



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO**



**ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: SIGNIFICADO ASIGNADO PARA LAS
PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO DE MIOCARDIO.**

**DOCTORANDA: MGSC ZUNEIDA CAROLINA ROJAS DE TOVAR
TUTORA: DRA. VICENTA EMILIA FERNÁNDEZ**

VALENCIA, VENEZUELA, 2025



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA**



ÁREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO

**ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: SIGNIFICADO ASIGNADO PARA LAS
PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO DE MIOCARDIO**

**DOCTORANDA: MGSC ZUNEIDA CAROLINA ROJAS DE TOVAR
TUTORA: DRA. VICENTA EMILIA FERNÁNDEZ**

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
ÁREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO**

VALENCIA, VENEZUELA, 2025



ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145, 147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: SIGNIFICADO ASIGNADO PARA LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO DE MIOCARDIO.

Presentada para optar al grado de **Doctor (a) en Enfermería. Área de Concentración Salud y Cuidado Humano** por el (la) aspirante:

ROJAS DE T. ZUNEIDA C

C.I. - V.- 14.625.943

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Vicenta E. Fernández. C.I.V.- 3.893.251, decidimos que el mismo está **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **02/07/2025**

Dr. (a) Berta Guevara R (Presidente)

C.I. 7058767

Dr.(a) Vicenta E. Fernández

C.I.

Fecha

Dr. (a) Milbet Rodríguez

C.I.

Fecha

Dr. (a) Carmen A. Guerra S

C.I.

Fecha

Dr. (a) Yamira Castillo

C.I.

Fecha



TD:08-25

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Yo, **VICENTA EMILIA FERNÁNDEZ** en mi carácter de Tutora del Trabajo de Especialización_____ Maestría_____ Tesis_____ Doctoral **X** titulado: **ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: SIGNIFICADO ASIGNADO PARA LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO DE MIOCARDIO.**

Presentado por el (la) ciudadano (a) **ZUNEIDA CAROLINA ROJAS DE TOVAR**

Titular de la Cédula de Identidad N° **14.625.943**

Para optar al título de **DOCTORA EN ENFERMERÍA, ÁREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO** considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Valencia a los _____ días del mes de _____ del año Dos Mil **VEINTE Y CUATRO**

Dra. VICENTA EMILIA FERNÁNDEZ

C.I. 3.893.251



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA**



ÁREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS DOCTORAL

Los Miembros de la Comisión Coordinadora del Doctorado en Enfermería, Área de Concentración, Salud y Cuidado Humano, hacen constar que han leído el Proyecto de Grado, presentado por la ciudadana: **ZUNEIDA CAROLINA ROJAS DE TOVAR, C.I. 14.625.943**, para optar al Título de **DOCTORA EN ENFERMERÍA, ÁREA DE CONCENTRACIÓN. SALUD Y CUIDADO HUMANO**, cuyo Título es: **"ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: SIGNIFICADO ASIGNADO PARA LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO DE MIOCARDIO"**; y tomada en cuenta la opinión de la Comisión Asesora de Evaluación integrada por los profesores **Dra. Vicenta Emilia Fernández, C.I. N° 3.893.251**, en su condición de Tutora; **Dra. Berta Guevara, C.I. 7.058.767**; y **Dra. Carmen Amarilis Guerra, C.I. N° 5.588.111** y de acuerdo a lo previsto en el Artículo 143 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, decidió por unanimidad **APROBAR** dicho proyecto.

En Valencia a los **Veintiocho** días del mes de **Enero** del año **Dos Mil Veinticuatro**.

Comisión Coordinadora

**Dra. Ani Evies
Coordinadora**

**Dra. Carmen Amarilis Guerra
Miembro de la Comisión
Coordinadora**

**Dra. Berta Guevara
Miembro de la Comisión
Coordinadora**

Formato aprobado por el Consejo de Postgrado en su Sesión Ordinaria N° 4 de fecha 30 de Abril de 2013

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María, por siempre guiar mis pasos, por iluminar mi mente para tomar buenas decisiones y ayudarme a cumplir con las obligaciones y compromisos de la mejor manera.

A mí amado esposo Humberto e hijas Maria Gabriela y Maria Fernanda; que siempre han permanecido a mi lado dándome amor, apoyo y comprensión.

A mis queridos padres Carmen y Olides, a mi hermana Maria; por su apoyo incondicional.

A mi querida Tutora por siempre estar.

Mil gracias

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgen por permitirme ver este proyecto culminado

A mi querida Universidad de Carabobo, por ser ejemplo en educación superior y haberme ofrecido la oportunidad de ingresar en esta cohorte

A mis queridas hijas por ser inspiración y ejemplo a seguir

A mi querido esposo, por su apoyo y amor constante

A mis queridos padres, por siempre estar a mi lado

A mi querida Tutora Dra. Vicenta Fernández, por su cariño y guiar mis pasos en este camino de la investigación cualitativa y motivarme para la culminación de mi tesis doctoral

A la Comisión Doctoral Dra. Ani Evies, Dra. Berta Guevara y Dra. Carmen Amarilis Guerra, que me impulsaron al camino del Doctorado en Enfermería

A la Dra. Carmen Amarilis Guerra por sus orientaciones y valiosos aportes

A la Dra. Marlene Maldonado por motivarme a seguir en el camino de la investigación con los pacientes post infartados

A la Sra. Alexandra González por sus acertadas orientaciones

A Todos Mil Gracias

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Resumen.....	xi
Summary.....	xii
Introducción.....	1
 CAPÍTULO I. EL FENÓMENO DE ESTUDIO.....	 18
Contextualizando la realidad a investigar.....	18
Narrando la cotidianidad del fenómeno.....	24
Preguntas Norteadoras.....	26
Objetivos del Estudio:.....	27
Objetivo General.....	27
Objetivos Específicos.....	27
Justificación de la Investigación.....	28
Delimitación de la Investigación.....	30
 CAPÍTULO II. EXPLORANDO EL REFERENCIAL TEÓRICO.....	 31
Investigaciones previas:.....	31
A Nivel Internacional.....	31
A Nivel Nacional.....	35
Bases teóricas que sustentan la investigación:.....	39
Conceptualización de infarto agudo al miocardio.....	39
Lo que se ha escrito sobre estilos de vida saludable.....	42
Visión filosófica del cuidado humano.....	49
Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.....	50
Principios Bioéticos de Cuidar.....	52
Teoría Cognoscitiva de Jerome Bruner.....	57
Teoría del Significado de Donald Davidson.....	60
Teoría de Reforzamiento de Skinner.....	63
Teoría Cognitivo Social de Albert Bandura.....	65
La persona como Ser Holístico.....	66
La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.....	71
Funciones de la promoción de la salud.....	72
Autocuidado y Cuidar de Sí Mismo.....	74
Modelo de Creencias en Salud.....	74
Teoría de la Autodeterminación de Decy y Ryan.....	76
Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.....	80
Modelo de Leavell y Clark.....	83

Fundamentación Legal.....	86
CAPÍTULO III. RECORRIENDO EL CAMINO METODOLÓGICO.....	92
Enfoque de la Investigación	92
Método utilizado en la Investigación.....	93
Etapas del Método Fenomenológico Hermenéutico según el abordaje de Spiegelberg:.....	105
Fase 1. Descripción del Fenómeno.....	105
Fase 2. Búsqueda de Múltiples Perspectivas.....	106
Fase 3. Búsqueda de la Esencia y de las Estructuras.....	107
Fase 4. Constitución de los Significados.....	107
Fase 5. Suspensión de Juicios.....	108
Fase 6. Interpretación del Fenómeno.....	108
Informantes Clave.....	110
Criterios de Selección de los informantes clave.....	112
Agentes Externos.....	113
Criterios de Selección de los Agentes Externos.....	113
Acceso al campo de estudio.....	113
Consideraciones éticas para proteger los derechos de los participantes.....	114
Consentimiento Informado.....	115
Técnica de Recolección de Datos.....	117
Entrevista en Profundidad o Enfocada.....	118
Relación Entrevistado – Entrevistadora.....	119
Rigor Metodológico.....	120
Análisis de Datos.....	123
CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO.....	125
Perspectivas de los Informantes Clave.....	125
CAPÍTULO V. BÚSQUEDA DE LAS MÚLTIPLES PERSPECTIVAS SOBRE EL FENÓMENO DE ESTUDIO.....	135
Perspectiva de la Investigadora.....	136
Perspectiva de los Agentes Externos:.....	138
Familiar Participante: Esposa.....	138
Médico Participante: Médico Internista.....	139
Personal de Enfermería participante: Enfermera del Área de Emergencia (Trauma Shock).....	140
Coincidencias o Intersecciones en los Agentes Externos de acuerdo a las repuestas a las interrogantes.....	141
CAPÍTULO VI. FENOMENOLOGÍA DE LAS ESENCIAS Y DE LAS ESTRUCTURAS.....	144
Síntesis Narrativa.....	144

Proceso de Triangulación.....	150
Coincidencias o Intersecciones en las repuestas de los Informantes Clave.....	151
Proceso de Categorización y Codificación.....	153
Categorización y Codificación de los Contenidos.....	154
Agrupación de las Informaciones de los Informantes Clave por Categoría.....	156
Agrupación de las informaciones de los Agentes Externos por categorías.....	157
Estructuración de las Categorías.....	159
 CAPÍTULO VII. CONSTITUCIÓN DE LOS SIGNIFICADOS DEL FENÓMENO DE ESTUDIO.....	 160
 CAPÍTULO VIII. FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA: INTERPRETANDO EL FENÓMENO DE ESTUDIO	 170
 CAPÍTULO IX. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: SIGNIFICADO ASIGNADO PARA LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO DE MIOCARDIO.....	 185
 CAPÍTULO X. CONSIDERACIONES FINALES.....	 188
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 190
 ANEXOS:.....	 200
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	201
Anexo 2: Informantes Clave.....	202
Anexo 3: Informantes Externos.....	202
Anexo 4:Entrevistas Informantes Clave.....	203
Anexo 5: Entrevistas Informantes Externos.....	205



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



**ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: SIGNIFICADO ASIGNADO PARA LAS
PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO DE MIOCARDIO**

Doctoranda: Mgsc Zuneida Carolina Rojas de Tovar

Tutora: Dra. Vicenta Emilia Fernández

Año: 2025

RESUMEN

Esta investigación está enmarcada en la Línea de Investigación: Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de Vida. Adscrita a la Unidad de Investigación UNIVE. Cuyo Objetivo fue generar una construcción teórica a partir del significado que tiene para las personas que han sufrido un infarto de miocardio los estilos de vida saludable. La metodología utilizada, fue con el enfoque de la investigación cualitativa, orientada con el método fenomenológico-Hermenéutico, siguiendo el abordaje de las etapas de Hebert Spilgerberg. La técnica de recolección de información fue la entrevista en profundidad. Entre las categorías emergidas están: Definiendo estilo de vida saludable. Describiendo estilo de vida antes del infarto de miocardio. Adoptando estilos de vida saludables después del infarto de miocardio. Comprendiendo los sentimientos en la experiencia vivida al sufrir un infarto de miocardio e Interpretando los valores personales del paciente post infartado. De las cuales se generó la construcción teórica desde la perspectiva epistemológica requieren una educación fundamentada científicamente y que den soporte a la acción; suscitando cambios significativos que conduzcan a la formación de un ser humano capaz de desenvolverse en una sociedad en la que pueda practicar de manera responsable hábitos y conductas que promuevan un buen estado de salud y por ende le den el justo valor a la vida. Desde el enfoque ontológico, son interpretados a través del ser y el estar en el mundo como estructuras originarias. Desde el enfoque axiológico, los significados muestran que los sujetos de estudios reconocen los valores: solidaridad, responsabilidad, valor a la vida, valor a la familia y el amor a Dios. Estos valores constituyen el significado profundo de cuidar su salud y valorar la vida. Este enfoque permite una comprensión holística y profunda de cómo las experiencias y valores personales influyen en la adopción de comportamientos saludables tras un evento cardíaco, proporcionando una base sólida para futuras intervenciones y estrategias de promoción de la salud en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio.

Palabras clave: Significado, Estilos de vida saludable, infarto de miocardio.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
GRADUATE DIRECTION
DOCTORATE IN NURSING
CONCENTRATION AREA: HEALTH AND HUMAN CARE**



**HEALTHY LIFESTYLES: MEANING ASSIGNED TO PEOPLE WHO HAVE
SUFFERED A MYOCARDIAL INFARCTION**

Doctoral student: Mgsc Zuneida Carolina Rojas de Tovar

Tutor: Dra. Vicenta Emilia Fernández

Año: 2025

SUMMARY

This research is framed in the Line of Research: Promotion of Human Care in the Experience of Health and Quality of Life. Attached to the Research Unit UNIVE

Objective: To generate a theoretical construction from the meaning that healthy lifestyles have for people who have suffered a myocardial infarction. Methodology: Qualitative, Phenomenological-Hermeneutic Paradigm, Hebert Spiegelber approach,. Data collection technique: in-depth interview. Emerging categories: Defining healthy lifestyle. Describing lifestyle before myocardial infarction. Adopting healthy lifestyles after myocardial infarction. Understanding feelings in the experience lived when suffering a myocardial infarction. Interpreting the personal values of the post-infarction patient. Generated theory: From an epistemological perspective, they require a scientifically based education that supports action; bringing about significant changes that lead to the formation of a human being capable of functioning in a society in which he or she can responsibly practice habits and behaviors that promote good health and therefore give life its proper value. From an ontological perspective, they are interpreted through being and being in the world as original structures. From the axiological approach, the meanings show that the subjects of the study recognize the values: solidarity, responsibility, value of life, value of family and love of God. These values constitute the deep meaning of taking care of one's health and valuing life. This approach allows for a holistic and deep understanding of how personal experiences and values influence the adoption of healthy behaviors after a cardiac event, providing a solid foundation for future interventions and health promotion strategies in patients who have suffered a myocardial infarction.

Keyword: Meaning, Healthy lifestyles, myocardial infarction

INTRODUCCION

Los estilos de vida han sido estudiados por varias disciplinas como la sociología, la antropología y la epidemiología. El origen del término y los mayores desarrollos conceptuales se han formulado en el campo de las ciencias socioculturales, para las que los estilos de vida son patrones de comportamiento grupales sobre los que la estructura social ejerce una influencia considerable (1).

El objetivo de la presente investigación es generar una construcción teórica a partir del significado que tiene para las personas que han sufrido un infarto de miocardio los estilos de vida saludable; la cual se llevó a cabo a través de las entrevistas a las personas post infartadas, previa aceptación de participación voluntaria en sus respectivos hogares, que conforman las diferentes comunidades del Distrito Valencia Estado Carabobo. Dicho estudio está inserto en la Línea de Investigación del Doctorado en Enfermería: Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de Vida.

Este estudio fue planteado desde el paradigma cualitativo, por cuanto permite la reivindicación de la propia experiencia humana y la subjetividad como fuente de conocimiento, con un enfoque fenomenológico, hermenéutico, ya que se aboca a la comprensión e interpretación de los fenómenos tal y como son experimentados y percibidos

por el ser humano (2), utilizando las fases del abordaje de Hebert Spiegelberg y la técnica de la entrevista en profundidad, mediante encuentros con los actores sociales.

Las decisiones y acciones de hoy tienen un impacto serio en el futuro. Mientras más evidencias científicas recibimos, más indicaciones hay de que somos nosotros los que causamos muchas de nuestras enfermedades. En gran parte los hábitos inadecuados de estilos de vida causan las enfermedades y dolencias, podríamos vivir vidas más largas si nuestros estilos de vida no nos causaran enfermedades que la acortaran. Es por ello que los padres deben fomentar en la familia hábitos saludables en la alimentación y modelar comportamientos protectores para la salud, con comidas sanas y balanceadas, realizando actividad física así como controles médicos periódicos, no consumir tabaco ni alcohol, entre otros; a fin de preservar la vida y por ende la salud, ya que lo que hoy realizamos se traducirá en daños o beneficios en el futuro.

La identificación de los factores de riesgo en una población de adultos que han sufrido un infarto de miocardio (IAM) adquiere especial relevancia, porque permite identificar su vulnerabilidad para otras enfermedades cardiovasculares y contribuye a focalizar estrategias de prevención al constituir un grupo que requiere cambios de conductas y establecer hábitos de vida más saludable que permitan retrasar o minimizar la aparición de complicaciones y recaídas en este grupo poblacional (3).

Los estilos de vida de las personas pueden conducir a comportamientos considerados no saludables y, por ende, se convierten en factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. Es importante mencionar que Según la

Organización Mundial de la Salud (OMS), 36 millones de las muertes en el mundo es a causa de eventos coronarios, solo por enfermedades cardiovasculares; se estima que para el año 2030 la cifra estará alrededor de 25 millones de defunciones (4).

En Latinoamérica, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estas enfermedades constituyen la causa más frecuente de defunción y discapacidad, tanto en hombres como en mujeres. En efecto, en la población venezolana, las afecciones del corazón y los vasos sanguíneos son la principal causa de muerte y representan una creciente carga sanitaria, social y económica. Así, en nuestro país, se estima que las afecciones del corazón y los vasos sanguíneos produjeron 52.706 muertes en el año 2015. Este número de defunciones representó el 31% de toda la mortalidad y el 43 % de la mortalidad por enfermedad no transmisible (5).

Como se aprecia, estas estadísticas son importantes para establecer el valor de adoptar conductas saludables, por la necesidad que existe en la actualidad en tratar de reducir la morbilidad por infarto de miocardio, así como proporcionar la información necesaria relacionada con los cambios en sus estilos de vida, contribuyendo a una vida más saludable.

Esta investigación se estructuró en diez capítulos: El **Capítulo I:** plantea El **Fenómeno de Estudio**, contextualizando la realidad a investigar, narrando la cotidianidad del fenómeno, preguntas norteadoras, objetivos general y específicos; justificación y delimitación del estudio. En el **Capítulo II: Explorando el Referencial Teórico**, se hace referencia sobre la indagación del fenómeno de estudio por diferentes estudiosos del tema a

nivel internacional y nacional, se presenta el basamento teórico – filosófico que sustenta la investigación sobre el significado de estilos de vida saludable para las personas que han sufrido un infarto de miocardio; así como la fundamentación legal de la misma. Siguiendo con el **Capítulo III: Recorriendo el Camino Metodológico**: Describe el enfoque de la investigación, el método seleccionado, informantes clave, agentes externos, los cuales manifestaron participar de manera voluntaria y estuvieron sensibilizados con el fenómeno de estudio, acceso al campo, consideraciones éticas, técnica de recolección de la información, rigor metodológico y el análisis de los datos cualitativos.

Por su parte el **Capítulo IV: Descripción del Fenómeno de Estudio**: Presenta la perspectiva de los informantes clave. En el **Capítulo V: Búsqueda de las Múltiples Perspectivas sobre el Fenómeno de Estudio**, están detallada la perspectiva de la investigadora y los agentes externos que formaron parte del estudio, así como las coincidencias o intersecciones de los mismos, según respuestas obtenidas durante la entrevista. Continuando con el **Capítulo VI: Fenomenología de las Esencias y de las Estructuras**; presenta la síntesis narrativa, el proceso de triangulación, coincidencias o intersecciones en la respuesta de los informantes clave, el proceso de categorización o codificación tanto de los informantes clave, como de los agentes externos. El **Capítulo VII** presenta la **Constitución de los Significados del Fenómeno Investigado**.

Posteriormente el **Capítulo VIII Fenomenología Hermenéutica: Interpretando el Fenómeno de Estudio**; contempla la interpretación y comprensión que permitieron generar una construcción teórica. La interpretación de la información constituye el momento

hermenéutico desde el cual se construyen nuevos conocimientos **Capítulo IX**
Construcción Teórica sobre estilos de vida saludable: Significado asignado para las
personas que han sufrido un infarto de miocardio, es la contribución teórica, derivada
de los significados asignados por los informantes clave al fenómeno de estudio. El
Capítulo X consiste en relatar las **Consideraciones finales de la Investigación**. Se
culmina con la presentación de las **Referencias Bibliográficas** y **Anexos** correspondientes.

CAPITULO I

EL FENÓMENO DE ESTUDIO

El lienzo está en blanco y cada pincelada es un pedazo del alma.

Armando Reverón

En este capítulo se contextualiza la realidad sobre el fenómeno de estudio las preguntas norteadoras, los objetivos, justificación y delimitación de la investigación.

Contextualizando la realidad a investigar

El hecho de que las principales causas de muerte se visualicen desde los procesos infecciosos hasta los factores ambientales, hace que cobre importancia el debate sobre los estilos de vida saludable y su impacto sobre la salud. Así, el interés social que despierta este ámbito de estudio ha conducido a la proliferación de investigaciones y publicaciones, de forma que en la actualidad el concepto de estilo de vida se utiliza en el área de la salud más que en otros ámbitos de estudio (6).

Cabe señalar que el análisis sobre el tema de los estilos de vida se quedaría cortos, si se restringe a los aspectos médicos epidemiológicos, pues es importante comprender el

sentido inherente de su concepción en otras dimensiones de la vida, por ejemplo en el ámbito social, cultural y económico, ya que el estilo de vida de las personas tiene impacto en su calidad de vida, en las demás personas y en el entorno en el cual se desenvuelven. En este sentido, es considerable la contribución que las ciencias sociales y la medicina social han efectuado en procura de esclarecer, el concepto de estilos de vida y sus aplicaciones en diversos campos como la salud, específicamente en el ámbito de las políticas en salud, la epidemiología, la medicina preventiva y la educación en salud entre otros. Vale la pena señalar el aporte que el sociólogo alemán Max Weber realizó en este campo desde su teoría de la racionalidad formal y las ideas acerca del estilo de vida, ya que este ha sido un punto de partida para que otros autores apliquen las ideas propuestas por él en el desarrollo del concepto sobre estilo de vida en salud (6).

Las primeras discusiones que surgieron en torno al análisis sobre los estilos de vida datan del siglo XIX con los escritos elaborados por Karl Marx alrededor del año 1850. Marx consideraba que los estilos de vida de la gente estaban determinados económicamente, porque en un sistema de producción, tanto el ingreso como la posición laboral de un individuo eran parte del estilo de vida que experimentaban los grupos sociales (7).

Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica, sobre la filosofía del modelo biomédico, desde este paradigma, la comunidad médica defendía que las personas practicaban estilos de vida insanos por su propia voluntad; es decir, este modelo no reconocía la importancia del

contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida (7).

