

Por otro lado, se apreciaron diferencias en la demanda de información. Aunque las diferencias de género no fueron objeto específico de este estudio, las mujeres recibieron menos información sobre la enfermedad que los hombres. Para Kristofferzon et al.¹⁶ las mujeres con enfermedad cardíaca coronaria tienen desventajas físicas, sociales y médicas en comparación con los hombres, desventajas que pueden influir en su opinión sobre la recuperación después de acontecimientos cardíacos. La investigación futura debe incidir y profundizar en esta línea, dado que los patrones ligados al género pueden tener influencia en la recuperación de los pacientes que han experimentado un infarto. Las enfermeras pueden intervenir en este aspecto siendo más sensibles a estas necesidades género- específicas. Además las enfermeras tendrán en cuenta la variabilidad de estrategias de afrontamiento

que presentan hombres y mujeres.

Observamos una estrecha vinculación entre el estrés percibido por las enfermeras y el dolor en el paciente coronario, equiparando al paciente sin dolor como un paciente tranquilo, lo que supondría una infravaloración del estrés. Las enfermeras evitan ahondar en el espacio emocional de paciente, para no verse implicadas afectivamente lo que motiva cierto distanciamiento que impide a los sujetos "abrirse" y manifestar sus sentimientos y emociones. La cercanía emocional por el contrario, hace aflorar estrategias que antes habrían pasado desapercibidas. Los resultados de este estudio indican que la estancia de los pacientes en una unidad de cuidados coronarios no fue percibida como problemática. Fue vista en general como algo necesario hacia la recuperación de la normalidad. Esto abre muchas áreas para una investigación futura, que debe centrarse en las comunicaciones cotidianas entre las enfermeras y los pacientes, y el impacto que medidas de apoyo podrían tener sobre el estrés.

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que las enfermeras pueden reconocer fácilmente las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes a través de sus propias palabras. Para ello sólo se requiere una escucha activa, y que no se infravalore el estrés en ausencia de dolor. Por otra parte las enfermeras deben

asumir un importante papel en la información suministrada a los pacientes. Ello puede servir de ayuda a mejorar la información y sobretodo su comprensión. Por otra parte la noción de la enfermedad coronaria como un padecimiento leve, recuperable puede disminuir la preocupación del paciente ante la posibilidad de una recaída y contribuir a ser por ello un menor elemento estresor. La utilización de la entrevista en profundidad nos ha servido para descubrir que fuera de la utilización de estereotipos o pequeñas charlas informales es sencillo obtener las palabras que nos ayuden a identificar las respuestas de afrontamiento. La detección del afrontamiento inefectivo en esos primeros momentos tras la crisis puede dar lugar a la toma precoz de medidas correctivas y servir de ayuda para los mismos, ya sea por su detección o por una mejor comprensión del problema. Por último, la planificación de los cuidados pasa por el reconocimiento y el manejo de las situaciones estresoras, identificando las estrategias de afrontamiento y la eficacia de cada estrategia, promoviendo la continuidad del cuidado.

Agradecimientos

A la Dra Pilar Gayoso, a doña Elena González y a doña Ana M^a Gutiérrez Molina por el asesoramiento, ayuda y estímulo constante, al personal de la UCI por su colaboración y a nuestros pacientes, de los que aprendemos cada día.

Dirección correspondencia

Ángel Alfredo Martínez Qués - C/ Ramón Puga nº 52-56 (32005) Ourense.
Complejo Hospitalario de Ourense
Correo electrónico: ridendodicereverum@yahoo.es

Referencias bibliográficas

- Cherrington C, Moser D, Lennie T, Kennedy C. Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*. 2004; 13; (2): 136-145.
- Alonso, SJ, Navarro E. Estrés y problemas cardiovasculares. *Med Clínica*. 1995; 104 (14): 37-41.
- Bueno A y Buceta J: Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio: estudios de caso. Madrid: Dykinson, 1997.
- Rodríguez J, Zurriaga R: Estrés, enfermedad y hospitalización. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Granada: 1997.
- Zabalegui A, Vidal A, Soler MD y Latre E. Análisis empírico del concepto de afrontamiento. *Enf Clin*. 2002; (12) 1:29-38.
- Zabalegui A, Vidal A, Soler MD, Latre E, Fernández MP: ¿Qué es el afrontamiento? *Rev ROL Enf*. 25(7-8):72-76
- Richart M, Cabrero J, Valera P, Olmo M R, Laguna A y Ors A. Diferencias de estrés percibido entre profesionales de enfermería y pacientes hospitalizados. *Enferm Cient*. Núm. 110- Mayo 1991; 23-24
- Richart M, Cabrero J, Reig A. Hospitalización y Estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre el paciente y personal de enfermería. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1993. Vol.19 (63): 75-89
- Rees K, Bennett P, West R, Davey Smith G, Ebrahim S. Intervenciones psicológicas para la cardiopatía coronaria. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software
- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1996.
- Spielberder CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Publicaciones de psicología aplicada. Serie menor núm .124. Madrid: TEA; 1997.
- Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1999.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An expanded sourcebook* (2ª ed.) Sage: London & Thousand Oaks, California; 1994.
- Muñoz FJ, Granero J et al.: Mitos, creencias y temores en la cardiopatía isquémica. *Tempus Vitalis*. En <http://saecc.com/Revista03/Original2.htm>. Acceso el 26/02/2003.
- Gassner LA, Dunn S, Piller N. Patients' interpretation of the symptoms of myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing*. (2002) 18, 342-354.
- Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Integrative literature reviews and meta-analyses*. *Journal of Advanced Nursing*. 44(4), 360-374
- Goleman D. *Inteligencia emocional*, 29ª ed. Barcelona: Kairós; 1999.
- Spielberder CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Publicaciones de psicología aplicada. Serie menor núm .124. Madrid: TEA; 1997.