Aunque se ha dicho que el modelo biomédico es reduccionista, en esta época ha contribuido a que el estilo de vida sea un tema de estudio e investigación para las ciencias de la salud y que los ciudadanos lleguen a ser más conscientes de que algunas de sus conductas conllevan riesgos para la salud. Además, el modelo biomédico fue el encargado de introducir el término de estilo de vida saludable y de conseguir en cierto modo que, tanto su uso como el del término estilo de vida, se extendiese al lenguaje cotidiano y a la literatura sobre la salud (7).

El Glosario de Promoción de la Salud (OMS) define estilo de vida de una persona como aquel compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones (8).

De acuerdo a lo planteado sobre los estilos de vida se infiere que los mismos son una noción esencialmente subjetiva, pues se trata siempre de una condición asumida desde la individualidad y la particularidad. Es multivariada centrada en el bienestar del individuo ya que recoge desde una alimentación saludable, hasta el aspecto emocional.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo, los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como esas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud la cual está definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta (9).

Los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida (9).

De este modo la promoción de estilos de vida saludable y las acciones deben enfocarse en ofrecer a las personas opciones que le permitan tomar las mejores decisiones sobre su vida, lo que constituye una diferencia fundamental con el modelo médico, en el cual las acciones en salud son impuestas a los sujetos sin tomar en cuenta el entorno y sus sentimientos.

Comprendiendo el proceso de enfermedad como una resultante de la interacción de múltiples factores causales, se ha procurado agruparlos y ordenarlos mediante un modelo, dentro de los cuales, uno de los más usados ha sido el del triángulo epidemiológico, en cuyos vértices coexiste un equilibrio dinámico entre agente, huésped y medio ambiente (10).

Por esta razón, las medidas preventivas disminuyen los riesgos en las personas y comunidades y los gastos de recursos. Una de las prioridades en las políticas de salud debe ser la medicina preventiva. El modelo de Leavell y Clark incluye la prevención primaria, que actúa en el período prepatogénico, pretendiendo evitar la enfermedad modificando o suprimiendo los factores de riesgo o impidiendo que actúen aquellos sobre la persona. En el primer nivel del modelo de Leavell y Clark incluye la promoción de la salud, la cual no está dirigida a ninguna enfermedad en particular, sino a las medidas que mantienen y promueven la salud del individuo como alimentación, vivienda, educación, condiciones de trabajo, exámenes periódicos y educación para la salud (10).

Una de las enfermedades que están presentes en la población son las cardiovasculares, las cuales están asociadas a factores de riesgos modificables y no modificables donde los primeros pueden ser controlados mediante la adopción de estilos de vida saludables como comer sano y realizar ejercicios.

En este orden de ideas, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las cardiopatías siguen siendo la primera causa de mortalidad; la diabetes y la demencia se sitúan entre las diez causas principales (4).

Las cardiopatías son desde hace 20 años la causa principal de mortalidad en todo el mundo, si bien ahora provocan más muertes que nunca. El número de muertes debidas a las cardiopatías ha aumentado desde el año 2000 en más de 2 millones de personas, hasta llegar a casi 9 millones de personas en 2019. Las cardiopatías representan en estos momentos el 16% del total de muertes, debidas a todas las causas (4)

Por esto, a pesar de que la sociedad moderna ha avanzado en ciencia y tecnología, aún no se ha detenido a discutir el impacto que tiene esta creciente morbilidad en personas con afecciones cardiovasculares. Este escenario me motiva a realizar la presente investigación para explorar el significado que tienen los estilos de vida saludable en personas que han sufrido un infarto de miocardio, a fin de interpretar y comprender dichos significados.

Narrando la cotidianidad del fenómeno

La motivación del estudio surge por el creciente número de personas ingresadas a los centros asistenciales con diagnóstico de infarto de miocardio. La OMS refiere que las cardiopatías son desde hace 20 años la causa principal de mortalidad en todo el mundo, si bien ahora provocan más muertes que nunca. El número de muertes debidas a las cardiopatías ha aumentado desde el año 2000 en más de 2 millones de personas, hasta llegar a casi 9 millones de personas en 2019. Las cardiopatías representan en estos momentos el 16% del total de muertes debidas a todas las causas (4).

Durante mi formación universitaria en el pregrado evidencie casos de personas con hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas tipo infarto de miocardio, al ser interrogados como parte de la historia de salud verbalizaban la presencia de factores de riesgo no modificables tales como antecedentes hereditarios para enfermedad cardiovascular; asimismo, la presencia de factores de riesgos modificables o controlables como el consumo de cigarrillo, la ausencia de un patrón regular de ejercicios diario, obesidad, hiperlipidemia y el consumo de alimentos no saludables y por el contrario favorecedores del proceso aterosclerótico, unido a estos aspectos se encuentra la adherencia al tratamiento farmacológico de manera irregular y el estrés resultante del tipo de actividad laboral que realizaban.

Durante mi experiencia como profesional de la enfermería en la Unidad de Cardiología y Emergencia de un centro asistencial público y en algunos hogares a nivel de la comunidad, se encontró al momento de recolectar la información para realizar la historia de salud y examen físico, que las personas posterior al infarto de miocardio, a corto plazo se sienten responsables y capaz de autocuidarse, pero a largo plazo, descubren que su comportamiento preventivo y en especial seguir una correcta dieta es difícil mantener. En efecto, se puede apreciar la inexistencia de un patrón de conductas en la realización de actividad física y en cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico, la preocupación de la persona post infartada prevalece en cumplir con el tratamiento indicado y la asistencia a la consulta.

Considerando lo expuesto, es importante conocer el significado del estilo de vida de las personas post infartada, conjuntamente con el reinicio a sus actividades cotidianas, una vez egresadas a su hogar, ya que uno de los principales problemas que se ha suscitado como resultado de los cambios socioculturales y económicos en la sociedad moderna ha sido el cambio en los estilos de vida del ser humano, en relación a sus patrones de alimentación, trabajo, descanso y la incorporación de elementos perjudiciales para la salud y que son aceptados socialmente tal y como es el caso del alcohol y el cigarrillo.

Como docente universitaria, al realizar la actividad de extensión como componente del Estatuto del Personal Docente y de Investigación de la Universidad de Carabobo a través del Proyecto Corazón Saludable perteneciente al Departamento Básico de Enfermería, ubicado en un Centro Hospitalario de la Ciudad de Valencia, Municipio Naguanagua, se observó con preocupación cómo los pacientes en la fase III de rehabilitación cardíaca; con edades comprendidas entre 40 y 60 años, y según datos aportados en las entrevistas de los mismos, se identificó que no llevaban estilos de vida saludables, ya que al recibir las sesiones educativas, manifestaban que ingerían en su mayoría alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol; además, poseían antecedentes de diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, entre otros, no realizaban actividad física, consumían tabaco, alcohol y la adherencia al tratamiento médico era irregular. Es importante señalar que la fase III de rehabilitación cardíaca es la de mantenimiento, comienza terminada la fase II y dura toda la vida, aquí se pretende que la

persona haya cambiado el estilo de vida con los hábitos aprendidos en la fase previa y que los mantenga, a ser posible, indefinidamente (11).

En tal sentido, existe en la actualidad la necesidad de reducir la morbimortalidad por infarto de miocardio, así como proporcionar la información necesaria relacionada con los cambios en sus estilos de vida, para que la persona concientice la necesidad de modificar las actividades de la cotidianidad de su vida, contribuyendo de esta manera a una vida sana y productiva de la población del Estado Carabobo, Venezuela.

Preguntas Norteadoras del Estudio.

El fenómeno de estudio en esta investigación de acuerdo al área de interés está planteado en la búsqueda exhaustiva que pueda responder las siguientes interrogantes:

1. Qué significa para usted un estilo de vida saludable?
2. ¿Me podría informar como era su estilo de vida antes y después del infarto?
3. ¿Qué sentimientos le generó el haber sufrido un infarto de miocardio?
4. ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

Para dar respuesta a estas interrogantes, me planteó los siguientes objetivos para esta investigación.

Objetivos del Estudio

Objetivo General:

Generar una construcción teórica a partir del significado que tiene para las personas que han sufrido un infarto de miocardio los estilos de vida saludable.

Objetivos Específicos:

- Describir el significado que tienen para las personas que han sufrido un infarto de miocardio el estilo de vida saludable.
- Buscar las diferentes perspectivas de los agentes externos y de la investigadora acerca del significado en las personas que han sufrido un infarto de miocardio.
- Comparar las diferentes visiones de los informantes clave y los agentes externos sobre el significado de lo que es un estilo de vida saludable.
- Buscar las esencias y las estructuras en los significados aportados por los informantes clave y agentes externos sobre el significado de lo que es un estilo de vida saludable.
- Interpretar el significado que tiene para las personas que han sufrido un infarto de miocardio los estilos de vida saludable.
- Comprender el significado que tiene para las personas que han sufrido un infarto de miocardio los estilos de vida saludable.

Justificación de la Investigación

La contribución teórica del presente estudio es la expresión de un abordaje constructivista, bajo una concepción de naturaleza ontológica y epistemológica, cuyo aporte axiológico es reforzar el valor de la salud, de la responsabilidad y autodeterminación para la toma de decisiones a favor de un cambio en el estilo de vida saludable.

La relevancia de esta investigación desde la perspectiva ontológica es reconocer a la personas como un ser biopsicosocial y espiritual, cargado de sentimientos y valores que lo diferencian de lo material, la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio, se centra en la transformación de su percepción sobre la vida, la salud y el autocuidado; lo que los impulsa a valorar la vida y adoptar hábitos saludables.

La relevancia para la profesión de enfermería, desde la concepción epistemológica, se traduce en la interpretación del significado del estilo de vida saludable, dado por las personas que han tenido la vivencia de un infarto de miocardio. Esto generará la producción de nuevo conocimiento que será de gran utilidad para enriquecer las ciencias humanas, acerca de los sentimientos, pensamientos, emociones y valores de dichas personas, derivada de sus experiencias, opiniones y sensaciones dando oportunidad a la persona de expresar otras alternativas según sus creencias, para generar nuevas formas en su cuidado, lo que a su vez, beneficia y le da significado a la práctica profesional en enfermería. Además de esto al obtener los resultados se generarán nuevas líneas de investigación relacionadas con el estilo de vida saludable.

De igual forma, los resultados serán útiles para la formación del futuro profesional en 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 aprenderá a valorar lo que significa un estilo de vida saludable lo que lo motivara a la adopción de los mismos, modelando conductas ante los pacientes, familia y comunidad.

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 post infartadas para proporcionarles información y motivarlos conjuntamente con el grupo familiar, a tomar decisiones con respecto a la adopción de estilos de vida saludables. También es relevante porque se impulsará la creación de redes de apoyo a nivel nacional e internacional donde los protagonistas serán las personas que han padecido un evento coronario y la importancia de la adopción de estilos de vida saludables.

En cuanto a la relevancia social está contenida en los aportes que proporciona la investigación al hombre y a la sociedad, ya que el estudio ofrece un marco conceptual que permite concebir la compleja realidad social y humana a partir de la vivencia y cotidianidad del propio hombre.

Si bien es cierto que, las afecciones cardiacas, son la principal causa de muerte y representan una creciente carga sanitaria, social y económica, en la población venezolana, se hace necesario implementar medidas para el cuidado en estos grupos vulnerables ya que pueden desencadenar una contingencia de enfermedades cardiovasculares de gran proporción como la cardiopatía isquémica, particularmente el infarto de miocardio.

Para investigaciones futuras en ciencias de la salud, los resultados pueden ayudar a la construcción de un abordaje más humanizado en el cuidado para las personas post infartadas, pues es a través de la interacción persona-familia y comunidad, que se obtiene información fidedigna, de acuerdo a sus experiencias y concepciones individuales, por ser estas, quienes saben y deciden que quieren, y como quieren que las cuiden.

Delimitación del Estudio

El presente estudio va dirigido a actores sociales representados por personas que han sufrido un infarto de miocardio que se encuentran en sus domicilios en Valencia, Estado Carabobo, los cuales fueron atendidos en la Ciudad Hospitalaria Dr. "Enrique Tejera" y en centros de salud privados, en el período enero 2022 a Septiembre 2023.

Alcance: El presente trabajo de investigación doctoral busca la construcción teórica a partir del significado que tiene para las personas que han sufrido un infarto de miocardio los estilos de vida saludable.

CAPITULO II

EXPLORANDO EL REFERENCIAL TEORICO

**La finalidad del arte es dar
cuerpo a la esencia secreta de
las cosas, no el copiar su
apariencia**

Aristóteles

El capítulo presenta la revisión que se realizó sobre estudios que se relacionan con el fenómeno de estudio, de igual manera contiene referentes teóricos sobre aspectos significativos del fenómeno estudiado, finalizando con las bases legales del estudio.

Investigaciones Previas

A continuación se describen las investigaciones internacionales y nacionales, que se han realizado sobre el tema en estudio.

A nivel Internacional:

En la investigación titulada “Trayectorias de vida e infarto agudo de miocardio: vivencias de varones de la ciudad de Bogotá” (12), su objetivo general fue conocer y comprender las trayectorias que estructuran los estilos de vida de varones que han sufrido infarto agudo de miocardio la metodología utilizada fue de carácter cualitativo descriptivo. El criterio de selección fueron hombres invitados a participar y se seleccionaron a partir de la base de datos de ingreso y egreso de pacientes de la unidad de cuidados coronarios del Hospital San José de Bogotá. Los datos fueron analizados siguiendo la propuesta de Janice

M. Morse .A partir de los datos analizados se construyen dos categorías: 1. Trabajo, masculinidad y socialización: marco de los estilos de vida y 2. “Mi pequeño modo de entender”: Auto comprensión del fenómeno.

En conjunto estas categorías permiten comprender cómo la reproducción social y el mundo del trabajo de los varones ordenan las opciones y decisiones sobre los estilos de vida que ellos asumen. Conclusión: La aproximación comprensiva a las trayectorias que estructuran los estilos de vida de varones que han sufrido infarto agudo de miocardio desde sus voces y representaciones nos muestran cómo el mundo del trabajo masculino sobre determina muchos de los comportamientos y elecciones de la cotidianidad (nocivos), como una dialéctica entre agencia y estructura. Los riesgos de las enfermedades cardiovasculares comienzan desde la vida fetal y continúan a través de la infancia, la adolescencia y la vida adulta, aproximarse a su trayectoria de construcción resulta fundamental para la atención en salud (12).

Esta investigación está relacionada con el presente estudio ya que abordó los estilos de vida saludables en una población de adultos jóvenes varones, los cuales determinan que es desde la infancia donde se deben inculcar estilos de vida saludables, que puedan ser perdurables para toda la vida y con ello evitar condiciones desfavorables para la salud.

El estudio “Conocimiento del riesgo de presentar un infarto de miocardio y las barreras para el acceso al estilo de vida saludable” tuvo como objetivo identificar el conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares y las barreras para su modificación

en una población de Medellín, Colombia. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo de corte transversal, donde se incluyó a la población que asistió a las jornadas del Día Mundial del Corazón y se registraron variables antropométricas. Adicionalmente se indagó sobre el conocimiento de la principal causa de muerte en Colombia y en el mundo, su intención de realizar cambios en el estilo de vida y las barreras para implementarlo. Se realizó un análisis bivariado según el sexo. Resultados: Se incluyeron 1.324 adultos. El 46% de los hombres vs el 41,4% de las mujeres identificó la enfermedad coronaria como la primera causa de muerte. La mayoría de los hombres y las mujeres manifiestan su interés en iniciar un estilo de vida saludable (91,8 vs. 94,5% $p = 0,07$). La falta de tiempo fue la principal barrera. El 2,2% de los hombres y el 2,6% de las mujeres manifiestan desconocen cómo pueden iniciar un estilo de vida saludable. Conclusión: Existe poco reconocimiento de la enfermedad coronaria como causa de muerte, especialmente en las mujeres, la falta de tiempo y los factores económicos son la principal barrera para implementar cambios en los factores de riesgo modificables (13).

Es importante la relación que guarda este estudio con nuestra investigación, en cuanto a las cifras de infartos al miocardio en los países latinoamericanos, debido a la falta de conocimiento promoción e implementación de estilos de vida saludables para prevenir eventos coronarios.

El trabajo de investigación “Cuidar de si en docentes universitarios: una mirada desde la integralidad” (14), destaca que el ser humano determina su acto de cuidar de si, cuidar del otro y cuidar el medio que lo rodea, proceso que es complejo y que necesita de

un grado de madurez y responsabilidad. Uno de los aspectos que el ser humano debe cuidar es la salud, la cual se considera un proceso complejo y frágil que en cualquier instante se pierde trayendo como consecuencias enfermedades y cambios drásticos que afectan la calidad de vida de la persona. El objetivo de este estudio fue construir un referencial teórico de naturaleza ontológica, epistemológica y axiológica del significado del cuidar de sí para los docentes universitarios desde la perspectiva de integralidad. Se utilizó el paradigma cualitativo con el método fenomenológico, con el abordaje de las etapas de Spilgerberg. Se seleccionaron cuatro (4) informantes clave y como agentes externos participaron los directivos de la institución educativa y familiares de los docentes universitario. Las categorías emergidas tras las entrevistas fueron: Cuidar de Sí Como Concepto Integral, Necesidades Biopsicosociales y Espirituales y Cuidar de sí: Pilar fundamental para mantener la salud. La contribución teórica sustenta que el transitar del docente universitario por las aulas de clases es un escenario de oportunidades para el desarrollo profesional y personal, por lo que dicho escenario debe estar dirigido a educar para trascender y humanizar a los estudiantes sobre el cuidar de sí mismo, cuidar del otro, cuidar del planeta como nuestro hogar para un aprendizaje transformacional en la sociedad (14).

Este estudio, resulta de utilidad para la investigación porque permite evaluar los escenarios en el ámbito de la educación universitaria, ya que este contexto es idóneo para la promoción de estilos de vida saludables.

A nivel Nacional:

Con relación a la investigación titulada “Modelo de cuidado para la persona post-infartada basado en la Rehabilitación Cardíaca” (15) expone que las enfermedades

cardiovasculares, en especial la enfermedad coronaria tipo infarto de miocardio, constituyen la principal causa de muerte en los países industrializados; producen además, una elevada morbilidad junto con una marcada disminución de la calidad de vida, razón por la cual es importante la Rehabilitación Cardíaca para reincorporar precozmente a estas personas a su vida cotidiana y evitar la aparición de nuevos episodios agudos y por consiguiente reingresos hospitalarios por re infartos. El propósito general de este estudio fue: Construir un Modelo de cuidado para las personas post-infartadas basado en la Rehabilitación cardíaca, desde el abordaje epistemológico de la complejidad, considerando el enfoque Complejo Dialógico, con abordaje cuantitativo y cualitativo.

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. Se seleccionaron tres (03) informantes clave que habían experimentado un infarto de miocardio enmarcados dentro del proceso de Rehabilitación. Los agentes externos participantes fueron: Tres (03) familiares cercanos y tres (03) enfermeras. Como técnica de recolección de la información utilice la entrevista en profundidad. Los epistemes derivados de los significados expresados por los participantes del estudio fueron: Dimensión Psicológica, Alimentación, Actividad física, Actividad sexual, Actividad laboral y Adaptación a un nuevo estilo de vida. La contribución teórica del presente estudio es la expresión de un abordaje constructivista, bajo una concepción de naturaleza ontológica y epistemológica, cuyo aporte axiológico es reforzar el valor de la salud, de la responsabilidad y el de autodeterminación para la toma de decisiones a favor de un cambio en el estilo de vida saludable (15).

La investigación guarda relación con la planteada, ya que un factor importante al evaluar a los pacientes post infartados son sus hábitos adquiridos durante la infancia y su nivel de vulnerabilidad ante la situación vivida y no solo evaluar la salud sino también su condición biopsicosocial.

Por otra parte el estudio “Modelo de cuidar de sí mismo: desde la perspectiva del profesional de enfermería con tendencia al desgaste laboral” (16), expone que la sociedad en la actualidad está sumergida en grandes cambios sociales, culturales, políticos, legales que transforman a las organizaciones, influyendo en la percepción del sujeto generando una discordancia entre el trabajo ejecutado y lo logrado, condiciones que les permitirá la libertad al profesional de enfermería y el reconocimiento del Cuidado de sí mismo.

El propósito del estudio fue construir un Modelo Del Cuidar de Sí Mismo desde la perspectiva del profesional de Enfermería con Tendencia al Desgaste Laboral. El mismo está adscrito a la línea de investigación: Cuidado de la Vida y Ser Saludable desde la Perspectiva de los Propios Actores pertenecientes al Doctorado en Enfermería, Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Adscrito a la Unidad: Clima Organizacional y la Práctica Profesional de Enfermería. Se seleccionaron tres (3) informantes clave y tres (3) supervisoras de área como agentes externos participantes. Se utilizó la metodología cualitativa, bajo el paradigma de la complejidad.

Los epistemes derivados de los significados formulados por los colaboradores del estudio fueron: Categoría 1: Introspección del Cuidar de Sí mismo; Categoría 2: Déficit de Auto Cuidado; Categoría 3: Dimensión Psicológica. Categoría 4: Destreza del Cuidar de Sí mismo; Categoría 5: Percepción Laboral. Categoría 6: Interrelación Personal y Categoría 7: Relación Institucional. En síntesis el Cuidar de Sí Mismo: Es el arte del profesional de enfermería adquirido de forma extrínseca para afrontar la cotidianidad del cuidado y alcanzar la transformación de su interior desde la complejidad de lo epistemológico, axiológico y ontológico generando un estado de satisfacción de su labor personal y profesional, logrando el cuidado de sí mismo y del otro (16).

Esta investigación tiene gran relevancia con el presente estudio por cuanto aporta resultados importantes en cuanto identifica las conductas auto cuidadoras saludables, para alcanzar bienestar en su aspecto biopsicosocial, así como la responsabilidad que debe tener la persona para brindar su propio autocuidado. El profesional de enfermería posee habilidades y conocimientos para impartir prevención primaria en salud, y reforzar el cuidado de si y del otro.

La investigación “Significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con hipertensión arterial” (17); tuvo como objetivo general describir el significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial. Los referentes teóricos que respaldaron el estudio fueron Pender, Mishel y Husserl. Para la consecución de este propósito se realizó un estudio de carácter cualitativo, fenomenológico, bajo el paradigma constructivista, según

el método planteado por Husserl, el método fenomenológico profundiza en el problema de la representación del mundo, por ello se trabaja en un lenguaje descriptivo que tiene el propósito de hacer evidente la experiencia humana a través de la reflexión y así descubrir las formas genuinas y verdaderas de los propios pensamientos, por lo tanto se realizó una entrevista en profundidad a 8 personas hipertensas que asistieron a la Consulta de Cardiología del Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional Nro. 4, con sede en Barquisimeto, quienes previo consentimiento informado accedieron voluntariamente a participar en el estudio. Para el análisis de la información se siguieron los pasos descritos por Colaizzi, emergiendo los siguientes temas: Proceso de transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial, Adhesión a la enfermedad, La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades y la importancia del grupo familiar en la coexistencia con la enfermedad (17).

La relación que guarda este trabajo de investigación con el presente estudio viene dada porque a pesar de que la Hipertensión arterial es una enfermedad frecuente y que se manejan porcentajes altos de personas afectadas por la misma, la mayoría de los pacientes desconocen las complicaciones que pueden generarse por la no adhesión al tratamiento, siendo importante la orientación que cree conciencia y transforme acciones que conlleven a cuidados y a cumplir con el tratamiento y control de su enfermedad, lo que a la vez repercutirá en la calidad de vida.

Los estudios anteriormente mencionados forman parte del producto de investigaciones realizadas en Colombia y del Doctorado en Enfermería de Venezuela, y guardan relación con la temática y el método utilizado en este estudio.

Bases Teóricas que Sustentan la Investigación

A continuación se presentan algunas bases teóricas y teorías que sustentaron el presente proyecto.

Conceptualización de Infarto Agudo de Miocardio:

El infarto agudo de miocardio (IAM) es el término utilizado para describir los cambios necróticos agudos de miocardio debido a la privación de forma repentina y catastrófica del aporte sanguíneo coronario durante un periodo de tiempo suficiente, resultado casi siempre de una oclusión coronaria aguda (trombosis, hemorragia sub íntima o rotura de placa de ateroma). El infarto agudo al miocardio es una enfermedad infrecuente hasta fines de 1900. A partir de esa época cobra mayor importancia dentro de las causas de muerte poblacional, debido a un aumento de la expectativa de vida de la población y al mayor sedentarismo que acompaña a la modernización (18).

Antiguamente se creía que el desarrollo de la ECV no era modificable, gracias al estudio de Fremigham iniciado en 1948, se evidencia la existencia de factores de riesgos modificables en esta patología. Se determinó que los principales factores de riesgo correspondían a dislipidemia, hipertensión arterial, tabaco, sedentarismo, sobrepeso y gota. La patología coronaria alcanza actualmente proporciones epidémicas, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta patología es responsable de un tercio de las muertes en varones entre 45 y 55 años de edad y de la muerte de 4 de cada 10 varones en todos los grupos de edades (18).

La enfermedad isquémica del corazón y particularmente el infarto agudo al miocardio (IAM), es la causa número uno de mortalidad cardiovascular en la población adulta venezolana. En efecto, en nuestro país, la cardiopatía isquémica es responsable de Venezuela, el 58% de la mortalidad por enfermedad cardiovascular y el 25% de la

mortalidad por enfermedad no transmisible son atribuibles a la cardiopatía isquémica. Sin embargo, de acuerdo a tasas de incidencia de IAM en poblaciones iberoamericanas, se ha estimado que en el año 2010, cerca de 34.597 nuevos casos de IAM ocurrieron en todo el territorio nacional, de los cuales murieron 18.752. Esto representa una tasa de letalidad por IM de 54%. En otras palabras, cada 30 minutos se registra una muerte por IAM en el territorio nacional (19).

Por otra parte, de acuerdo a datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (20), Venezuela exhibe una de las tasas de mortalidad prematura por IAM más altas de la región de las Américas, vale decir, 49.6 x 100.000 habitantes (69 x 100.000 en el hombre y 30 x 100.000 en la mujer). Un aspecto muy preocupante es la discordancia entre número anual de defunciones por IAM (n=18.752) y el número anual de IAM incidentes (n=2.685) reportados por los establecimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (21). Esta discrepancia estadística refleja una enorme crisis de larga data en la calidad del registro y en la atención médica del IM en el Sistema Público Nacional de Salud. También, esos datos epidemiológicos discordantes ponen en relieve la necesidad imperiosa de que el sector privado de asistencia cardiovascular proporcione información epidemiológica oportuna y confiable sobre la atención del IM, así como de otras patologías cardiovasculares.

De acuerdo al anuario del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (22), las enfermedades cardiovasculares principalmente el Infarto de Miocardio emerge como la

principal causa de muerte en la población adulta venezolana, tanto en hombres como en mujeres. La tasa de defunciones por IM en promedio se ha mantenido en las últimas cuatro décadas con una tendencia hacia un progresivo incremento en los últimos años.

Unido a las ideas plasmadas sobre el infarto de miocardio es necesario considerar los factores de riesgos asociados a esta patología. Los factores de riesgos bien establecidos de la cardiopatía isquémica son el colesterol total sérico, la hipertensión arterial, el consumo de cigarrillos y la diabetes, se les denomina actualmente factores de riesgos clásicos. La edad y el sexo no son factores de riesgo sino características de riesgo. No hay dudas de que si se lograra disminuir la incidencia de la enfermedad coronaria modificando los factores de riesgo que incrementan su aparición en la población, el efecto sobre la mortalidad sería mayor y disminuirían los costos por diagnósticos y terapéuticas invasivas y complejas (23).

Los factores de riesgo son condiciones individuales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Entre ellos tenemos los no modificables que son constitutivos de la persona, la que siempre tendrá ese factor de riesgo y no es posible revertirlo o eliminarlo; dentro de los cuales podemos mencionar el sexo, la edad, la herencia, los antecedentes personales. Y los modificables que son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida como por ejemplo la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, la diabetes, hipercolesterolemia, alcohol y el estrés (24).

Lo que se ha escrito sobre Estilos de Vida Saludable:

Los estilos de vida o hábitos, son un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas que algunas veces son saludables y en otras son nocivos para la salud; entre los nocivos, se encuentran la inactividad física, alimentación no saludable y el consumo de sustancias psicoactivas como el cigarrillo y el alcohol, constituyendo factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cerebrovascular, obesidad, diabetes tipo II y el cáncer. Es así que la dieta y el estilo de vida saludable desempeñan roles importantes, en los cuales propenden por un desarrollo armónico del ser humano, para elevar la calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 36 millones de las muertes en el mundo son a causa de ECNT; solo por enfermedades cardiovasculares se estima que para el 2030 la cifra estará alrededor de 25 millones de defunciones (18). En Latinoamérica, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estas enfermedades constituyen la causa más frecuente de defunción y discapacidad, tanto en hombres como en mujeres (20).

El estudio de carga de la enfermedad en Colombia, del Ministerio de la Protección Social, estimó que las ECNT se les puede atribuir el 76% de la carga de enfermedad del país y de este porcentaje el 84% corresponde a discapacidad, lo cual incrementa los costos en el sistema de salud. Las enfermedades cardiovasculares y sus manifestaciones clínicas se presentan típicamente en la edad adulta, sin embargo sus factores de riesgo modificables como el tabaquismo, los hábitos dietéticos inadecuados y falta de actividad física están

determinados en gran medida por los comportamientos aprendidos en la niñez y que continúan en la edad adulta. Para ello las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, promueven desde la infancia la detección de la hipertensión, el control de la obesidad, la realización del ejercicio regular no fumar y una buena nutrición como parte importante del estilo de vida saludable (25).

El infarto, la trombosis, la hipertensión y la diabetes están en la lista de las diez principales causas de mortalidad en Colombia, lo cual pone al país frente a una epidemia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) para enfrentar esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social estimula la adopción de hábitos de vida saludable en toda la población colombiana. En Colombia la Resolución 0780 de 2014, establecen los lineamientos técnicos para la implementación de los programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, y para la prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares, cuyo objetivo es fortalecer la capacidad, competencias y corresponsabilidad de las instituciones y la comunidades en la prevención y control de los riesgos cardiovasculares, a través de la creación de condiciones en los entornos que fomenten los comportamientos y prácticas saludables (19).

Además, en 2009 el Gobierno Nacional promulga la Ley 1355 o Ley de la obesidad y el Ministerio de la Protección Social en convenio con el Departamento, la recreación, la actividad física y el aprovechamiento del tiempo libre (COLDEPORTES), establecieron un documento técnico con contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física

cotidiana. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estableció entre sus metas aumentar la actividad física en adolescentes entre 13 y 19 años e impulsar estrategias para la promoción de actividad física en escenarios educativos, grupos comunitarios y laborales; a la vez la Alcaldía de Barranquilla ha implementado el programa Barranquilla Saludable, el cual tiene como objetivos específicos promover los buenos hábitos alimenticios, la actividad física, el desestimulo de tabaco y alcohol, disminuir los riesgos de enfermar y morir de enfermedades crónicas no transmisibles (19).

Con respecto al alcohol, es la droga de consumo más extendida en el mundo, es legalmente permitida desde los 18 años, siendo aceptado en lugares públicos. La adolescencia constituye un período especial del desarrollo, del crecimiento en la vida de cada individuo. Es una etapa de transición para culminar en el adulto, además es una fase de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que determinará su individualidad adulta.

Al respecto señala, que la infancia y la adolescencia son etapas que se caracterizan por ser periodos no solo de crecimiento rápido y de maduración sino también porque se adquiere el comportamiento alimentario para toda la vida. También se ha observado que las primeras manifestaciones de aterosclerosis se dan durante la infancia, que están relacionadas con la dieta y otros estilos de vida como la actividad física y los comportamientos sedentarios (26).

Sin duda, la participación de la enfermera en el desarrollo de estilos de vida saludables, permite proporcionar la información necesaria dirigida a contribuir con la toma de conciencia sobre la necesidad de disminuir la práctica de hábitos nocivos de salud, relacionados con el consumo de alcohol y cigarrillo, ingesta de alimentos con alto contenido de grasa, condimentos y sal, así como el fortalecimiento de prácticas de vida favorables como la realización de ejercicios, el consumo de alimentos con alto contenido de fibra, el manejo adecuado del estrés y el descanso adecuado, entre otros.

Los estilos de vida saludables son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente enmarcada dentro de la promoción de la salud, tal vez el momento clave de esta tendencia o el inicio de la misma, fue en el año 2004 en Ginebra donde se generó una declaración de la Organización Mundial de la Salud, para disminuir los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo, este último muy relacionado con la actividad física. El concepto de "estilo de vida saludable" es definido en general, como el "conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona". O bien: "El estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo" (27). Puede pensarse pues, que hábitos de vida y hábitos de salud son algo que van íntimamente ligados, de forma que, lo que en realidad se debe hablar es de hábitos saludables de vida.

De acuerdo a esta definición, las pautas de conducta saludables de un grupo están determinadas socialmente, lo que se refleja en sus estilos de vida. Muchas de estas pautas se aprenden en la relación con los pares, los padres, la familia, los medios de comunicación y en la escuela, sin embargo, estas están sujetas a modificaciones de acuerdo con las situaciones sociales que se presenten.

Por ende, el estilo de vida se denomina de una manera genérica, aquellos patrones cognitivos, afectivos, emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza. Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. Un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad. Al hablar de estilo de vida saludable, pudiese referirse a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo (28).

Escobar et al (29), definen por estilos de vida al conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad. Entre los estilos de vida tenemos los comportamientos, responsabilidad con la salud, ejercicios físicos, nutrición, soporte interpersonal y el manejo de estrés.

Cabe decir que, el análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud y, además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportamentales. Uno de los objetivos es la modificación de conductas de la población, tanto para cambiar estilos de vida que amenazan el bienestar individual, como para lograr tener una vida saludable.

Para la correcta identificación de qué es lo que caracteriza a los estilos de vida saludables, uno de los problemas que se plantean es el de la evaluación del impacto de las enfermedades. Esto se sigue haciendo en muchas ocasiones desde el punto de vista de la concepción tradicional de la salud. Sin embargo, desde el punto de vista del concepto de salud integral y del avance en el conocimiento sobre los estilos de vida saludables, la morbilidad puede ser definida como algún tipo de diferencia negativa no sólo objetiva sino también subjetiva respecto al estado de bienestar.

Desde este punto de vista, emerge el concepto de la calidad de los años vividos, es decir, no es suficiente considerar solamente el total de años que vivimos, sino que es preciso tener en cuenta los años durante los cuales una persona es autónoma, está libre de enfermedades crónicas y puede disfrutar de la vida. Si tomamos en consideración esta idea vemos como la influencia de la práctica de la actividad física en la salud adquiere una dimensión diferente, mucho más importante que la que le concedían las antiguas concepciones de la salud.

La enfermería contempla como base fundamental para nuestro desarrollo profesional la educación para la salud y este debe ser el objetivo principal a la hora de participar en los programas de rehabilitación cardíaca, la primera definición de rehabilitación cardíaca (RC) fue definida en el informe No. 270 de la OMS como "el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiópatas una condición física, mental y social óptima, que le permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad"(30).

En la actualidad, se consideran tres fases en los programas de RC, la Fase I, es la intrahospitalaria, periodo de la enfermedad cardiológica aguda, comprende un periodo de 7-10 días, la fase II, es la fase de convalecencia, desde el alta hospitalaria hasta 2- 3 meses, es la fase más rica del programa porque el individuo es conocedor de los buenos hábitos y costumbres cardiovasculares que debe potenciar y de aquellos factores de riesgo que debe controlar. La fase III, es la de mantenimiento, la persona debe asumir lo aprendido en las fases previas, cambiar el estilo de vida y continuar con dicho cambio de por vida" (30).

Visión Filosófica del Cuidado Humano:

El cuidado de enfermería ha evolucionado en la búsqueda de nuevos saberes y quehaceres, en la perspectiva de ratificar la profesión de enfermería como ciencia arte y tecnología. Es por ello que el cuidado humano es una característica humana, porque le damos sentido y nos distingue como seres humanos. Así mismo el progreso en los conocimientos en las ciencias médicas sobre el origen, el desarrollo, el cuidado y la naturaleza de la vida humana se han perfeccionado, así como las técnicas que bombardean

el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos que es la esencia al respeto, a la vida y al cuidado del ser humano. La enfermería actualmente está en una revolución humanística que la centra en función de cuidadora, en la atención y apoyo al paciente, además, si dicha revolución se produce, los pacientes podrían demandar de los servicios de una clase nueva y de diferentes profesionales de la salud (31).

De igual manera el cuidar es una relación interpersonal y enfatiza que la relación enfermera paciente, es la esencia de cuidar y la incorpora en sentimiento y en comportamiento, e incluye la preocupación, interés y educación por la salud del paciente. Lo que puede manifestarse en la relación de soporte. La autora antes señalada vincula el cuidar, con acciones de enfermería en su cotidianidad. El cuidado exige conocimiento de cómo cuidar a alguien y requiere de la preocupación para entender las necesidades de otras personas, y sus respuestas le dan la importancia de conocer sus poderes y limitaciones, se puede señalar en lo anteriormente planteado por el autor que las personas que cuidan, además de los conocimientos, deben poseer valores, sentimientos, para facilitar, ayudar y establecer una relación empática con una comunicación afectiva (32).

Las investigaciones del cuidado señalan que la esencia del mismo está basada en la incorporación de todos los elementos del cuidado, sin obviar en este cuidado a la familia en el escenario ético, moral y cultural, pero respetando los sistemas de enseñanza y formación del ser humano, familia y enfermera (32).

La situación antes mencionada describe que los dominios de las competencias como cuidar, cuidando, cuidado son necesarias al especificar las acciones desempeñadas al realizar el cuidado.

Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson:

Al resaltar la Teoría del Cuidado Humano según la filosofía de Watson (33) y al resaltar los siguientes elementos a la visión cosmológica, al momento, ocasión del cuidado, al cuidado transpersonal del cuidado humano, ya que contempla una visión de la persona, de la conciencia del cuidado y de la sanación dentro de un ambiente, es por ello que el arte de enfermería es interesante y hay que realizar una revisión mundial desde el punto de vista de la cosmología y de los valores del paradigma del cuidado.

La enfermería se está expandiendo como una ciencia humana y está inspirada por la física cuántica y los nuevos modelos en los cuales el arte y las ciencias están convergiendo, de este modo incorporando e integrando diversas maneras de conocimiento, del ser y del hacer. Porque el fenómeno de la enfermería es el fenómeno de la vida y de los humanos, aspectos múltiples de las dimensiones personales, intuitivas éticas, empíricas, estáticas y espirituales, son reconocidos como fundamentales para la matriz ontológica y epistemológica de la disciplina y la profesión.

Watson en su teoría enfatiza un contenido humanista que debe ser cultivado por la enfermera (o) en su práctica profesional, donde el significado del cuidado se le atribuye un énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto,

en tal sentido, cuidar connota una respuesta personal, la prestación humana de cuidados supone valores, voluntad, compromiso con el cuidado, conocimiento, de igual forma refiere que la ciencia del cuidado es definida como la combinación de las ciencias humanas, no puede permanecer separada o indiferente a las emociones humanas: dolor, disfrute, sufrimiento, miedo, ayuda, confianza, sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. Dentro de este marco enfatiza que la práctica de cuidar se proyecta por las dimensiones del significado del cuidado, el de sanar, la enseñanza – aprendizaje, provisión de un entorno de apoyo y/o de un ambiente físico, socio cultural y espiritual con asistencia y satisfacción de necesidades humanas donde el cuidado se ejecuta cuando se pone de manifiesto el conocimiento.

Watson al referirse al cuidado enfermero, establece diez factores como una aproximación para el ejercicio de la práctica enfermera. Entre tales factores, incluye cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, con ello expresa la necesidad de desarrollar la sensibilidad a través de reconocer comprender y sentir los propios sentimientos (33).

La mencionada autora, enfatiza que el desarrollo del yo, los valores y la sensibilidad en la relación humana se desarrollan a partir de las emociones, tanto las que generan satisfacción (alegría, amor, ternura, empatía) como las dolorosas (tristeza, ira, rencor, odio, dolor). Ser sensible a los demás es poseer la capacidad de comprender la visión del mundo que poseen los demás; es aceptarlo tal como son, es desarrollar y enriquecer los valores humanísticos entre los que resaltan la empatía y el amor.

La autora también afirma en su teoría, que el agente de cambio son los mecanismos mentales–espirituales propios de la persona que permiten la curación del yo por medio de medios internos y externos, preservando la armonía de mente- cuerpo-alma y manteniendo la dignidad e integridad humana.

Principios Bioéticos de Cuidar:

El ejercicio de cuidar, como tal, es una acción compleja que requiere la articulación de distintos elementos fundamentales, ¿Cuáles son los elementos constitutivos del cuidar? ¿Cuáles son los constructos teóricos de la práctica del cuidar?; según Brykczynska (34) los puntos esenciales de la tarea de cuidar pueden sintetizarse en: compasión, competencia, confianza, confianza y conciencia. Estos constructos no se refieren al ser de cuidar, es decir, al cuidar tal y como se desarrolla en el mundo de la vida, sino que se refieren a su “debe ser”.

Los constructos éticos del cuidar son las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional. No son principios ni puntos de partida, sino hábitos personales y profesionales que se exigen en la tarea de cuidar. La integración completa de estos constructores éticos es fundamental para el óptimo desarrollo de la tarea de cuidar.

Dentro de los puntos esenciales de la tarea de cuidar nos encontramos con la **compasión** que es el primer constructo, el más primordial de todos, es la virtud de la

compasión. Dificilmente se puede desarrollar la acción de cuidar sin la experiencia de la compasión, aunque esta experiencia no es suficiente para el óptimo desarrollo de los cuidados (34).

Así mismo la raíz del cuidar es la compasión o para decirlo con un término aristotélico, puede considerarse el primer motor inmóvil. Aunque pueden subsistir otros tipos de motivaciones en la praxis del cuidar, inclusive de tipo interesado, la verdad es que los seres humanos se cuidan unos a otros porque sienten compasión ajena. La compasión es una virtud moral que no es exclusiva de ninguna religión y de ninguna filosofía moral, aunque este omnipresente en el pensamiento moral de todos los tiempos(34).

El segundo punto esencial en la tarea de cuidar es la **competencia profesional**, esta constituye una virtud básica de la deontología. Ser competente en un determinado ámbito profesional significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo.

La tarea de cuidar requiere como constructo básico la experiencia de la compasión, pero también la competencia profesional pues solo es posible cuidar adecuadamente a un ser humano desde la competencia, desde el conocimiento de dicho ser humano desde una perspectiva global. La competencia profesional exige un hondo conocimiento de su feudo disciplinar y le obliga a formarse continuamente, pues en la sociedad del conocimiento, las técnicas y procedimientos se transforman aceleradamente y es un deber dominarlos y usarlos adecuadamente para atender a la persona que requiera de cuidado.

El tercer punto esencial en la tarea de cuidar es la **confidencialidad**. La persona en situación de vulnerabilidad necesita un confidente y uno de los rasgos que definen al confidente es la capacidad de escucha atenta y discreción. La confidencialidad se relaciona con la buena educación, con el respeto y con la práctica del silencio, pero sobre todo, se caracteriza por la capacidad de preservar la vida íntima del otro, es decir, su privacidad, su universo interior (34).

La confianza constituye el cuarto punto esencial en la tarea de cuidar. Solo es posible cuidar a una persona vulnerable si entre el agente cuidador y el sujeto cuidado se establece una relación de confianza, un vínculo presidido por la fidelidad, fe en la persona que interviene en su acción y en el dominio que tiene de dicho arte. Confiar en alguien es creer en él, es ponerse en sus manos, es ponerse a su disposición, y eso es posible si uno se fía del otro y le reconoce una autoridad no solo profesionalmente, sino también moral. La confianza, es decir, la fe en otra persona es la clave en el cuidar (34).

El quinto punto esencial en la tarea de cuidar es la **conciencia**. La conciencia es una instancia fundamental del ser humano, pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador. Ser consciente de algo, es asumirlo es reflexionar en torno a sus consecuencias, es saber lo que se está llevando entre manos. La conciencia entendida como virtud y no como atributo de la interioridad humana, significa reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de la cosa. Cuando decimos que la conciencia es un constructo de cuidar, lo

estamos diciendo en el sentido ético del término, pues la conciencia como tal pertenece a todo el ser humano (34).

En esta perspectiva surgen las categorías del cuidar en el discurso bioético y de valores, fundamentales para distinguir entre lo trascendental, lo esencial y lo categorial. Lo trascendental se refiere, siguiendo a Kant, a las condiciones de posibilidad de algo. En este sentido, Kant desarrolla una filosofía trascendental sobre el conocimiento humano, pues explora las condiciones de posibilidad del conocer, es decir, lo que tiene que darse para que el ser humano pueda conocer algo de la realidad. Por otro lado, lo categorial, se refiere a lo que se da bajo las coordenadas espaciales y temporales. Lo categorial del cuidar se refiere a los rasgos que caracterizan, desde un punto de vista externo, al ejercicio del cuidar. Son rasgos éticos, pero son exigibles moralmente cuando se trata de cuidar a un ser humano (34).

De esta manera la primera categoría del cuidar es **cuidar como distintivo humano**, cuidar es un distintivo humano innato “un modo humano de ser” una parte de la naturaleza humana y esencial para la existencia. Benner y Wrubel (35) acuerdan que el cuidar es “la vía básica del ser en el mundo” desde la cual toda la práctica de enfermería evoluciona. Ellos están de acuerdo en que la habilidad de uno para cuidar es mejorada por el aprendizaje y aquella diferencia en la práctica de enfermería refleja diferentes niveles de experticia al entender el significado de las experiencias de las personas acerca de su salud o enfermedad.

La segunda categoría de cuidar es **cuidar como un imperativo moral o ideal**, la base de enfermería es preservar la dignidad de los pacientes. Cuidar es la adherencia al compromiso de mantener la dignidad individual o integridad. En contraste, a la visión realizada y alcanzable de Gadow para la práctica, Watson sugiere que las acciones de cuidar reveladas en el encuentro enfermera paciente son meramente "aproximaciones al cuidar" y no una "forma pura de cuidar". De acuerdo a Watson, cuidar permanece como un ideal inalcanzable (33).

Los teóricos que describen el cuidar como un imperativo moral concuerdan en que el cuidar suministra las bases para todas las acciones de enfermería.

La tercera categoría de cuidar, **cuidar como un afecto**; los autores que definen el cuidar como un afecto enfatizan que la naturaleza de cuidar se extiende desde involucrarse emocional con o un sentimiento de empatía por la experiencia del paciente. La enfermera es movida a actuar no por si misma sin inmediata gratificación o expectativa de premio material. La vulnerabilidad personal de la enfermera que llega a estar involucrada con un paciente o familia del paciente como resultado de una identificación empática con la experiencia del paciente puede ser potencialmente dañina para la enfermera, pero el soporte y reconocimiento de sus colegas puede aliviar las frustraciones personales y mantener la habilidad de la enfermera para cuidar.

La cuarta categoría de cuidar es **relación enfermera/paciente**, en contraste a aquellos que ven la relación del cuidar entre la enfermera y el paciente como el fundamento

del cuidar humano o el medio a través del cual este se expresa, los autores que creen que el cuidar es una relación interpersonal sugirieron que la relación enfermera paciente es la esencia del cuidar. El cuidar incluye el sentimiento y los comportamientos que ocurren dentro de la relación.

La quinta categoría es **cuidar como una intervención terapéutica**, las acciones de cuidar pueden ser específicas, tales como escuchar atentamente, educar al paciente, abogar por el paciente, tocar "estar allí y la competencia técnica, o el cuidar puede incluir las acciones de enfermería que favorecen o asisten al paciente. Los pacientes se sienten cuidados cuando son tratados como personas, cuando reciben ayuda al tratar con sus experiencias de enfermedad, cuando las enfermeras anticipan sus necesidades, cuando llegan a creer que las enfermeras están disponibles y cuando las enfermeras son tranquilas y confidentes (34).

Tomando en consideración las dimensiones o categorías del cuidar se hace necesario traer a colación algunos planteamientos de la **Teoría de Jerome Bruner** la cual enfatiza en su teoría sobre el significado, donde el hombre se inicia en una ciencia mental y se construye alrededor del concepto de significados dentro de una comunidad, de igual forma señala el concepto de cultura para construir el significado como juegos de herramientas.

Ahora bien, el mismo autor señala que no hay cosa alguna como la naturaleza humana independientemente de la cultura. La segunda razón de la psicología es que

sumerge en la cultura que debe organizarse alrededor de esos significados y procesos y que debe usarse y conectar al hombre en la cultura. El significado es público y compartido, nuestro estilo de vida culturalmente adaptado depende de los significados y conceptos compartidos y depende también en los modos compartidos del discurso para negociar las diferencias del significado e interpretación. Para explicar la acción humana desde un punto de vista que esta fuera de la subjetividad humana (36).

El significado esta puesto en la mayoría de los actos, en cualquier encuentro cotidiano, dependen de lo que ellos digan entre sí por adelantado, concurrentemente o después que ellos han actuado, por lo que ellos pueden presuponer o sobre lo que el otro diría dado un contexto particular. Es la relación entre las acciones y el decir está en la conducta ordinaria de la vida. Toma la posición en que hay congruencia interpretable entre decir, hacer y la circunstancias en las cuales ocurre el decir y el hacer, hay una relación directa entre el significado de lo que se dice y de lo que se hace en circunstancias dadas como se dirige la vida entre sí (36).

De este modo, esto es lo que hace la interpretación y significado. Una psicología cultural casi por definición se preocupa por la acción en un escenario cultural e interactuando mutuamente en los estados intencionales de los participantes, con la búsqueda para el ser humano. Es por ello que el significado de las cosas no pasa a través de la palabra en sentido estricto. Existe también un conjunto de actividades prácticas que se aprenden en el contacto con los demás y para las cuales faltan con frecuencia las palabras adecuadas. Este puesto en la mayoría de los actos por los participantes en cualquier

encuentro cotidiano depende de lo que ellos digan entre sí por adelantado concurrentemente o después que ellos han actuado. O lo que ellos puedan presuponer sobre lo que el otro diría, dando un contexto particular (36).

Sin embargo, el significado de la charla es poderosamente determinado por el tren de acción en que ocurren justo así el significado de la acción solo es interpretable por la referencia por lo que los actores dicen que ellos están. En el dialogo a nivel formal e informal, hay una codificación del significado en toda conversación está determinada por las acciones en que ocurre, se interpreta por la referencia para que los actores la interpreten, la psicología culturalmente está orientada y no descarta lo que la gente dice sobre su estado mental, ni trata sus afirmaciones solo como si ellos fueran índice de predicción de la conducta abierta. Toma una posición en la que hay una congruencia interpretativa entre el decir y hacer y las circunstancias en que ocurre el decir y el hacer, es decir, hay un convenio entre las relaciones canónicas y entre el significado de lo que decimos y hacemos (36).

En tal sentido el autor en referencia señala, que la psicología intenta ser "el significado libre" en su sistema de explicación. Las mismas personas y culturas son su asunto, son gobernadas por los significados y los valores compartidos, las personas comprometen sus vidas a su persecución y total cumplimiento de las cosas. Se ha argumentado que la psicología debe ser cultura libre, para descubrir un juego de trascendencia humanas universales.

Teoría del Significado de Donald Davidson:

No existe un texto del autor en el que la teoría se presente completa y sistemáticamente. Lo que hay es un amplio trabajo filosófico por parte del autor, en el que se encuentran aportes a la filosofía de la mente, a la filosofía de la acción y a la filosofía del lenguaje, entre otras.

Dentro de este marco, la expresión “teoría del significado” encierra, el uso técnico de la filosofía analítica, una ambigüedad que conviene esclarecer de antemano para entender adecuadamente la propuesta semántica de Davidson. En primer lugar, cabe entender que una teoría del significado tiene como objetivo analizar la naturaleza del significado y esclarecer las condiciones de su surgimiento y aparición. Así entendida, tal teoría sería el resultado de una investigación semántica orientada a desarrollar, al menos, tres tareas.

La primera tarea, está relacionada con descubrir las propiedades del significado. Por ejemplo, cabe aducir que, al menos aparentemente, éste es normativo, referencial e intencional. La primera característica indica que el significado de una expresión impone unas condiciones de uso o normas que determinan un modo correcto de empleo y otros incorrectos. El carácter referencial (o intencional en el sentido de Brentano) del significado alude al hecho de que algunas de nuestras expresiones lingüísticas remiten a cosas o circunstancias extralingüísticas y extramentales. Finalmente, la última propiedad (la intencionalidad) indica que dos expresiones que se refieren a la misma cosa o nombran un mismo conjunto de entidades pueden, sin embargo, diferir en significado.

Podemos señalar que dentro de esta primera tarea, una teoría del significado tendría ahora que afrontar y resolver dos problemas. El primero sería examinar si estas propiedades son realmente propiedades semánticas efectivas o no, pues bien pudiera suceder que un examen atento del significado de nuestros términos mostrara que alguna de estas propiedades (o todas) fuesen espurias, meramente de apariencia. Se puede negar, y de hecho se ha negado, que el significado sea esencialmente normativo. También se puede rechazar la idea de que el significado sea referencial. Se han propuesto y defendido teorías semánticas en las cuales el significado primario y esencial de las palabras no son las cosas del mundo, sino ideas en las cabezas de los hablantes (Locke, Chomsky); o las relaciones de semejanza y diferencia establecidas entre los elementos léxicos de la lengua (37).

En todos estos casos, el carácter referencial del lenguaje o bien se niega o deja de ser considerado fundamental. Finalmente, se ha negado que la intencionalidad sea un rasgo esencial del lenguaje. Davidson precisamente es, junto con Quine, uno de los defensores de una propuesta que pretende salvar todo lo relativo al significado sin necesidad de considerar lo intencional como un rasgo suyo constitutivo. La idea de Davidson es que la lógica profunda de nuestros lenguajes naturales puede ser reconstruida recurriendo sólo a procedimientos lógicos y semánticos intencionales. El presunto carácter intencional es sólo un fenómeno de superficie, eliminable en los estratos más profundos del análisis semántico.

El segundo problema que esta teoría debe afrontar por lo expuesto anteriormente es explicar las propiedades que hayan aprobado el escrutinio crítico precedente. Si, por ejemplo, consideramos que la normatividad del significado es una propiedad semántica

legítima, entonces queda, en principio, la tarea de explicar en qué se funda dicha normatividad.

Una segunda tarea sería la de analizar dicha noción con vistas a descubrir la estructura de dicho concepto. Frege puso las bases de este desarrollo cuando distinguió, en el concepto indiferenciado de significado, dos estratos o niveles que es menester distinguir con precisión: el sentido y la referencia. En tal sentido, el objetivo de esta segunda tarea es, esclarecer la noción de significado bien analizándola en sus presuntos componentes, o poniéndola en relación con otros conceptos con los que supuestamente mantiene íntimas relaciones (verdad, creencia, deseo, intención, etc.).

Finalmente, una tercera tarea sería la de explicar la génesis misma del significado. Independientemente de cómo sea éste concebido, cabe preguntar de dónde surge esa peculiar característica de los ruidos (habla) y de las manchas de tinta (escritura) que denominamos “significado”.

Las teorías del significado que se han señalado anteriormente constituyen, en su conjunto, un modo de entender el sentido de una teoría del significado y de las cuestiones que debe plantearse y resolver. Se puede decir que, estas teorías nos dan las pautas para esclarecer la génesis del significado (37).

Teoría de Reforzamiento de Skinner:

Burrhus Frederic Skinner (38) desde su cátedra en Harvard desarrollo un análisis más simple de la realidad basado en el refuerzo del conductismo. En dicha formulación, un responsable no necesita saber las necesidades que tienen su equipo ni cómo desea satisfacerlas.

Skinner asevera que el líder de un equipo sólo necesita entender qué relación existe entre las conductas y sus consecuencias para así crear aquellas condiciones de trabajo que estimulen las actitudes positivas y eviten las negativas que no se desean. Es decir, un empleado no se motiva mediante la satisfacción de sus necesidades, ni por las posibilidades que puede tener de desarrollo dentro de la empresa, sino mediante las consecuencias positivas o negativas de sus acciones.

Dicho de otro modo, Skinner lleva a otro nivel aquello del palo y la zanahoria, transformándolo en un bolígrafo rojo y otro verde. Con el primero corregimos acciones que hay que extinguir o castigar, con el segundo reforzamos acciones que deben ser replicadas e instauradas en el desarrollo interno del individuo.

Esta teoría, si bien es escasa y se queda algo desdibujada en lo referente al análisis de los múltiples aspectos que condicionan el comportamiento y la motivación de toda persona, nos sirve para focalizar la motivación hacia acciones de corto plazo, fijar homogeneidad entre los miembros de un equipo, definir conductas adecuadas y erróneas, establecer sistemas de medición, así como para definir los procedimientos de cada puesto, los requerimientos y sus consecuencias.

Además, la Teoría de Skinner puede ser utilizada para necesidades de alta tensión en las que la urgencia no permita proceder con un sistema de desarrollo a largo plazo. Por último, cabe mencionar que Skinner planeó tres metodologías de refuerzo:

Refuerzo continuo o lo que es igual, compensación constante de esfuerzos por una acción; cada vez que un acto era realizado, el sujeto inmediatamente y siempre recibió un refuerzo. Si bien este método sirve para lanzar promociones, cambios culturales o de actitud, es poco práctico para usar a medio plazo, pues se termina atribuyendo la recompensa a la obligatoriedad, y no al esfuerzo por parte del individuo.

Refuerzo intervalo. Para esta metodología se establece un refuerzo bajo un parámetro de duración determinado, si es intervalo fijo, o alrededor de un valor promedio, si es variable.

Refuerzo proporción. Es decir, se establece un sistema de esfuerzo que premia el número de acciones realizadas, para de este modo establecer un sistema proporcional(38).

Esta teoría es útil en la investigación, ya que permite establecer un sistema de meritocracia con acciones concretas y sus consecuencias, ya sean positivas o negativas. Te permite realizar un seguimiento temporalmente para comprobar los resultados y compromisos, adquiridos por la persona para mantener estilos de vida saludable en pro de su salud cardiovascular.

Teoría Cognitivo Social de Albert Bandura:

Bandura (39) elaboró esta teoría en 1974, con base en las teorías implícitas de la mente en cuanto al Sentido Común. Era conductista, pero se opuso a aceptar que aprendíamos sólo debido a factores externos como las contingencias (los estímulos y los reforzadores). Bandura creía que lo que observamos y lo que pensamos tiene qué ver con lo que aprendemos y cómo lo aprendemos. Estudió estos factores durante largos años y lanzó su teoría en la que acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y autorregulados, revolucionando la visión sobre el aprendizaje que se daba en los círculos tradicionales y conductistas.

Esta teoría explica los factores internos y externos que influyen en los procesos de aprendizaje, los identifica, los explica, categoriza y los describe. Es así, como la conducta, el ambiente y los factores personales están relacionados entre sí, por ello, cuando las condiciones ambientales son muy demandantes y restrictivas, pueden obligar prácticamente al ser humano a comportarse de una determinada manera, sus conductas no serían las mismas que cuando el contexto es favorable o no lo presiona. Por el contrario, cuando las presiones ambientales son menores, o no las hay, es preponderante el papel que juegan los factores personales, en la conducta de la persona, regulándose a sí misma (autorregulación, autocontrol o autodirección). No son siempre los factores externos los que dirigen nuestra conducta o el control por otros (39).

Bandura acepta que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, rechazando así que nuestros aprendizajes se realicen, según el modelo

conductista. Pone de relieve cómo, entre la observación y la imitación, intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. La observación e imitación en los niños pequeños toman como modelo a los padres, educadores, amigos y hasta los héroes de televisión.

La expresión “factores cognitivos” se refiere a la capacidad de reflexión y simbolización así como a la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y auto evaluación. En definitiva el comportamiento depende del ambiente así como de los factores personales (motivación, atención, retención y producción motora) (40).

La Persona como Ser Holístico:

Etimológicamente, el término “holista” proviene de las raíces griegas holo- e -ismo y se refiere a “la doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen” (41)

En términos generales, el paradigma holístico surge de una crisis científica del paradigma cartesiano-newtoniano, que postula la racionalidad, la objetividad y la cuantificación como medio para alcanzar un conocimiento. Dentro de este paradigma el pensamiento es unidireccional, sólo busca la relación causal de los fenómenos ocurridos dejando ocultas las experiencias, pensamientos y sentimientos de los seres humanos. La crisis generada en el paradigma cartesiano-newtoniano inspiró a Quine para desarrollar la teoría del holismo, dentro de la cual se considera que el empirismo tradicional posee dos

dogmas: el de la distinción analítico-sintético y el del reduccionismo; este último es el que va en contra de la práctica holística (42).

Por tanto, este nuevo paradigma “obliga a una visión sistémica y un enfoque transdisciplinario” (43).

Finalmente, el término holismo fue introducido en las ciencias de la salud sólo hasta la década de 1960, con la aparición de las terapias no convencionales o complementarias, las cuales se basaban en filosofías orientales. Esta postura fue descrita en las primeras escuelas médicas por Hipócrates en el siglo V a.C., quien enfocaba el cuidado en el uso de fuerzas naturales, creando así las condiciones más favorables en el proceso de sanar. En este sentido, la salud no se reducía al simple funcionamiento vital-orgánico, sino que incluía la experiencia de relación consigo mismo, con la naturaleza, con el propio cuerpo, con los demás, donde los valores evocaban y realizaban lo trascendente (44).

En el siglo XVIII el cuerpo humano pasa a ser objeto específico de estudio para la medicina y “el enfermo pasa a ser una enfermedad”. Esta característica es típica de la medicina clásica galénica, que sólo atendía al cuerpo físico en su dimensión material. Frente a esta situación el holismo surge como un nuevo paradigma o forma de ver la salud, que se enfoca hacia una atención más humanizada e integral del individuo.

Esta forma de percibir y conceptualizar el bienestar es asimilada por disciplinas como la enfermería, la cual tiene entre sus objetivos promover la salud global y holística del ser humano. Siguiendo esta filosofía, todos los modelos y teorías de enfermería se han

construido con una visión humanística del cuidado. Por ejemplo, en el siglo XIX Florence Nightingale ya incorporaba este paradigma desde lo “integral”. Pero fue sólo hasta los años 50, cuando Martha Rogers añade a la enfermería el término holismo con el sentido filosófico oriental en el cual el foco de la teoría es el “ser humano unitario”, definiendo a la persona como “un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no pueden interpretarse solo como la suma de sus elementos individuales” (44).

En relación con esto, Neuman definió que “la enfermería es la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan la respuesta del individuo “es decir, se aborda a la persona como un todo integrado. Acorde con estas concepciones, Patricia Iyer señaló que “la enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no solo del proceso médico”; por ende, se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno. Por su parte, Watson afirma que “el cuidado debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica” (45).

Dentro de esta conceptualización, la enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Así mismo, diversos estudios de Sakis y Skoner afirman que el abordaje holístico en enfermería se evidenció en la década de 1980 cuando el concepto holismo se relacionó con otros términos.

Por consiguiente; el enfoque holístico de Nightingale se centra en la interacción entre el paciente y su ambiente, destacando factores como la higiene, la ventilación y la

nutrición. Por otro lado, Martha Rogers desarrolló la Teoría de los Seres Humanos Unitarios, donde concibe a la persona como un campo energético en constante interacción con el entorno. Su perspectiva holística va más allá de lo físico, integrando aspectos emocionales, espirituales y sociales en el cuidado de la salud (45).

Ambas concepciones coinciden en la necesidad de un enfoque integral en la enfermería, aunque con diferencias en su aplicación. Mientras Nightingale se enfocaba en la influencia del entorno físico, Rogers amplió la visión hacia una interconexión energética y multidimensional. Esta evolución del pensamiento holístico ha permitido que la enfermería contemple a la persona como un ser completo, promoviendo una atención más humanizada y efectiva.

Ante esta forma de percibir la disciplina, Peplau (46) consideró que el individuo debe ser visto como un ser bio-psico-social-espiritual, dotado de creencias, costumbres, usos y modos de vida que son determinados por una cultura y ambiente diversificado. Ante toda esta revolución científica y disciplinaria la Asociación de Enfermeras Americanas Holísticas (AHNA) definió a la enfermería holística como “aquella que abraza toda la práctica de enfermería y tiene como meta la salud de la persona como un todo, para lo cual utilizan terapias de salud complementarias y alternativas, como vehículo de conexión con el paciente a través de la intención, presencia y conciencia”(46)

El cuidado es la esencia de la Enfermería, este principio correspondiera estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar

la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. Como señala Poblete, los cuidados reducen las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad. No obstante, estos cuidados deben ser proporcionados desde una visión holística, como la que distingue a la disciplina de la enfermería.

Esta visión de la enfermería es evidenciada en muchos estudios. Por ejemplo, investigaciones que han medido la satisfacción del usuario durante las consultas de enfermería demuestran que la satisfacción es debida al tiempo que los enfermeros dedican a los usuarios durante las consultas, a la calidad de la información que les ofrecen, a la coherencia en la solución de problemas multidimensionales y finalmente, a que los pacientes se sienten escuchados por una persona que responde con interés frente a situaciones complejas y cambiantes (47).

Asimismo, la visión holística en la enfermería puede ser medida a través de las intervenciones que estos profesionales realizan y de las respuestas de los usuarios a dichas acciones. Por ello, los enfermeros deben comprender el paradigma holístico, para que les ayude a mantener una relación más íntima, de colaboración y apoyo mutuo con la persona. Para entender el acompañamiento holístico de la persona, se debe generar la salud holística y ésta incluye la experiencia de la persona en armonía y con responsabilidad para la gestión de su propia vida (48).

De la misma forma, acompañar a la persona enferma en sentido holístico supone un conocimiento multidimensional, que incluye la apropiación de las propias cogniciones,

ideas, teorías, visiones de las cosas y la vida. “Una atención holística promoverá la salud relacional y la salud en la dimensión social”; esto significa que la persona se podrá relacionar bien consigo misma y con todos los demás, por tanto la persona reconocerá las diferentes interdependencias en los diferentes ámbitos de la vida.

Considerar a la persona como un solo ser, que trae una historia de vida impregnada de emociones, experiencias y valores culturales, es esencial para una atención de calidad dentro del modelo holístico y humanístico. Algunas enfermeras, en la definición de holismo, asumen que “el cuidado humano significa tratar a la persona como le gustaría ser tratado”. El cuidado holístico tiene una dimensión profunda que va más allá de una técnica simple o especializada, de una atención planificada, de recibir un turno o la de una educación rutinaria, un cuidado holístico implica estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones.

La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (49).

Por su parte la prevención, son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

En efecto, la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a las personas en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

“La promoción en salud debe realizarse a lo largo del proceso salud enfermedad y no solo en la prevención”

Funciones de Promoción de la Salud:

En la Carta de Ottawa quedaron establecidas las cinco funciones básicas necesarias para producir salud:

1.- Desarrollar aptitudes personales para la salud

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades, lesiones y sus secuelas.

2.- Desarrollar entornos favorables

La promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, higiénica, segura y estimulante. Además procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos.

3.-Reforzar la acción comunitaria

La promoción de la salud impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. Asimismo fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

4.- Reorientar los servicios de salud

La promoción de la salud impulsa que los servicios del sector salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica. También contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos, y las respeten. Asimismo impulsa que los programas de formación profesional en salud incluyan disciplinas de promoción y que presten mayor atención a la investigación sanitaria. Por último, aspira a lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

5.- Impulsar políticas públicas saludables

La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población (49).

Autocuidado y Cuidar de Sí Mismo.

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que esta se mantenga, continúe y se desarrolle.

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a este, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han dado la dirección al cuidado de la vida y la salud. (50)

Modelo de Creencias en Salud.

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) fue originalmente desarrollado en los años cincuenta por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública Norteamericano, encabezados por Hobchbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad. El cumplimiento del paciente con los tratamientos y las recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso del tabaco (51).

En su origen el término de MCS, se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje, en particular la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el

resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que esta produzca el resultado deseado (51).

El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o el padecimiento y la expectativa será la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. Con los años se han hecho adaptaciones del modelo para explicar conductas frente a una enfermedad ya diagnosticada y se creó un paradigma que modela la adopción del rol de la enfermera y que agrupa diferentes factores motivacionales, subjetivos, elementos habilitantes o modificantes de la conducta, que influyen las decisiones que debe tomar el individuo frente a una enfermedad que se le ha diagnosticado y dependiendo de estos factores, las personas tendrán mayor o menor probabilidad de tener una conducta en salud esperable, es decir, adherente o no a las prescripciones que se le dan para tratar su enfermedad.

El MCS se basa en tres premisas:

1. La creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
2. La creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema.
3. La creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultanea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en este caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades, la aceptación de ello implica que la percepción individual es la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo (52).

Teoría de la Autodeterminación de Decy y Ryan

La Teoría de la Autodeterminación (TAD) es un enfoque hacia la motivación humana y la personalidad que usa métodos empíricos tradicionales mientras emplea una metateoría organísmica que enfatiza la importancia de la evolución de los recursos humanos internos para el desarrollo de la personalidad y la autorregulación de la conducta (53).

La TAD aborda este asunto al intentar considerar tanto la actividad como la pasividad, tanto la responsabilidad como la indolencia. Para hacer esto, asumen que los seres humanos tienen una inclinación hacia la actividad y la integración, pero también tienen una vulnerabilidad a la pasividad.

Los seres humanos pueden ser proactivos y comprometidos o, alternativamente, pasivos y alienados, en gran medida como una función de las condiciones sociales en las cuales ellos se desarrollan y funcionan. La teoría de la autodeterminación se ha focalizado sobre las condiciones del contexto social que facilitan versus las que previenen los procesos

naturales de la auto-motivación y el desarrollo psicológico saludable. Existen factores que amplían versus factores que reducen la motivación intrínseca, la autorregulación y el bienestar. Los hallazgos en investigaciones han llevado a postular tres necesidades psicológicas innatas: competencia, autonomía y relacionarse; las cuales cuando son satisfechas producen ampliación de la auto-motivación y la salud mental, por el contrario cuando son frustradas, llevan a la reducción de la motivación y el bienestar. También se considera el significado de estas necesidades psicológicas y los procesos dentro de dominios como el cuidado de la salud, la educación, el trabajo, el deporte, la religión y la psicoterapia (53).

En este orden de ideas, la **disonancia cognitiva** es un concepto utilizado conjuntamente con las teorías del significado, porque nos permite abordar los estilos de vida saludables en las personas, en áreas como la motivación, la toma de decisiones, el cambio de actitudes y la dinámica de grupos, entre otras.

La disonancia cognitiva es un término psicológico escuchado hoy en día, y fue conocido por primera vez en el año 1957, cuando el psicólogo estadounidense León Festinger, lo detalló en su libro “Teoría de la Disonancia Cognitiva”, en su teoría explica que las personas tenemos una fuerte necesidad de asegurar que nuestras creencias internas, actitudes y conductas son coherentes entre sí. Cuando el ser humano percibe una incoherencia entre sus creencias y su comportamiento se esfuerza en evitar este conflicto para que no le arrastre a la falta de armonía interior.

El significado de la disonancia cognitiva se refiere a la tensión, malestar o incomodidad que percibimos cuando mantenemos dos ideas contradictorias o incompatibles, o cuando nuestras creencias no están en armonía con nuestra conducta, con lo que hacemos. Esta tensión interna o disonancia nos hace ser conscientes de la necesidad de resolver dicho conflicto para vivir con mayor integridad, así pues, intentaremos reducir la disonancia que experimentamos. Para ello, la persona tiene varias alternativas:

- Cambiar la conducta
- Alterar el ambiente, pensamientos o creencias previas
- Añadir nuevas informaciones, ideas, argumentos o conocimientos que encajen mejor.

En la actualidad se utiliza la disonancia cognitiva en terapia con éxito, para ayudar a las personas a cambiar sus actitudes y conductas no saludables.

La disonancia cognitiva ha podido evolucionar e instalarse en nuestra forma de pensar para ayudarnos a cambiar los pensamientos automáticos e instintivos por otros más razonados y lógicos, escogiendo entre diferentes opciones y así estimulando el cambio en los estilos de vida saludables. En este sentido la disonancia cognitiva tiene un valor adaptativo que nos compromete con la acción si sabemos gestionarla bien, si aprendemos a cambiar los pensamientos negativos por otros que aumenten nuestra motivación. Y también si aprendemos a detectar nuestros autoengaños para flexibilizar nuestra mente (54).

Las teorías del significado guardan relación con la presente investigación ya que según los autores en referencia, señalan que no hay cosa alguna como la naturaleza humana

independientemente de la cultura, nuestro estilo de vida culturalmente adaptado depende de los significados y conceptos compartidos y depende también en los modos compartidos del discurso para negociar las diferencias del significado e interpretación

El significado esta puesto en la mayoría de los actos, en cualquier encuentro cotidiano, dependen de lo que ellos digan entre sí por adelantado. Es la relación entre las acciones y el decir está en la conducta cotidiana de la vida. A su vez, estas teorías guardan relación con la disonancia cognitiva porque ubican al ser humano en su contexto sociocultural (valores y creencias) y nos hace ser conscientes de la necesidad de resolver dicho conflicto para vivir con mayor integridad, así pues, adoptando estilos de vida saludables.

Tanto las personas sanas como aquellas que se encuentran en desequilibrio de su salud necesitan asumir conductas saludables que le permitan afrontar situaciones de estrés, de crisis y enfermedad a través del manejo de autocuidado y afrontamiento. Actualmente la disciplina de enfermería reconoce la necesidad de aplicar y desarrollar teorías y modelos científicamente fundamentados, es por ello que a continuación se menciona el Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender, el cual es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludable.

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Igualmente el MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Este modelo está inspirado en dos sustentos teóricos: la Teoría de Aprendizaje Social de Albert Bandura y el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. El MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

El primer componente trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Los componentes centrales del modelo, se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende seis conceptos: el primero, corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo, se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.

La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el afecto relacionado con el

comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirla.

Finalmente, el último concepto, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

También se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.

En conclusión el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (55).

Es frecuente hablar de promoción y prevención para referirse a estilos de vida saludables, algunos autores han expresado la promoción como una dinámica más ambiciosa que la prevención, la promoción apunta hacia la vida, el desarrollo y la realización del ser humano de allí el Modelo de Promoción De Leavell y Clark.

Modelo de Leavell y Clark

Muchos problemas de salud pueden resolverse con actividades preventivas que disminuyen los riesgos en las personas y comunidades y el gasto innecesario de recursos. La medicina preventiva debe ser prioritaria en las políticas sanitarias. El máximo desarrollo de esta tuvo lugar a partir de 1930 gracias a los enormes avances en el conocimiento de la etiología de las enfermedades, especialmente las transmisibles, a la introducción de la Educación Sanitaria como técnica de salud, a mejores patrones de alimentación, a la higiene materno-infantil, a los exámenes en salud, a las inmunizaciones, entre otros.

La Medicina Preventiva puede actuar en tres niveles que Leavell y Clark esquematizaron en su célebre esquema de la Historia Natural de la Enfermedad.

Prevención primaria. En el modelo de Leavell y Clark, la prevención primaria actúa en el período prepatogénico, pretende evitar la enfermedad modificando o suprimiendo los factores de riesgo intrínsecos (estado inmunitario, hormonal, nutricional, etc.) o externos, o impidiendo que actúen aquellos sobre la persona, también forman parte de la prevención primaria las acciones dirigidas a mejorar la salud.

La Medicina preventiva pretende hacer lo que se ha llamado medicina predictiva identificando a las personas o a los grupos que por razones genéticas o de otra naturaleza son más susceptibles a determinados riesgos para evitárselos con más énfasis que al resto de los individuos. Los factores de riesgo pueden ser primarios cuando actúan directamente sobre los mecanismos patogénicos. Evidentemente unos serán más primarios que otros a medida que los conocimientos se vayan ampliando. Los factores de riesgo secundarios son los que permiten actuar a los primarios sobre el organismo humano. Los terciarios serían los que facilitan la acción de los secundarios.

Prevención secundaria. Este tipo de prevención pretende minimizar las consecuencias de los procesos antes de que aparezcan síntomas, mediante su diagnóstico y tratamiento precoces. Aquí aparecen los exámenes en salud iniciados de forma sistemática a partir de 1960. Los factores sociales constituyen un agente primario ya que intervienen en la formación de la personalidad. La conducta humana que ahora se llama “estilo de vida” es igualmente un determinante de la salud y factor de enfermedad. Por ejemplo, la obesidad, los excesos de alimentos grasos y de dulces, el sedentarismo y el hábito de fumar suponen un estilo de vida insano, ya que son factores predisponentes a la aparición de la enfermedad.

Comprendiendo el proceso de enfermedad como una resultante de la interacción de múltiples factores causales, se ha procurado agruparlos y ordenarlos mediante un modelo, dentro de los cuales, uno de los más usados ha sido el del triángulo epidemiológico, en

cuyos vértices coexiste un equilibrio dinámico entre agente, huésped (paciente) y medio ambiente. Según este modelo el estímulo desencadenante del proceso enfermedad, es originado por el desequilibrio de la interacción dinámica de los tres elementos, ya sea por modificaciones cuantitativas o cualitativas del agente o del huésped o del medio ambiente en forma aisladas, o de dos o de tres de ellos. En este sentido el agente patógeno es un elemento o una sustancia cuya presencia o ausencia en el medio ambiente y en condiciones favorables puede servir de estímulo para iniciar un proceso patológico en el huésped susceptible (paciente).

Los agentes patógenos pueden ser de naturaleza física, química, biológica. La contribución del huésped es a través de sus hábitos, costumbres, características sociodemográficas, así como otra serie de factores intrínsecos que tienen su expresión máxima en la carga genética, y su eficiencia en los mecanismos de defensa.(10)

Fundamentación Legal

El presente trabajo doctoral se fundamenta desde el punto de vista legal, bajo las premisas donde la profesión de enfermería debe basarse para fundamentar su cuidado en los deberes, derechos, normas, principios éticos legales, estandarizando los reglamentos en la aplicación de sus conocimientos durante su trabajo diario .

Venezuela al igual que otros países, coincide en que la salud es un derecho universal es por ello que la consagra en nuestra Carta Magna La Constitución Bolivariana de

Venezuela (56). Dentro de los Derechos Sociales este instrumento le otorga rango constitucional al derecho a la salud, lo cual está contemplado en los artículos 83 al 86.

En el desarrollo de los mencionados artículos se concibe la salud como derecho social fundamental, a ser garantizado por el Estado sin distingos ni discriminaciones de ningún tipo y como parte del derecho a la vida, expresando claramente la vinculación entre salud, calidad de la vida y bienestar colectivo (57).

Asimismo, se definen los mecanismos de garantía constitucional que permitirán convertir ese Derecho en una realidad. Ellos son tres, el primero: la creación del Sistema Público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, universal, descentralizado y participativo; segundo: los principios que rigen a ese sistema: universalidad, integralidad, solidaridad, equidad; el tercero: el financiamiento básicamente fiscal, responsabilidad del Estado, quien integra los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la Seguridad Social y cualquier otra fuente que establezca la Ley.

El primer artículo (83) incluye tres conceptos fundamentales: La salud como derecho social, que debe ser garantizado por el Estado como parte del derecho a la vida. Esta definición de tipo político-conceptual es el eje central alrededor del cual se organiza el resto de los planteamientos constitucionales. Inmediatamente se desarrolla un concepto que señala la relación entre políticas públicas, calidad de vida y salud. Por último, se incluye un componente para enfatizar el deber ciudadano de participar en la promoción y defensa de la salud.

Posterior a esta conceptualización, se diseñaron los mecanismos de garantía constitucional en los artículos 84 y 85. El artículo 84 rescata la rectoría del Estado en las políticas de salud y contempla la creación de un Sistema Público Nacional de Salud, definiendo sus características: intersectorial, descentralizado y participativo, integrado a la seguridad social, regida por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad y solidaridad.

Intersectorial, porque parte de la concepción de que la salud depende fundamentalmente de la calidad de la vida y de las condiciones de trabajo de la población. No es posible construir salud en una sociedad enferma, con niveles de pobreza, desnutrición y desempleo elevadísimos. Por lo tanto, construir un sistema de salud al margen de construir un país diferente es absolutamente imposible; planteamos que el desarrollo de la salud debe ir acompañado de un proceso que permita elevar la calidad de la vida, y ello implica Intersectorialidad.

Único y universal, se trata de un sistema único, nacional, universal, que atienda sin distingo de ningún tipo a todos los ciudadanos y acabe con la dualidad, la discriminación y la fragmentación.

Integral, porque enfrenta la concepción medicalizada, centrada en la curación y en la acción hospitalaria, proponiendo una concepción integral, que asuma tanto lo curativo como lo preventivo, pero que privilegie la promoción y la prevención, al mismo tiempo que sea capaz de atender la enfermedad y reparar y rehabilitar los daños que ella produce.

Ello queda claramente planteado, al señalar que se debe dar prioridad a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad, y que debe dar cuenta también del tratamiento y la rehabilitación: El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

Luego, un párrafo de connotación política, cerrando la posibilidad de privatizar bienes o servicios de salud. En muchos países del mundo se ha transitado el camino de la privatización del sector salud, debido al predominio de una concepción de la salud como un objeto de mercado. Se introduce este para impedir cualquier intento privatizador posterior. El párrafo dice: Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados.

Por último, se incluye un párrafo, que era un artículo independiente en la propuesta inicial, pero quedó como parte del artículo 84 sin tener mucho que ver con él. Dice ese párrafo: La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud. Es la concepción de la participación de la comunidad, en donde se da la oportunidad de participar en la toma de decisiones a todos los niveles del proceso sanitario.

El artículo 85 contiene tres grandes conceptos: el financiamiento, la coordinación con las universidades y el papel regulador del Estado sobre el sector privado. Financiamiento: Se plantea la necesidad de integrar los recursos para evitar la fragmentación existente, y posteriormente la necesidad de un presupuesto adecuado: El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria.

Coordinación con las universidades y los centros de investigación: En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. Se plantea la necesidad de coordinar el diseño de una política nacional de formación de profesionales y de desarrollo tecnológico en la producción de insumos para el sector salud, buscando mecanismos que permitan vincular al Estado, productor de servicios de salud, con la Universidad, generadora de conocimientos y profesionales, en la perspectiva necesaria de convertir los conocimientos producidos por las universidades en tecnologías que puedan ser utilizadas por el sector salud. Se insistió mucho en la necesidad de tener claramente definidas políticas relacionadas con la ciencia y la tecnología en el sector salud desde dos puntos de vista: uno, como la necesidad de definir políticas que vinculen la producción científica con las necesidades del sector y otro, como regulación del uso de la tecnología, asunto que redundaría en la eficiencia y la eficacia del

sistema de salud. El último elemento tiene que ver con el papel rector y regulador del Estado: “El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”.

Otro fundamento legal de nuestra investigación se basó en el Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (58); este instrumento legal está conformado por una serie de preceptos de orden moral que busca unificar criterios sobre el correcto pensar y actuar del profesional de enfermería. En este caso se mencionan los Artículos del Título III, Capítulo III, Artículos 5 al 13 donde se abordan los deberes generales de los Profesionales de Enfermería, se establecen la defensa de la salud, la actualización científica, respeto a la dignidad humana, no hacer distinción de clases, observancia de los derechos humanos, promoción de la relación terapéutica y autonomía en las acciones.

La enfermera al realizar los cuidados debe tener presente los elementos del paradigma del cuidado humano, ya que estos fundamentan el respeto hacia la dignidad humana, la cual está inmersa dentro de los valores profesionales y desde el punto de vista de la bioética, para conservar y preservar la salud desde el punto de vista holístico en la persona humana (58).

CAPITULO III

RECORRIENDO EL CAMINO METODOLOGICO

**Somos lo que hacemos, pero
somos principalmente, lo que
hacemos para cambiar lo que
somos**

Eduardo Galeno

El presente capitulo está estructurado por el enfoque y método de la investigación, informantes clave que participaron en la investigación, criterios de selección de los informantes clave, agentes externos, acceso al campo de estudio, consideraciones éticas para proteger los derechos de los participantes, consentimiento informado, técnica de

recolección de datos, entrevista en profundidad o enfocada, relación entrevistado–entrevistadora, rigor metodológico y análisis de datos.

Enfoque de la Investigación

La investigación cualitativa consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables; la misma, incorpora lo que los informantes refieren, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones expresadas por ellos mismos” (59).

De allí que la investigación cualitativa puede ser realizada desde estudios descriptivos o interpretativos. Los estudios descriptivos tratan de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, pretenden proporcionar una imagen «fiel a la vida» de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa, mientras que los estudios interpretativos utilizan los datos para ilustrar teorías o conceptos, pretenden comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio (60).

El enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad) e interpretativo (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen). La selección del tipo de estudio depende de la pregunta de investigación que se formule en el estudio, la cual servirá de guía para la

selección de la metodología de investigación. La frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable (60).

Para esta investigación nos decidimos por el enfoque cualitativo ya que permitió interpretar y comprender la experiencia subjetiva de las personas postinfartadas sobre lo que significa para ellos un estilo de vida saludable; esto permitió estudiar el fenómeno desde la cotidianidad.

Método utilizado en esta Investigación

Para el investigador que inicia una investigación social implica abordar el aspecto filosófico, epistemológico y metodológico de la corriente filosófica seleccionada y del método para aproximarse al fenómeno que se pretende estudiar.

La palabra fenomenología en su etimología proviene del griego “φαινόμενον” (phainomenon) fenómeno y logos, que indica estudio, tratado o ciencia, más el sufijo-ía (cualidad). Para Husserl (61), iniciador y principal representante de este movimiento filosófico, es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia, estudio de los fenómenos en forma pura, adentrándose en la esfera interna de las cosas, para captar su verdadero sentido, olvidando lo externo o lo evidente, siendo posible cuando el investigador se despoja de sus creencias y prejuicios.

La fenomenología es una corriente de pensamiento propia de la investigación interpretativa que aporta como base del conocimiento la experiencia subjetiva inmediata de

los hechos tal como se perciben. Este enfoque parte de que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esa construcción y de su significado (60).

Para el investigador, la fenomenología es la búsqueda principal del significado y comprensión de la realidad y este resulta de la brecha entre la ciencia y la práctica. La cual se refiere a enfermería por su conocimiento para entender los hechos empíricos desde su percepción para el descubrimiento de la realidad.

Para lograr la esencia del fenómeno, la fenomenología propone la comprensión de los elementos descritos en etapas previas, eliminando aspectos que no forman parte de las unidades básicas de significados. Se busca comprender el sentido del ser a partir de sus expresiones en el mundo, es decir, a través del lenguaje, de los signos, de las expresiones habladas o escritas y de las conexiones entre quien habla y quien escribe. Así pues, la comprensión consiste en identificar un mensaje único que el sujeto construye en la medida que comprende el fenómeno (62).

En otras palabras, el método fenomenológico admite explorar en la conciencia de la persona, es decir, entender la esencia misma, el modo de percibir la vida a través de experiencias, los significados que las rodean y son definidas en la vida psíquica de la persona.

De tal forma que en esta investigación, la perspectiva teórica fenomenológica en la que subyace me permitió develar la esencia, el sentido y el fundamento que se esconde detrás del fenómeno estilos de vida saludables para las personas post infarto de miocardio, a la luz del discurso vivencial de sus actores sociales.

Husserl define la fenomenología como la ciencia de lo que aparece en cuanto tal, es decir, investigación de esencias. La fenomenología como ciencia estricta se basa en la descripción de las apariencias de los objetos como vía para obtener las esencias. La fenomenología, según Husserl, 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 (63).

En este principio se busca comprender el significado que representa la vivencia en la conciencia del sujeto, por lo que el abordaje de su experiencia debe ser holístico.

La filosofía fenomenológica de Husserl nos dice que esta debe sustentarse en las intuiciones fundamentales de nuestra vida, es decir, que se debe hacer aprehensión del conocimiento directa e indirectamente, sin que intervenga la deducción o el razonamiento

Para Heidegger (64), la manera como se presenta o es interpretado el ser determina los múltiples modos del ser, es decir “a las cosas mismas”. La fenomenología como la ciencia de los fenómenos, consiste en hacer ver desde sí mismo aquello que se muestra, y

hacerlo ver tal como se muestra desde sí mismo. La fenomenología se dirige a la esfera de conciencia del sujeto y tiene como meta la descripción de la corriente de vivencias que se dan en la conciencia.

De esta manera, para Heidegger la fenomenología busca apropiarse del significado ya implícito en la experiencia vivida, mediante un proceso de pensamiento orientado por la destrucción y la construcción hasta lograr interpretarlo. Para este autor la fenomenología busca revelar los fenómenos ocultos y, en particular, sus significados. La tarea fenomenológica se fundamenta en la destrucción, lo que implica mirar más allá del significado cotidiano y normal de la vida para ver el significado más grande en el ser. (63)

El término "experiencia vivida" apunta a una característica metodológica central de la fenomenología, para investigar lo primordial, eidético o significados incentivos que se pasan por alto en la vida cotidiana. En este sentido, la fenomenología en la presente investigación busca conocer el mundo interno (subjetivo), la vivencia de la persona post infartada, sus estilos de vida, las características generales del fenómeno, la estructura de la experiencia, más que la misma experiencia en sí.

La experiencia vivida nombra los momentos ordinarios y extraordinarios, lo cotidiano y lo exótico, lo rutinario y lo sorprendente, lo aburrido y lo extático de la experiencia cotidiana mientras vivimos a través de ellos en nuestra existencia humana diaria. El significado metodológico y el significado del concepto de experiencia vivida nos invitan a hacer la pregunta fenomenológica básica, "¿Cómo es?" "¿Qué es esto? ¿Cómo es la experiencia? (64)

Las preguntas fenomenológicas: ¿Cómo es tal o cual tipo de experiencia? ¿Cuál es el significado de esta vivencia? ¿Qué es, esencialmente, ser? ¿Qué hace que esta experiencia sea única y distinta de cualquier otra?, son preguntas que nos perfilan como investigadores: muestran lo que nos interesa, aquello que nos compromete, aquello en lo que se centra nuestra mirada; al mismo tiempo, son estas preguntas las que definen nuestra investigación como fenomenológica (64)

Es por esto, que para comprender las expresiones de estos sujetos de estudio, se utilizó la hermenéutica, partiendo de la entrevista inicial y comprensión precedente de esos datos, explorando en detalle sus variadas perspectivas para una comprensión más profunda.

En este sentido, el fenomenólogo se dirige a la estructura (o condiciones) de la experiencia o vivencia, cuya búsqueda se ancla en la esfera subjetiva. El sentido de la descripción fenomenológica no es un mero recuento o narración de los estados internos del sujeto, sino un intento riguroso por llevarlos a sus estructuras fundantes (65).

En resumidas cuentas, las percepciones de la persona evidencian para ella la existencia del mundo, no como lo piensa, sino como lo vive; así, el mundo vivido, la experiencia vivida, constituyen elementos cruciales de la fenomenología, para la cual la existencia humana es significativa e interesante, en el sentido de que siempre estamos conscientes de algo, por lo que la existencia implica que las personas están en su mundo y sólo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos. (64) De esta manera, el

investigador se interesa por el significado de la experiencia, cuál es el sentido y la importancia que tiene para quien la vive.

Heidegger (64) da un giro especial a la primordialidad del significado vivido con la noción de "desvanecimiento". Parece sugerir que cuando estudiamos cierto fenómeno o evento (experiencia vivida) tenemos que tratar de preguntar qué se ha desvanecido y cómo se dan los fenómenos. (64) En este sentido, la fenomenología pretende develar, lo que a simple vista es imposible captar, de allí la importancia de escudriñar en la experiencia de la persona, en lo que representa para ellos la experiencia vivida.

Los elementos básicos de nuestro mundo de la vida, como la experiencia del tiempo vivido, el espacio vivido, el cuerpo vivido y las relaciones humanas vividas, son preverbales y, por lo tanto, difíciles de describir (64). La experiencia es descrita, o traducida en palabras, por personas que han experimentado el fenómeno y el investigador interpreta las palabras. Generalmente, el objetivo de la interpretación es abstraer la experiencia en temas de puntos comunes, y posiblemente también de singularidad, lo que evidencia al lenguaje como el medio para acceder a la subjetividad de las personas (64).

Gracias a esta corriente epistémica se ha favorecido una investigación más humanizada, ya que lleva implícito un proceso de investigación participativa, donde el investigador, no sólo observa para conocer la problemática, sino, que trata de mantener una conversación abierta, clara, dinámica, cara a cara con los participantes.

El método básico del análisis fenomenológico consiste en la epojé y la reducción. La epojé o puesta entre paréntesis del supuesto de la actitud natural, presente en nuestro acercamiento habitual al mundo como en el propio quehacer de la ciencia: la asunción del mundo como algo dado o de los hechos de este, como una realidad en sí misma, existente más allá de la conciencia que los piensa, valora o siente (67)-

En otras palabras, "la epojé hace referencia a la eliminación de todo lo que nos limita percibir las cosas mismas, ya que la actitud natural por su naturaleza objetiva nos lo impide. Practicar epojé, se refiere, abstenerse o prescindir"

Este principio invita a observar la conciencia, no al objeto que se representa, se busca comprender el significado que representa la vivencia en la conciencia del sujeto; por tanto, su análisis implica el abordaje holístico de la experiencia como un todo. La reducción nos permite reflexionar acerca de lo que hemos recibido como dado a la conciencia como una forma de cerrarse y centrarse en algo (67).

La reducción se centra en percibir y describir las peculiaridades de la experiencia de la conciencia y comprender de modo sistemático cómo este mundo subjetivo está constituido. Este proceso de conocimiento demanda tanto la descripción como interpretación analítica. El objetivo primordial es reconstruir los ejes articuladores de la vida de la conciencia, pero esto únicamente se puede ejecutar profundizando en su experiencia. Exige, describir y comprender la experiencia desde su propia lógica de organización. Es así, que la epojé fenomenológica tiene como principal resultado obtener el eidos o la esencia a través de dirigir toda nuestra atención hacia los objetos, pero tomando

en consideración al modo de darse esos objetos en la conciencia, o sea, a los fenómenos en sentido fenomenológico, que marcarán la base para su posterior comprensión (68).

De acuerdo con lo expuesto, el fenómeno que se explora es observado en el campo de la conciencia del sujeto de estudio, se buscara la esencia de sus vivencias, experiencias, sentimientos, constructos cognitivos y emocionales en la conciencia para buscar el significado de sus estilos de vida y el sentido que tiene para cada uno de ellos, mediante la observación y encuentros en entrevistas en profundidad para llegar a aproximarme a su realidad con epojé y reducción eidética, utilizando la interpretación hermenéutica y luego comprenderla para reflexionar sobre ello y finalmente generar una aproximación teórica sobre el contenido de la conciencia.

La fenomenología conduce a encontrar la relación entre la objetividad y subjetividad, que se presenta en cada instante de la experiencia humana. La trascendencia no se reduce al simple hecho de conocer los relatos u objetos físicos; por el contrario, intenta comprender estos relatos desde la perspectiva valorativa, normativa y prácticas en general (68). La fenomenología es un proyecto de reflexión sobria sobre la experiencia vivida de la existencia humana, en el sentido de que la reflexión sobre la experiencia debe ser reflexiva y, en la medida de lo posible, estar libre de intoxicaciones teóricas, perjudiciales y supuestas. Quien incursione en la fenomenología hermenéutica aplicada (FHA) debe estar interesado primordialmente en el estudio del significado esencial de los fenómenos, así como en el sentido y la importancia que éstos tienen en el propio contexto de aplicación (68).

Unido al método fenomenológico está la hermenéutica o fenomenología interpretativa la cual tal como afirma Heidegger “el lenguaje es la casa del ser”, la hermenéutica está en la búsqueda de comprender al otro, no solo a través de la conversación, sino en lo que encuentra detrás de lo no dicho. Hermenéutica significa que la reflexión sobre la experiencia aspira a emplear un lenguaje discursivo y unos mecanismos interpretativos sensibles que hagan posibles e inteligibles el análisis, la explicación y la descripción fenomenológica” (68) utiliza al mismo tiempo, “simplemente el término ‘descripción’ para incluir tanto el elemento interpretativo, es decir, hermenéutico, como el descriptivo, es decir, fenomenológico (68).

Dilthey, principal exponente del método, la define como el proceso que permite revelar los significados de las cosas que se encuentran en la conciencia de la persona e interpretarlas por medio de la palabra. Postula también que los textos escritos, las actitudes, acciones y todo tipo de expresión del hombre nos llevan a descubrir los significados (63). Generalmente, el objetivo de la interpretación es abstraer la experiencia en temas de puntos en común y posiblemente también de singularidad (69).

En este sentido los autores alegan que la hermenéutica es un enfoque que explicita el comportamiento, las formas verbales y no verbales de la conducta, la cultura, los sistemas de organizaciones y revela los significados que encierra, pero conservando la singularidad. Asimismo, mencionan que la hermenéutica está presente durante todo el

proceso investigativo en la construcción, el diseño metodológico y teórico, así como en la interpretación y discusión de los resultados (69).

El propósito de la fenomenología hermenéutica de Heidegger (64) es apropiarse del significado ya implícito en la experiencia vivida, mediante un proceso de pensamiento orientado por la destrucción y construcción hasta lograr interpretarlo como su verdad; esto es, revelar los fenómenos ocultos y, en particular, sus significados. La tarea fenomenológica se fundamenta en la destrucción, lo que implica mirar más allá del significado cotidiano y normal de la vida para ver el significado más grande en el ser.

Se resalta como importante que el investigador 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 que influyen en los significados que puedan tener.

Este mundo de la vida es el mundo de los significados que residen en las acciones, situaciones y relaciones que vivimos como educadores. Por tanto, el método fenomenológico hermenéutico no ofrece un sistema basado en procedimientos, sino que, más bien, su método requiere y exige la capacidad de ser reflexivo, intuitivo, sensible al lenguaje y constantemente abierto a la experiencia (69).

Por ello, desde el punto de vista metodológico, la estructura del significado de una experiencia vivida se denomina y/o convierte en un tema cuando se trabaja en ella a través

de la reflexión fenomenológico-hermenéutica. Los temas nos ayudan a determinar la esencia del fenómeno o experiencia, ya que constituyen las propiedades esenciales que hacen que algo sea lo que es, aunque su modo de manifestación sea dependiente de los condicionamientos socio-culturales e históricos; el tema constituye la experiencia de lo que es central, significativo e importante, la formulación del tema representa, en el mejor de los casos, una simplificación (69).

El propósito de la fenomenología hermenéutica de Heidegger es apropiarse del significado ya implícito en la experiencia vivida, mediante un proceso de pensamiento orientado por la destrucción y construcción hasta lograr interpretarlo como su verdad; esto es, revelar los fenómenos ocultos y, en particular, sus significados. La tarea fenomenológica se fundamenta en la destrucción, lo que implica mirar más allá del significado cotidiano y normal de la vida para ver el significado más grande en el ser(64).

Un tema es la forma de captar el fenómeno que uno intenta comprender y describe un aspecto de la estructura vivida. Los temas son únicamente las herramientas reflexivas inmediatas para la investigación y escritura fenomenológica. Solo lo que se da o lo que se da a sí mismo en la experiencia vivida o conocimiento consciente, son "datos" fenomenológicos apropiados, pero estos datos no deben confundirse con material de datos que puede codificarse, clasificarse, abstraerse y analizarse (69).

El término "datos" es incompatible con la investigación fenomenológica, la cual se ocupa de significado y sentido en lugar de contenido "informativo"; algunos

fenomenólogos usan términos como "unidades de significado. Los "ejemplos" son los datos de la investigación fenomenológica; sirven para examinar y expresar los aspectos ejemplares del significado de un fenómeno y tienen un significado probatorio: el ejemplo es el ejemplo de algo que se puede conocer o entender.

Por tanto, el análisis fenomenológico no se realiza a través de la clasificación, el conteo o incluso los esfuerzos sistemáticos de codificación. Por el contrario, la investigación fenomenológica procede a través de un proceso inceptual de reflexión, interrogatorio profundo, recordación atenta e interpretación sensible de los significados primarios de las experiencias humanas; al usar el término "ideas introspectivas", Heidegger se refiere al significado original de un fenómeno para conocer los significados, la fenomenología utiliza la reducción como método fundamental de investigación fenomenológica. Es un método de reflexión sobre el significado único del fenómeno que uno estudia para obtener la comprensión eidética, una comprensión fundamental o la percepción introspectiva del significado fenomenológico de una experiencia humana (momento o evento); la reflexión fenomenológica debe abstenerse de teorizar, conceptualizar, abstraer y objetivar; es la reflexión no objetivadora, la reducción se practica como un cuestionamiento constante (69).

La investigación se fundamentó en el método fenomenológico hermenéutico ya que me permitirá interpretar y comprender la experiencia subjetiva de las personas postinfartadas sobre lo que significa para ellos un estilo de vida saludable; esto me permitirá estudiar este fenómeno desde la cotidianidad con el abordaje de las etapas de Hebert Spiegelberg, a continuación la descripción de cada una de ellas.

Etapas del Método Fenomenológico Hermenéutico según el abordaje de Spiegelberg

La fenomenología hermenéutica articula la hermenéutica es decir la interpretación de los hechos al contexto de lo temporal e histórico de la existencia humana, constituyendo el núcleo de la base de las líneas de investigación el significado de las experiencias humanas. El diseño más utilizado en este método es el de Spiegelberg el cual consiste en seis fases:

- Fase 1. Descripción del fenómeno
- Fase 2. Búsqueda de múltiples perspectivas
- Fase 3. Búsqueda de la esencia y la estructura
- Fase 4. Constitución de la significación
- Fase 5. Suspensión de juicios
- Fase 6. Interpretación del fenómeno.

Fase 1: Descripción del Fenómeno:

La fase de la descripción supone partir de la experiencia concreta y describirla de la manera más libre y rica posible, sin entrar en clasificaciones o categorizaciones, pero trascendiendo lo meramente superficial (70).

En esta fase el investigador describe el fenómeno con toda su riqueza sin omitir detalles, su discurso no es riguroso, puede hablar en primera persona (2).

En esta fase, se explora a la persona post-infartada a través de entrevistas a profundidad, grabando, transcribiendo las descripciones personales e individuales, con la finalidad de explicar el significado de estilos de vida saludable para ellos, también se enfoca con el objetivo de profundizar en aquellas facetas de la vida diaria de esta y sentimientos, los cuales deben ser abordados desde la perspectiva de los actores sociales o informantes clave.

La Fase 2: Búsqueda de múltiples perspectivas:

Se trata de obtener toda la información posible desde diferentes perspectivas y fuentes, incluso cuando son contradictorias.

En esta fase el investigador no solamente toma en cuenta las opiniones de los sujetos de estudio, sino también la visión del fenómeno por parte de agentes externos o personas involucradas, además de su propia opinión sobre el fenómeno; cabe resaltar que la perspectiva que presenta el investigador es sobre el fenómeno de estudio y no una crítica sobre las opiniones emitidas por los otros actores participante (2).

En ella se obtienen las diferentes visiones del fenómeno, desde la perspectiva de los informantes clave, los familiares cercanos y de la investigadora por medio de la entrevista en profundidad, la cual producirá una relación más cercana entre la investigadora y los informantes para obtener toda la información posible desde diferentes perspectivas y fuentes incluso cuando son contradictorias. Se llevaron a cabo entrevistas a profundidad de la persona post-infartada (informantes clave) con la finalidad de conocer los sentimientos,

expectativas de vida, emociones como el temor y miedo, después del infarto de miocardio. En este momento cualitativo se buscó obtener cual es el significado de los estilos de vida saludable para las personas que han sufrido un infarto de miocardio.

Fase 3: Búsqueda de las esencias y de las estructuras:

En este proceso se organiza la información a través de matrices para ser contrastada de manera que emerjan las semejanzas y diferencias sobre el fenómeno de estudio (2).

El investigador intenta captar las estructuras del hecho, actividad o fenómeno objeto de estudio y las relaciones entre las estructuras y dentro de las mismas. Es el momento de encajar las piezas del juego establecer categorías y las relaciones existentes entre ellas.

Fase 4: Constitución de los significados:

Se basa en 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" (70).

El investigador profundiza más en el examen de la estructura, centrándose en cómo se forma la estructura de un fenómeno determinado en la conciencia. En esta fase se realizará una reflexión mucho más profunda sobre las estructuras para obtener el significado que le dan los informantes clave al fenómeno de estudio, es decir, al significado

que le dan las personas que han sufrido un infarto de miocardio a los estilos de vida saludable.

Fase 5: Suspensión de Juicios:

Se trata de distanciarse de la actividad para poder contemplarla con libertad, sin las constricciones teóricas o las creencias que determinen una manera u otra de percibir(2).

En esta fase se recoge la información y el investigador se va familiarizando con el fenómeno objeto de estudio. El investigador trata de distanciarse de la actividad para poder contemplar con libertad, sin las creencias que determinen una manera u otra de percibir el fenómeno. El investigador se forma una visión de la narración de los participantes.

Fase 6: Interpretación del Fenómeno:

Esta etapa de la fenomenología se preocupa por los significados de hecho, todo el estudio de estructuras intencionales consiste en gran medida en un análisis interpretativo y una descripción de significado de actos conscientes. Para no solo nuestro propósito sino para nuestra vida cognitiva y emocional. El objetivo de esta etapa es el descubrimiento de significados, producto de instruir, analizar y describir, por ello el intérprete debe ir más allá de lo aparente (71).

De acuerdo a lo señalado anteriormente, se trata de sacar a la luz los significados ocultos, tratar de extraer de la reflexión una significación que profundice por debajo de los

significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso.

Después de haber seguido el procedimiento, el investigador tiene todos los elementos para hacer la interpretación que le permita comprender la realidad de estudio, es importante señalar que todo este proceso está presidido por la epojé o suspensión de juicios.

Aquí toda la información aportada por los informantes clave, permitió extraer a la luz del fenómeno los significados ocultos presentados por la información recolectada a lo largo del proceso. Con esta metodología se buscó estudiar las experiencias vividas por los informantes clave para comprender el significado que le otorgan las personas que han sufrido un infarto de miocardio a los estilos de vida saludable. Estos informantes fueron seleccionados intencionalmente y de acuerdo a su pertinencia con el fenómeno en estudio.

La intención como investigadores en este paradigma cualitativo fenomenológico hermenéutico es la comprensión de comportamientos y experiencias humanas en relación a sus estilos de vida en las personas post infartadas, de esta manera se intentó comprender el proceso mediante el cual las personas construyen significados y explican en qué consisten esos significados. El aspecto cualitativo considera como sujeto de estudio a la persona humana en determinada situación social, perteneciente a un grupo social dentro de su cultura, convivencia, creencias y valores.

Informantes Clave

Es aquella persona que facilita al investigador toda la información necesaria para comprender los significados y las actuaciones que se desarrollan en determinado contexto. El criterio de selección, son todos los criterios que el investigador considere necesario incluir en la investigación de acuerdo a los objetivos planteados (2).

Los informantes clave, pueden definirse, como las personas o grupos que, en cada momento del trabajo de campo, pueden aportar información relevante a los propósitos de la investigación. Los informantes considerados en una investigación cualitativa se eligen porque cumplen ciertos requisitos que en el mismo contexto educativo o en la misma población, no cumplen otros miembros del grupo o comunidad (73).

Por tanto la selección de las personas que facilitan al investigador la información necesaria para comprender el significado y las actuaciones que se desarrollan en determinado contexto tiene, en la investigación cualitativa, unas características claramente diferenciadoras. En tal sentido; las personas a medida que pasan a través de realidades diferentes, están constantemente interpretando y definiendo. Diferentes personas dicen y hacen cosas distintas porque cada persona ha tenido diferentes experiencias y ha aprendido diferentes significados sociales, así como se hallan en situaciones diferentes" (74)

De tal modo, los informantes son considerados el eje principal de la investigación cualitativa y deben ser seleccionados cuidadosamente. Al momento que se proyecta la investigación se toman decisiones en cuanto a los criterios de selección y se complementan

durante el trabajo de campo. Existen diferentes estrategias válidas para captar a los informantes, así como diferentes formas de acceder y seleccionarlos, lo único que debe hacer el investigador es reportar, describir el proceso de selección de estos informantes con la intención que el lector pueda comprender e interpretar los resultados de la indagación.

En la presente investigación participaron cinco (5) personas que han sufrido un infarto de miocardio que estén en la fase III de rehabilitación cardiaca. La selección de las personas fue intencional y consideramos seleccionar a los participantes de acuerdo a la conveniencia del tema que se abordó en la investigación. Para ello, el criterio de selección se orientó en seleccionar aquellos participantes que quisieron participar de manera voluntaria, que hayan experimentado y estén sensibilizadas con el fenómeno de estudio, que estén en la fase III de rehabilitación cardiaca, que tengan disponibilidad de tiempo para la realización de las entrevistas, que acepten la grabación de las entrevistas, que den su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio, que hablen español.

El número de informantes se determinó por muestreo teórico y saturación de las respuestas. El muestreo teórico se consideró en esta investigación ya que nos permitió la recolección de información para generar una teoría por medio de la cual el investigador recogió, codificó y analizó la información y decidió que datos escoger, a fin de desarrollar la teoría tal como esta va surgiendo.

En cuanto a la saturación de la información se puede señalar, que después de la realización de un número de entrevistas, grupos de discusión, entre otros; el material

cualitativo deja de aportar información nueva. En ese instante, los investigadores/as dejan de recoger información. Todos los informantes clave y los agentes externos se identificaron con números, para garantizar la confidencialidad de los mismos en la investigación.

Criterios de selección de los Informantes clave:

- Personas que hayan sufrido un infarto de miocardio.
- Personas postinfartadas que estén en la fase III de rehabilitación cardiaca
- Que deseen participar de manera voluntaria.
- Que hablen español
- Que tengan disponibilidad de tiempo para la realización de las entrevistas.
- Que acepten la grabación de las entrevistas
- Que otorguen su Consentimiento Informado

Agentes Externos

Son todas aquellas personas que participaron en la investigación y que aportaron información sobre el fenómeno estudiado con la finalidad de contrastar o converger con la información aportada por el informante clave durante la triangulación (70).

Es conveniente tener en la investigación, varias fuentes de información, ya que la investigación cualitativa se apoya en la triangulación y se fundamenta en el hecho de utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección para contrastar dicha información. En esta investigación los agentes externos estuvieron conformados por un familiar, un médico

internista y una enfermera del área de cardiología, que participaron en la investigación, se seleccionaron por la participación voluntaria y que estuvieran sensibilizados con la temática a estudiar.

Criterios de selección de los Agentes Externos:

- Que sean responsables del cuidado de una persona que haya padecido un infarto de miocardio
- Que deseen participar de manera voluntaria.
- Que hablen español
- Que tengan disponibilidad de tiempo para la realización de las entrevistas.
- Que acepten la grabación de las entrevistas
- Que acepten y firmen el consentimiento informado.

Acceso al campo de estudio

Es un proceso mediante el cual, el investigador va accediendo a la información fundamental para la investigación. Implica la tramitación de los respectivos permisos en las instituciones y con las personas que han de participar en el estudio”. Eso es precisamente el campo. Lo desconocido, lo que suele escapar a las previsiones hechas desde el despacho del investigador o lo que no siempre puede someterse al control del laboratorio. El campo, contexto físico y social en el que tienen lugar los fenómenos objetos de la investigación, está a menudo por definir y desborda los límites de lo previsto por el investigador (70).

Para acceder al campo de estudio como investigadora se solicitaron los permisos a la persona post infartada y familiares cercanos, antes descritos; posteriormente se realizaron los contactos con los informantes clave y agentes externos a fin de explicarles los objetivos de la investigación, lugar día y horas para la realización de las entrevistas previo consentimiento informado.

Consideraciones éticas para proteger los derechos de los participantes:

Es la manifestación de la actitud responsable y bioética del investigador, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y la autonomía de las personas (75).

Los investigadores deben clarificar los principios éticos que guían su actividad y comunicarlos abiertamente a los participantes de la investigación con el propósito de proteger la confidencialidad y el respeto a la intimidad (76).

Las consideraciones éticas están presentes cuando el investigador decide cuales son los comportamientos correctos. El investigador no es neutral en las decisiones que adopta en su trabajo de investigación, sino que en él se proyectan valores y planteamientos éticos. La investigación se construye sobre un componente moral de los investigadores. El problema ético se plantea al investigador en forma de dilemas acerca de lo que es correcto o incorrecto en su forma de actuar (70).

A tal efecto, se proporcionó información precisa, clara y oportuna acerca del propósito de la misma, el tipo de información a obtener, el derecho de los participantes a renunciar a esta, sin que esto involucre cambios en el tema de la misma. Se garantizó guardar la privacidad de los informantes con el propósito de obtener la información precisa al manejo adecuado de la información.

Consentimiento Informado:

El consentimiento informado es el instrumento mediante el cual el investigador informa al participante en calidad y en cantidad suficiente sobre la naturaleza de la investigación, sus objetivos, los riesgos y beneficios que este conlleva y a las posibles alternativas.

Este documento escrito solo es el resguardo de que el investigador ha informado y de que el participante ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y biotécnica del investigador, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas (75). Es la manifestación de la actitud responsable y bioética del investigador, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y la autonomía de las personas (75).

Debido a que los valores y objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona (75).

Es un documento legal que comprende la explicación verbal y escrita en un lenguaje sencillo y comprensible a las personas que participarán en la investigación de todos los aspectos relacionados con su participación en la investigación (70).

El consentimiento informado consta de dos partes:

1. Derecho a la información: esta brinda información al participante la cual debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relacionado a la investigación. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, beneficios físicos o emocionales, la duración y alternativas si las hubiera. Este proceso incluye comprobar si el participante ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuestas a estas y asesorar en caso de que sea necesario.
2. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el participante tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento para que se lleven a cabo los métodos de recolección de la información. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir (70).

De igual manera, se diseñó un formato considerando todos los criterios que deben estar presentes en el consentimiento informado como documento legal y expresión tangible del respeto a la autonomía de la persona en el ámbito de la investigación en salud.

Técnica de Recolección de Información

La entrevista es el procedimiento más utilizado en el trabajo de campo. A través de ella, el investigador busca obtener informes contenidos en el habla de los actores sociales. Ello no significa una conversación neutra, una vez que se escoge como medio de colecta de datos relatados por los autores, en cuanto a sujeto u objeto de pesquisa que vivencian una determinada realidad que está siendo fortalecida (72).

La misma fue no estructurada y llevada al estilo de una conversación y la observación directa. Igualmente se grabaron en su totalidad, previo consentimiento informado del participante. Los encuentros fueron previamente establecidos con los participantes, de carácter individual y se desarrollaron en un dialogo intersubjetivo, cara a cara, buscando en las expresiones verbales y quinesísticas de los participantes el significado de sus vivencias en cuanto a estilos de vida saludable.

En este estudio se utilizó la entrevista a profundidad y un anecdotario para resaltar aspectos imposibles de captar con la entrevista, tales como la postura, los gestos y las miradas, entre otros.

La entrevista fenomenológica o en profundidad es el estudio de experiencias vivida, y las formas de como nosotros comprendemos la experiencia en un mundo vivido, ya que es la esencia y sirve para formar experiencias que pueden ser narradas (69).

Esta entrevista con cada informante no duró más de 45 minutos y si fue necesario concretar alguna información que haya quedado incompleta, o si fue necesario volver a

realizarla, se realizó una segunda entrevista para las preguntas cuyas respuestas quedaron incompletas. El sitio de la entrevista fue consultado con el informante clave dándole libertad de escogencia, sin embargo el lugar conto con las siguientes características: que fuese agradable, confortable y libre de ruidos.

Las entrevistas fueron grabadas en un ambiente de común acuerdo negociado con el participante. El abordaje se realizó dentro del contexto de convivencia que existió entre el investigador y los informantes clave en los espacios que se dispusieron de acuerdo a las negociaciones establecidas.

Las entrevistas representan un encuentro con el entrevistador para intentar obtener información, opiniones o creencias de una o varias personas. La entrevista en profundidad lleva al investigador a obtener una información deseada sobre un determinado problema y a partir de él se establece una lista de temas en relación con los que se focalizará la entrevista, quedando está a libre dirección del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudando a establecer una estructura de formalización (77).

Se construye a partir de reiterados encuentros cara a cara del investigador y los informantes con el objetivo de adentrarse en su intimidad y comprender la individualidad de cada uno (78).

Este tipo de entrevista 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 (68).

En la entrevista en profundidad el entrevistador desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él establece una lista de temas, en relación con los que se focaliza la entrevista, quedando está a la libre discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudará a establecer determinado factor, entre otros, pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano (70).

En este sentido puede decirse que el objetivo del entrevistador es conocer como los participantes ven el problema

Relación Entrevistado-Entrevistadora:

Como señala Bourdieu (79), la relación de encuesta o entrevista constituye “una relación social que genera efectos sobre los resultados obtenidos”. Según este autor, la “violencia simbólica” del entrevistador hacia el entrevistado es inevitable en la situación de entrevista. Esto tiene que ver, en primer lugar, con las características que definen el marco de la interacción entre entrevistador y entrevistado: “es el encuestador quien inicia el juego y establece sus reglas; es él quien, asigna a la entrevista, de manera unilateral y sin negociación previa, objetivos y usos en ocasiones mal determinados, al menos para el encuestado” (79).

Exige que el investigador se presente a sí mismo como una persona sincera, dispuesta asumir un compromiso en la relación con el informante clave. 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. El investigador debe ser sensible, genuino y abierto. Debe existir el compromiso de recolectar la información con sinceridad, espontaneidad y honestidad.

Los primeros momentos de la relación entrevistador – entrevistado suelen estar presididos por una desconfianza mutua, por un sentimiento de aprensión, uno no sabe muy bien como el otro va a interpretar lo que decimos, nuestros gestos, o incluso como nos ve físicamente. En esos momentos iniciales, la estrategia que mejor puede favorecer el comienzo de una relación de confianza es la de procurar mantener hablando al entrevistado. Es importante que perciba que se le escucha con atención y que aquello que dice tenga algún sentido para nosotros, que el entrevistado comparte un mismo lenguaje y quizás un mismo significado y llama a las cosas de la misma manera (70).

Rigor Metodológico

Una de las consideraciones que él o la investigadora debe garantizar durante toda la investigación es el rigor del trabajo científico en la investigación, por consiguiente los criterios que comúnmente se deben utilizar para evaluar la calidad científica de la investigación cualitativa son la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad.

El primer criterio **la credibilidad**, se logra cuando el investigador (a) a través de sus observaciones y conversaciones con los informantes en el estudio, recolectan la información que generan los hallazgos, los cuales son reconocidos por los mismos como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten (80). Así entonces, la credibilidad se refiere a como los resultados de una investigación que son verdaderos para la personas, en este caso las personas que fueron estudiadas y que hayan sufrido un infarto de miocardio.

En tal sentido, para lograr este criterio, se realizaron conversaciones con los participantes al momento de buscar la información; al ser experimentada esta realidad por los informantes, se pudo reconocer lo que ellos sienten y piensan sobre el fenómeno. La credibilidad se demuestra cuando los participantes reconocen en los hallazgos de investigación sus propias experiencias reportadas siendo ellos los autores principales de la realidad vivida (81).

La auditabilidad: Mertens 2005, lo define como "Implica rastrear los datos en su fuente y la explicación de la lógica utilizada para interpretarlos, es decir, demostrar que se ha minimizado los sesgos y tendencias del investigador. Así mismo, Guba y Lincoln refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a

conclusiones iguales o similares a la del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares (80).

La Transferibilidad o (aplicabilidad de resultados): Este criterio se refiere a la aplicabilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar que tanto se ajustan los resultados en otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describan con detalle el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos; de esta manera es por ello que hay que considerar la validez y la confiabilidad que son estándares del rigor científico independientemente de los paradigmas que orienten la investigación porque el objetivo fundamental de toda investigación es encontrar resultados posibles y creíbles (80).

Mertens, la denomina traslado, en un estudio cualitativo es difícil trasladar los resultados de una investigación a otro contexto, pero en ciertos casos nos pueden dar pautas para tener una idea en general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otro ambiente (80).

La transferencia en investigación cualitativa no depende del investigador, sino del lector o participante, quien analiza si los hallazgos pueden aplicarse a su propio contexto

Análisis de datos

Para analizar el contenido de las entrevistas se utilizaron las técnicas "análisis e interpretación de los contenidos de una temática", el tema es la unidad de significación que se libera naturalmente de textos analizados según criterios relativos a la teoría que sirven de guía. El análisis de esta temática se realizó en tres etapas.

El pre análisis: consistió en escoger los documentos que serían analizados en la retoma de los objetivos iniciales de la investigación, reformulado frente al material recolectado en la elaboración de indicadores que orienten la interpretación final. En esta fase se realizó la lectura del conjunto de las comunicaciones, la cual consistió en tomar el material, las respuestas que tenían validez y contemplaron todos los aspectos contenidos en la entrevista que tuvieron homogeneidad y pertinencia. En esta fase se determinaron las palabras clave o frases, unidades de contexto, la forma de la organización y la modalidad de codificación de los conceptos teóricos que orientaron el análisis. Se realizaron la transformación de los datos vinculado a la comprensión del texto, se trabajó con unidades de registro que pueden ser una palabra, un tema o un personaje como se establece en el pre análisis.

En segundo lugar se escogieron las reglas contables para la cuantificación y en tercer lugar se realizaron la clasificación y agregación de los datos, escogiendo las categorías teóricas o empíricas que comandaron las especificaciones de los temas.

El tratamiento de los resultados obtenidos, la interpretación, fueron sometidos a operaciones que permitieron realizar inferencias e interpretaciones previas en su contexto

teórico y se abrieron otras dimensiones teóricas sugeridas por la lectura de las categorías de origen.

CAPITULO IV

DESCRIPCION DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

**El conocimiento es la luz que
iluminará tu camino”**
Robert Fisher

En el presente capitulo se expone la descripción del fenómeno de estudio **Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio**; a partir de las experiencias vividas por los informantes clave.

Perspectivas de los Informantes Clave

Dentro de este marco, se exponen las entrevistas realizadas a los informantes clave a través de la grabación y transcripción textual de las respuestas que permitieron discernir e intuir sobre las vivencias experimentadas por los informantes clave de este estudio, haciendo énfasis en la profundidad y amplitud de cada una de las respuestas aportadas.

Del mismo modo, se pone en manifiesto la opinión de cinco (5) informantes clave, acerca del significado que tiene para ellos los estilos de vida saludable. Para identificar a cada uno de los informantes clave se utilizaron números, a estos informantes se les realizaron cinco preguntas norteadoras, que sirvieron de base para generar otras interrogantes en la medida que el informante clave exteriorizaba sus respuestas con la

finalidad de conocer directamente sus réplicas significativas. A continuación, se describen las narrativas de las entrevistas:

INFORMANTE 1: Masculino de 45 años de edad, de oficio obrero, con 60 días de haber sufrido el infarto de miocardio (IM).

1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Informante 1. Bueno, un estilo de vida saludable era todo aquello que uno antes de este golpe desconocía. Porque yo era muy bochinero.

Entrevistadora. ¿Qué es ser bochinero?

Informante 1. Bueno es ser alegre, inventor. Ahora un estilo saludable será la buena alimentación, cero estranocho, el estrés, una vida como quien dice, más relajada, más desagitada, para no volver a repetirse la eventualidad.

2. ¿Cómo era su estilo de vida antes del infarto de miocardio?

Informante 1. Bastante desordenado en la comida, me estrasnochaba demasiado, fumaba mucho, me estrasnochaba con el uso del teléfono, bebiendo alcohol, un desorden total que bueno, a raíz de eso, mira las consecuencias que cuando a uno le da el dolor, es cuando uno dice oye perdóname, Dios, y se da cuenta que hizo mal.

Entrevistadora. ¿Crees en Dios?

Informante 1. Bastante, 100 %.

3. ¿Cómo es su estilo de vida después del infarto de miocardio?

Informante 1. Más tranquilo, de ahora en adelante debo aprender a alimentarme sanamente, tomar las cosas con calma y realizar una actividad física cuando lo indique el médico.

4. ¿Qué sentimientos le genero el haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 1. Wao, muchos,

Entrevistadora. ¿Qué paso por su mente?

Informante 1. Mis hijos, fue lo primero que visualice. Y arrepentirme y pedir perdón, pero ya como demasiado tarde. No pensaba que fuera a seguir viviendo, porque siempre uno escucha mira que antes de morirse uno le pide perdón a Dios, entonces uno en ese momento está pensando en los hijos, yo tengo a mi esposa, la amo, pero uno piensa en los hijos porque uno los está formando.

5. ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 1. El compañerismo. La humildad, la solidaridad, son valores que se han perdido mucho en Venezuela, pero con un granito de arena uno hace la diferencia, hay que trabajar en equipo, aquí compartimos el desayuno, almuerzo, y hay que portarse bien porque el que lo vive es el que dice oye tienes razón, otros no le dan importancia porque creen que eso no les pasara, de ahora en adelante hay que cuidar la vida, quererla y valorarla, porque esta es una oportunidad que nos dio Dios.

INFORMANTE 2: Masculino de 64 años de edad, de oficio albañil con 2 episodios de IM, el primero 3 años y el segundo 6 días.

1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Informante 2. Es comer bien, comida saludable para sentirse mejor.

Entrevistadora. ¿Comida saludable como cuál?

Informante 2. Como pollo a la plancha, pescado y camarones porque me gustan mucho.

2. ¿Cómo era su estilo de vida antes del infarto de miocardio?

Informante 2. El estilo de vida era la norma como la estoy describiendo porque ya me había dado un infarto.

Entrevistadora. ¿Es decir, que ya sabía cómo cuidarse en cuanto a alimentación?

Informante 2. Sí, me estaba cuidando, no hacía nada de desastre en la comida, no tengo vicios ni tomo café. Casi nunca tomo licor, ni tabaco. No he fumado nunca. No he tenido la oportunidad

Entrevistadora. ¿Qué le comentó el médico porque le pudo haber repetido el IM?

Informante 2. Bueno, la primera vez me dijeron que vino por exceso de trabajo.

Entrevistadora. ¿En qué trabajo usted?

Informante 2. Trabaje toda mi vida en construcción, pero después del primer infarto hace tres años, deje de trabajar. Y ahora me dicen que tengo una coronaria tapada.

3. ¿Cómo es su estilo de vida después del infarto de miocardio?

Informante 2. Me cuido en la alimentación como pollo a la plancha, ensaladas y no tengo vicios.

4. ¿Qué sentimientos le generó el haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 2. Demasiados, porque no tan solo yo sufro, también sufre mi familia. Sufrimos todos. Porque yo estoy aquí y ellos allá afuera sufriendo, esperando noticias todos los días por mi salud.

Entrevistadora. ¿Tiene una familia unida?

Informante 2. Si, bastante unida.

Entrevistadora. ¿Cuántos hijos tiene?

Informante 2. Tengo tres hijos y 11 hermanos que están allí afuera, tengo a mi mamá todavía viva, gracias a Dios. Y parte de mi familia están afuera, incluyendo a mis primos, todos somos unidos.

Entrevistadora. ¿Es importante para usted sentir el apoyo y unión familiar?

Informante 2. Si por supuesto, eso me hace sentir querido.

5. ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 2. Cónchale, demasiados. El compañerismo, el amor familiar. Y bueno toca seguir haciendo todo lo que ya venía haciendo y tratar de cuidarme un poquito más. Para evitar, volver a recaer otra vez; porque estas son recaídas, pero trataré de que no me pegue más nunca esto. Porque esta es la mejor vida que hay de aquí no hay otra.

Entrevistadora. ¿Cree en Dios?

Informante 2. Si, Toda la vida. Él es mi protector.

INFORMANTE 3: Femenina de 55 años de edad, de oficio ama de casa, con 8 meses de haber sufrido el infarto de miocardio (IM).

1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Informante 3. Para mí un estilo de vida saludable es no hacer el desorden que estaba haciendo, en verdad, yo no tenía ningún control.

Entrevistadora. ¿A qué te refieres?

Informante 3. Me gusta el pollo frito, me gusta mucho la grasa, me gusta el refresco. Hacia todo lo contrario a una vida sana, una vida saludable.

2. ¿Cómo era su estilo de vida antes del infarto de miocardio?

Informante 3. Comía mucho pollo frito. Tomaba mucho café, en vez de cocinar a la plancha lo que comía era frito todo era frito. Arepa frita, o sea, yo era pura fritura.

3. ¿Cómo es su estilo de vida después del infarto de miocardio?

Informante 3. Saludable, yo duré 8 meses que comía todo a la plancha. Arepa asada finita con un poquito de avena o afrecho, ligada con zanahoria y me gusto comer así, por eso de ahora en adelante debo cuidarme y comer saludable.

4. ¿Qué sentimientos le generó el haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 3. Tristeza, mucha tristeza,

Entrevistadora. ¿Porque te sientes tan triste?

Informante 3. Porque no tengo a mi familia cerca,

Entrevistadora. ¿Tu familia está esperando fuera del hospital?

Informante 3. No, me imagino que están trabajando en sus cosas.

Entrevistadora. Tienes pareja?

Informante 3. Si,

Entrevistadora. Tienes hijos?

Informante 3. Si, tres varones y una hembra y 4 nietos, mi hija y mi hijo menor y 2 nietos viven conmigo. Mi hijo mayor ya sabe, él vive en la Isabelica y esta con su esposa, el otro está en San Cristóbal, nunca me llama. Los dos menores son los que siempre están conmigo. Y me ha pegado la soledad.

5. ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 3. Amor por mi familia, pero me siento muy sola,

Entrevistadora. ¿Crees en Dios?

Informante 3. Si por sobre todas las cosas.

INFORMANTE 4:

Masculino de 70 años de edad, de profesión economista, con 3 años de haber tenido el infarto de miocardio (IM).

1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Informante 4: Es vivir tranquilo, buena alimentación, divertirse sanamente, mi trabajo es importante para tener un estilo de vida saludable, compartir con la familia, con mis seres queridos, y sobre todo desde el punto de vista de salud es alimentarse bien

2. ¿Cómo era su estilo de vida antes del infarto de miocardio?

Informante 4: Era muy ajetreada, exceso de trabajo, exceso de alcohol, exceso de parrandas, exceso de muchas cosas negativas, me trajo como consecuencia un IM, por lo tanto la vida hay que continuarla viviendo sanamente.

3. ¿Cómo es su estilo de vida después del infarto de miocardio?

Informante 4: Un poco más serio en cuanto a la alimentación, deje el cigarrillo, bebo mucho menos que antes, no parrandeo tanto, he bajado el ritmo de parrandas casi un 70 % y estoy bajo tratamiento médico regular.

4. ¿Qué sentimientos le generó el haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 4: Sentimientos de amor, de amistad, de pertenencia a la familia, de querer cambiar las cosas como las venía haciendo, como vivía, entonces es importante estar y sentirse bien con uno mismo, bien con los demás.

5. ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 4: Valor a la vida. Amor a la familia, amor a querer vivir,

INFORMANTE 5:

Masculino de 68 años de edad, de oficio administrador, con 1 año de haber sufrido el infarto de miocardio (IM).

1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Informante 5: Un estilo de vida saludable obviamente viene por la alimentación, el ejercicio y medicamentos de acuerdo a la patología que tu tengas, en mi caso desde los 40 años sufro de tensión alta y por eso tomo mi tratamiento al pie de la letra. Pienso que lo importante es la alimentación saludable y cumplir con el tratamiento médico.

2. ¿Cómo era su estilo de vida antes del infarto de miocardio?

Informante 5: Un estilo de vida bastante desordenado, desde el punto de vista de la comida, el licor es uno de los que ocasiona mayores problemas a la salud, en mi caso particular fue primero un ACV que me dio en el mes de abril 2022, después al mes sufrí de COVID y me afectó las piernas ya que no las podía mover y en mayo 2022 sufrí el IM, donde tuve un dolor muy fuerte en el pecho, me colocaron un Stend y luego de ello me he sentido mucho mejor. Mi personalidad es muy hiperquinetica, muy acelerado, muy desordenado mentalmente,

3. ¿Cómo es su estilo de vida después del infarto de miocardio?

Informante 5: Después que me dio el IM, con el tratamiento y haciendo conciencia que debo bajar el estrés, me he sentido mejor de la tensión arterial, tengo control de la glicemia porque soy diabético. Ya dejé el licor y me alimento saludable como a la plancha carne y pollo y muchas ensaladas. He bajado los carbohidratos y tomo agua.

4. ¿Qué sentimientos le generó el haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 5: El sentimiento fue tristeza porque por el ACV no coordinaba los movimientos de la pierna derecha, no coordinaba los pensamientos. Afortunadamente logre superar la etapa del ACV. En el IM fue un dolor muy intenso, no da tiempo de reaccionar si estas triste, lo que quieres es que se te quite el dolor.

5. ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 5: Fe, amor por la familia, creo en José Gregorio Hernández

Entrevistadora. ¿Cree en Dios?

Informante 5: 100 % pienso que no hay alguien más fuerte que él, lo creo porque lo he sentido, me ha ayudado mucho en la familia, en el trabajo.

CAPITULO V

BÚSQUEDA DE LAS MÚLTIPLES PERSPECTIVAS

SOBRE EL FENÓMENO DE ESTUDIO

**El amor es la única forma de captar
a otro ser humano en el núcleo más
íntimo de su personalidad**

Viktor Frankl

El presente capítulo, presenta en primer término, la perspectiva de la investigadora; seguidamente las de los agentes externos (familiar, médico y enfermera) participantes en esta investigación, a fin de identificar las relaciones que podían estar presentes con el fenómeno estudiado **Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio**. Finalmente se presentan las coincidencias emergidas en las respuestas expresadas por los agentes externos: familiar, médico y enfermera.

Las mismas se congregaron en una matriz que ilustra la interrogante: *¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?* Se tomó en consideración a un familiar que brindó cuidado, antes durante y después que la persona infartada había superado la etapa aguda del evento coronario.

Con respecto al personal de salud (médico y enfermera) se consideraron las coincidencias o intersecciones en las respuestas dadas con respecto a la misma interrogante efectuada al familiar, 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 cuidados coronarios; además de las medidas con respecto a la terapéutica, exámenes de laboratorio y especiales entre otros aspectos que van a 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 porqué 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: Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio.

Perspectiva de la Investigadora

Los estilos de vida saludables constituyen un proceso de aprendizaje que se producen por imitación de modelos de patrones familiares o de grupos formales o informales. Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de comunicación. Por tanto intervenir en ellos se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. El propósito del modelo de promoción de la salud; propuesto por Pender; es ayudar a las enfermeras a conocer y comprender los principales determinantes de los comportamientos de salud como base para el asesoramiento conductual a fin de promover el bienestar y los estilos de vida saludables (82).

En el caso de la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio, pueden surgirle angustia, ansiedad, expectativas vinculadas a su vida futura. 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. A tal fin, es necesario implementar estrategias de promoción de salud en etapas tempranas de la vida, ya que la experiencia educacional indica que la mejor etapa para inculcar hábitos saludables es en la etapa de preescolar.

En tal sentido, el cuidado y los estilos de vida saludable están estrechamente relacionados; llevar un estilo de vida saludable implica cuidar nuestro cuerpo y mente a través de hábitos saludables que promuevan el bienestar físico, mental espiritual y social.

Durante mi experiencia como profesional y docente en la enseñanza de la enfermería he podido observar en algunos escenarios de la práctica como los hogares a nivel de la comunidad, que las personas posterior al infarto de miocardio, a corto plazo se sienten responsables y capaz de autocuidarse, pero a largo plazo, descubren que su comportamiento preventivo y en especial seguir hábitos saludables en la vida diaria son difíciles de mantener. En efecto, se puede apreciar la inexistencia de un patrón de conductas en la realización de actividad física, y en cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico, la preocupación de la persona post infartada prevalece en cumplir con el tratamiento indicado y la asistencia a la consulta. Cabe señalar que la meta de enfermería es prevenir y disminuir los riesgos para la salud, a través de un programa educativo para la práctica del cuidado de la persona post infartada.

Con referencia a lo anterior; podemos expresar que la educación es el recurso más importante y el valor fundamental para la transformación y crecimiento personal de un ser humano (83). Así que es importante mantener la motivación en la personas y trabajar junto a la familia: creencias, valores, experiencias, hábitos de vida, para poder ayudar a cambiar su comportamiento.

Perspectivas de los Agentes Externos

Ellas comunican la información que apporto un familiar de un actor social, al establecerle cuatro (4) interrogantes. De igual forma, se presentan las expresiones manifestadas por un médico internista y una enfermera del área de cuidados coronarios, en

respuesta a cuatro (4) interrogantes. Todas las representaciones sociales dadas, están relacionadas con el fenómeno en estudio.

Familiar Participante

Familiar: Esposa

1. ¿Qué es para usted un estilo de vida saludable.

En primer lugar alimentarse bien control de sal azúcar, cero tabacos y alcohol y cualquier otra sustancia nociva para la salud, hacer ejercicio, en el caso de nosotros los adultos mayores caminar 45 minutos 3 veces a la semana, dormir las horas adecuadas y llevar una vida tranquila.

2. ¿Cuénteme su experiencia al cuidar a su esposo durante el IM?

Con mucho miedo, soy muy mala cuidando enfermos. Me da susto un enfermo. Tuve muy mortificada porque no sabía que me esperaba mañana. En las noches me levantaba y lo tocaba para ver si respiraba. Le hacía su dieta sana cien por ciento.

3. ¿Qué valor prevalece en usted después que su esposo sufrió el IM?

Para mí el valor que prevalece primero es Dios.

4. ¿Qué sentimientos prevalecen en usted después que su esposo sufrió el IM?

Amarnos más como familia y amar más a Dios.

Médico Participante**Médico Internista:****1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?**

Una alimentación balanceada, el mejor ejemplo es la dieta mediterránea, hacer caminatas de lunes a viernes 30 minutos al día sin interrupciones, evitar fumar, evitar estrés, evitar consumo excesivo de alcohol, consumir menos de 5 gramos de sodio al día.

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

Es una situación estresante en vista que se carga con la carga emocional del paciente, el familiar al momento de atenderlo y hacer el seguimiento de las complicaciones y hay que individualizar cada persona para seleccionar el tratamiento más acorde.

3. ¿Cómo es el estilo de vida de un paciente que ingresa con IM?

Habitualmente es lo contrario a lo descrito en la pregunta uno, hay sedentarismo, con frecuencia son fumadores, generalmente hay obesidad e hipertensión arterial y tienen una dieta desproporcionada con gran consumo de carbohidratos.

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

Preocupación al conocer la gran cantidad de complicaciones que puede presentar al momento de la emergencia incluso la muerte.

Personal de Enfermería Participante

Enfermera del Área de Cuidados Coronarios

1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Un estilo de vida saludable es llevar una alimentación sana, balanceada que combine todos los grupos de alimentos, es realizar actividad física, evitar el consumo de tabaco y alcohol y tratar de evitar el estrés.

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

Es una situación estresante, porque está en juego la vida del paciente y a veces no se cuenta con los recursos necesarios al momento de atender la emergencia.

3. ¿Cómo es el estilo de vida de un paciente que ingresa con IM?

Al momento de realizar la anamnesis la mayoría de los pacientes manifiesta sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, una vida ajetreada por el día a día y un alto consumo de carbohidratos.

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

Angustia, ansiedad, por la incertidumbre de la evolución del paciente.

Coincidencias o Intersecciones en los Agentes Externos de acuerdo a sus Respuestas a las Interrogantes

1. Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Familiar	En primer lugar alimentarse bien control de sal azúcar, cero tabacos y alcohol y cualquier otra sustancia nociva para la salud, hacer ejercicio, dormir las horas adecuadas y llevar una vida tranquila.
Médico	Una alimentación balanceada, el mejor ejemplo es la dieta mediterránea, hacer caminatas de lunes a viernes 30 minutos al día sin interrupciones, evitar fumar, evitar estrés, evitar consumo excesivo de alcohol, consumir menos de 5 gramos de sodio al día.
Enfermera	Un estilo de vida saludable es llevar una alimentación sana, balanceada que combine todos los grupos de alimentos, es realizar actividad física, evitar el consumo de tabaco y alcohol y tratar de evitar el estrés.

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

Familiar	Miedo, susto y estrés
Médico	Es una situación estresante en vista que se conlleva con la carga emocional del paciente, el familiar al momento de atenderlo y hacer el seguimiento de las complicaciones.
Enfermera	Es una situación estresante, porque está en juego la vida del paciente y a veces no se cuenta con los recursos necesarios al momento de atender la emergencia.

3. ¿Cómo es el estilo de vida de un paciente que ingresa con Infarto de miocardio?

Familiar	Sedentario y mala alimentación.
Médico	Habitualmente es lo contrario a lo descrito en la pregunta uno, hay sedentarismo, con frecuencia son fumadores, generalmente hay obesidad e hipertensión arterial y tienen una dieta desproporcionada con gran consumo de carbohidratos.
Enfermera	Al momento de realizar la anamnesis la mayoría de los pacientes manifiestan sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, una vida ajetreada por el día a día y un alto consumo de carbohidratos.

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

Familiar	Amarnos más como familia y amar más a Dios.
Médico	Preocupación al conocer la gran cantidad de complicaciones que puede presentar al momento de la emergencia incluso la muerte.
Enfermera	Angustia, ansiedad, por la incertidumbre de la evolución del paciente.

CAPITULO VI

FENOMENOLOGÍA DE LAS ESENCIAS Y DE LAS ESTRUCTURAS

**La verdadera educación
consiste en obtener lo mejor de
uno mismo.**

Mahatma Gandhi.

El presente capítulo está constituido por la síntesis narrativa, la categorización, y codificación de la información aportada por los informantes del estudio, durante las entrevistas efectuadas. Asimismo, se presenta el proceso de triangulación para identificar las interconexiones entre los significados emergidos de los actores que participaron en la investigación. Por último se presenta la estructuración de las categorías y subcategorías del fenómeno de estudio “Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un Infarto de miocardio”.

Síntesis Narrativa

De acuerdo, a las interrogantes formuladas para el estudio, a continuación se presentan las narrativas de los discursos expresados por cada uno de los informantes del estudio durante las entrevistas realizadas.

Informantes Clave

1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Informante 1: Bueno, un estilo de vida saludable era todo aquello que uno antes de este golpe desconocía. Porque yo era muy bochinchero, ¿qué es ser bochinchero? Bueno es ser alegre, inventor. Ahora un estilo saludable será la buena alimentación, cero estranoscho, el estrés, una vida como quien dice, más relajada, más desagitada, para no volver a repetirse la eventualidad.

Informante 2: Es comer bien, comida saludable para sentirse mejor. ¿Comida saludable como cuál? Como pollo a la plancha, pescado, y camarones porque me gustan mucho.

Informante 3: Para mí un estilo de vida saludable es no hacer el desorden que estaba haciendo, es llevar una alimentación saludable en verdad, yo no tenía ningún control. ¿A qué te refieres? Me gusta el pollo frito, me gusta mucho la grasa, me gusta el refresco. Hacia todo lo contrario a una vida sana, una vida saludable.

Informante 4: Es vivir tranquila, buena alimentación, divertirse sanamente, mi trabajo es importante para tener un estilo de vida saludable, compartir con la familia, con mis seres queridos, y sobre todo desde el punto de vista de salud es alimentarse bien.

Informante 5: Un estilo de vida saludable obviamente viene por la alimentación, el ejercicio y medicamentos de acuerdo con la patología que tu tengas, en mi caso desde los

40 años sufro de tensión alta y por eso tomo mi tratamiento al pie de la letra. Pienso que lo importante es la alimentación saludable y cumplir con el tratamiento médico.

2. ¿Cómo era su estilo de vida antes del infarto de miocardio?

Informante 1: Bastante desordenado en la comida, consumía alimentos ricos en grasa, me estrasnochaba demasiado, fumaba mucho, tomaba con frecuencia alcohol, tenía mucho estrés y trabajo, es decir un desorden total que bueno, a raíz de eso, mira las consecuencias. Cuando a uno le da el dolor, es cuando uno dice oye perdóname, Dios, y se da cuenta que hizo mal. ¿Crees en Dios? Bastante, 100 %.

Informante 2: Antes del primer infarto llevaba una alimentación desordenada y mucho trabajo. El estilo de vida era la norma como la estoy describiendo, antes del primer infarto comía muchos alimentos ricos en grasa, ¿Es decir, que ya sabía cómo cuidarse en cuanto a alimentación? Sí, me estaba cuidando, no, hacía nada de desastre en la comida, no tengo vicios ni tomo café. Casi nunca tomo licor, ni tabaco. No he fumaba nunca. No he ¿Que le comentó el médico porque le pudo haber repetido el IM? Bueno, la primera vez me dijeron que vino por exceso de trabajo, y una vida sedentaria ¿En qué trabajo usted? Trabaje toda mi vida en construcción, pero después del primer infarto hace tres años, deje de trabajar. Y ahora me dicen que tengo una coronaria tapada.

Informante 3: No tenía una alimentación saludable, comía mucho pollo frito. Tomaba mucho café, en vez de cocinar a la plancha lo que comía era fritura, todo era frito; o sea, yo era pura fritura.

Informante 4: Era muy ajetreada, exceso de trabajo, exceso de alcohol, exceso de parrandas, exceso de muchas cosas negativas, me trajo como consecuencia un IM, por lo tanto la vida hay que continuarla viviendo sanamente.

Informante 5: Un estilo de vida bastante desordenado, desde el punto de vista de la comida, el licor es uno de los que ocasiona mayores problemas a la salud, Mi personalidad es muy hiperquinetica, muy acelerado, muy desordenado mentalmente

3. ¿Cómo es su estilo de vida después del infarto de miocardio?

Informante 1: Más tranquilo, de ahora en adelante debo aprender a alimentarme sanamente, tomar las cosas con calma, y realizar una actividad física cuando lo indique el médico.

Informante 2: Me cuido en la alimentación como pollo a la plancha, ensaladas, y no tengo vicios.

Informante 3: Alimentación saludable, yo duré 8 meses que comía todo a la plancha. Arepa asada finita con un poquito de avena o afrecho ligada con zanahoria y me gusto comer así, por eso de ahora en adelante debo cuidarme y comer saludable.

Informante 4: Un poco más serio en cuanto a la alimentación, deje el cigarrillo, bebo mucho menos que antes, no parrandeo tanto, he bajado el ritmo de parrandas casi un 70 % y estoy bajo tratamiento médico regular.

Informante 5: Después que me dio el IM, con el tratamiento y haciendo conciencia que debo bajar el estrés, me he sentido mejor de la tensión arterial, tengo control de la glicemia porque soy diabético. Ya dejé el licor y me alimento saludable como a la plancha carne y pollo y muchas ensaladas. He bajado los carbohidratos y tomo agua.

4. ¿Qué sentimientos le genero el haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 1: Wao, muchos, ¿qué paso por su mente? Mis hijos, fue lo primero que visualice. Y arrepentirme y pedir perdón, pero ya como demasiado tarde. No pensaba que fuera a seguir viviendo, porque siempre uno escucha mira que antes de morir uno le pide perdón a Dios, entonces uno en ese momento está pensando en los hijos, yo tengo a mi esposa, la amo, pero uno piensa en los hijos porque uno los está formando.

Informante 2: Demasiados, porque no tan solo yo sufro, también sufre mi familia. Sufrimos todos. Porque yo estoy aquí y ellos allá afuera sufriendo, esperando noticias todos los días por mi salud. ¿Tiene una familia unida? sí, bastante unida. ¿Cuántos hijos tiene? Tengo tres hijos y 11 hermanos que están allí afuera, tengo a mi mamá todavía viva, gracias a Dios. Y parte de mi familia están afuera, incluyendo a mis primos, todos somos unidos. ¿Es importante para usted sentir el apoyo y unión familiar? Si por supuesto, eso me hace sentir querido.

Informante 3: Tristeza, mucha tristeza, ¿Porque te sientes tan triste? Porque no tengo a mi familia cerca, ¿tu familia está esperando fuera del hospital? No, me imagino que están trabajando en sus cosas. Tienes pareja? Si, Tienes hijos? si, tres varones y una hembra y 4

nietos, mi hija y mi hijo menor y 2 nietos viven conmigo. Mi hijo mayor ya sabe, él vive en la Isabelica y esta con su esposa, El otro está en San Cristóbal, nunca me llama. Los dos menores son los que siempre están conmigo. Y me ha pegado la soledad.

Informante 4: Sentimientos de amor, de amistad de pertenencia a la familia, de querer cambiar las cosas como las venía haciendo, como vivía, entonces es importante estar y sentirse bien con uno mismo, bien con los demás

Informante 5: El sentimiento fue tristeza porque por el ACV no coordinaba los movimientos de la pierna derecha, no coordinaba los pensamientos. Afortunadamente logre superar la etapa del ACV. En el IM fue un dolor muy intenso, no da tiempo de reaccionar si estas triste, lo que quieres es que se te quite el dolor.

5. ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

Informante 1: El compañerismo. La humildad, la solidaridad, son valores que se han perdido mucho en Venezuela, pero con un granito de arena uno hace la diferencia, hay que trabajar en equipo, aquí compartimos el desayuno, almuerzo, y hay que portarse bien porque el que lo vive es el que dice oye tienes razón, otros no le dan importancia porque creen que eso no les pasara, de ahora en adelante hay que cuidar la vida, quererla y valorarla, porque esta es una oportunidad que nos dio Dios.

Informante 2: Cónchale, demasiados. El compañerismo, el amor familiar. Y bueno toca seguir haciendo todo lo que ya venía haciendo, y tratar de cuidarme un poquito más. Para

evitar, volver a recaer otra vez; porque estas son recaídas, pero trataré de que no me pegue más nunca esto. Porque esta es la mejor vida que hay de aquí no hay otra. ¿Cree en Dios? Si, Toda la vida. Él es mi protector.

Informante 3: Amor por mi familia, pero me siento muy sola, ¿Crees en Dios? Si por sobre todas las cosas.

Informante 4: Valor a la vida. Amor a la familia, amor a querer vivir

Informante 5: Fe, amor por la familia, creo en José Gregorio Hernández ¿Cree en Dios? 100 % pienso que no hay alguien más fuerte que él, lo creo porque lo he sentido, me ha ayudado mucho en la familia y el trabajo.

Proceso de Triangulación

La información obtenida de los participantes requiere de la triangulación para obtener la validez y confiabilidad de los estudios cualitativos, la cual consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista del mismo fenómeno. Denzin (2), la define como la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular.

Considerando lo antes señalado se busca las coincidencias o intersecciones en la información suministrada por los pacientes post infartados que participaron en la investigación como informantes clave, así como también los agentes externos y la perspectiva del fenómeno por parte de la investigadora, para luego realizar el cruce de información entre las fuentes como participantes con la intención de encontrar coincidencias e intersecciones sobre el fenómeno de estudio y que dieron lugar a las categorías del mismo. Para iniciar el proceso de triangulación se agruparon las categorías de las respuestas obtenidas de los informantes clave relacionados directamente con el fenómeno de estudio: Estilos de vida saludable: Significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio.

Coincidencias o Intersecciones en las Respuestas de los Informantes Clave

INFORMANTES CLAVE 1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

-
- | | |
|----------|---|
| 1 | Alimentación saludable, dormir bien, cero estrés |
| | Es comer bien, comida saludable para sentirse mejor |
| 3 | Es llevar una alimentación saludable |
| 3 | Es vivir tranquila, buena alimentación |
| 4 | Obviamente viene por la alimentación |
| 5 | Alimentación saludable, dormir bien, cero estreses |
-

INFORMANTES CLAVE	2. ¿Cómo era su estilo de vida antes del infarto de miocardio?
1	Alimentación desordenada, tenía mucho estrés y trabajo.
2	Llevaba una alimentación desordenada y mucho trabajo.
3	No tenía una alimentación saludable
3	Era muy ajetreada, exceso de trabajo
4	Un estilo de vida bastante desordenado, desde el punto de vista de la comida
5	Alimentación desordenada, tenía mucho estrés y trabajo.

INFORMANTES CLAVE	3. ¿Cómo es su estilo de vida después del infarto de miocardio?
1	Más tranquilo, de ahora en adelante debo aprender a alimentarme sanamente, tomar las cosas con calma, y realizar una actividad física
2	Me cuido en la alimentación
3	Alimentación saludable
3	Un poco más serio en cuanto a la alimentación
4	Me alimento saludable, baje el estrés.
5	Baje el estrés, y me alimento sanamente.

INFORMANTES CLAVE	4. ¿Qué sentimientos le generó el haber sufrido un infarto de miocardio?
1	Wao, muchos, amor por mis hijos, mi familia. arrepentirme y pedir perdón
2	Cónchale, demasiados. El compañerismo, el amor familiar, tristeza
3	Tristeza, Amor por mi familia
4	Amor a la familia
5	Tristeza, amor por la familia,
INFORMANTES CLAVE	5. ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?
1	El compañerismo. La humildad., la solidaridad
2	El compañerismo, el amor familiar
3	Amor por mi familia,
4	Valor a la vida, amor por mi familia
5	Fe, amor por la familia

Proceso de Categorización y Codificación

El proceso de categorización se refiere a la asignación de una etiqueta breve a una unidad de significado esencial o relevante, como una palabra, una oración o un párrafo, que refleje su contenido textual significativo (84). La categorización implica ubicar diferentes unidades de datos bajo un mismo tópico o concepto teórico, lo que permite reducir un determinado número de unidades a un solo concepto que las representa. En el análisis de datos, esta síntesis conceptual va aparejada a un agrupamiento físico de las unidades que forman parte de una misma categoría.

Dado que esta investigación es cualitativa, se aplicó la lógica inductiva. Para representar el orden de las subcategorías y categoría, se partió de las subcategorías a las categorías, dándole mayor relevancia a las subcategorías ya que estas surgieron de la información directa proporcionada por los sujetos de este estudio. Las categorías constituyeron la construcción de un concepto por parte de la investigadora.

En el presente estudio, cinco informantes clave proporcionaron información relacionada con el Estilos de vida saludable: Significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio, con la finalidad de obtener múltiples apreciaciones o puntos de vista relacionados con este fenómeno, a lo que se denomina estructuración.

Categorización y Codificación de los Contenidos

1. ¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

CATEGORIAS	CODIFICACIÓN	SUBCATEGORIAS
<i>DEFINIENDO ESTILO DE VIDA SALUDABLE</i>	DEDVS	• <i>Alimentación saludable</i> • <i>No consumir tabaco ni alcohol</i> • <i>Realizar caminatas diarias</i> • <i>Dormir las horas necesarias</i> • <i>Evitar el estrés</i> • <i>Cumplir con el tratamiento medico</i> • <i>Compartir con la familia</i>

2. ¿Cómo era su estilo de vida antes del infarto de miocardio?

CATEGORIAS	CODIFICACIÓN	SUBCATEGORIAS
DESCRIBIENDO ESTILO DE VIDA ANTES DEL INFARTO DE MIOCARDIO	DEDVADIAM	• <i>Ingesta de frituras</i> • <i>Sedentarismo</i> • <i>Desvelos nocturnos</i> • <i>Hábitos tabáquicos</i> • <i>Hábitos alcohólicos</i> • <i>Consumo de café en exceso</i> • <i>Estrés por el trabajo</i> • <i>Hiperactividad</i> • <i>Vida ajetreada</i>

3. ¿Cómo es su estilo de vida después del infarto de miocardio?

CATEGORIAS	CODIFICACIÓN	SUBCATEGORIAS
ADOPTANDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DESPUÉS DEL INFARTO DE MIOCARDIO	AEDVSDDIDM	• <i>Cuidar mi alimentación</i> • <i>Llevar una vida tranquila</i> • <i>Bajar el estrés</i> • <i>Menos traspasos</i> • <i>Dejar el cigarrillo y el alcohol</i> • <i>Realizar actividad física</i> • <i>Cumplir el tratamiento médico</i>

4. ¿Qué sentimientos le generó el haber sufrido un infarto de miocardio?

CATEGORIAS	CODIFICACIÓN	SUBCATEGORIAS
COMPRENDIENDO LOS SENTIMIENTOS EN LA EXPERIENCIA VIVIDA AL SUFRIR UN INFARTO DE MIOCARDIO	CLSELEVASUIDM	• <i>Arrepentimiento</i> • <i>Sentimiento de culpa</i> • <i>Amor a la familia</i> • <i>Impacto y Sufrimiento</i> • <i>Tristeza</i> • <i>Soledad</i> • <i>Amor</i> • <i>Autoestima</i>

5. ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

CATEGORIAS	CODIFICACIÓN	SUBCATEGORIAS
<i>INTERPRETANDO LOS VALORES PERSONALES DEL PACIENTE POST INFARTADO</i>	ILVPDPPI	• <i>Compañerismo</i> • <i>Humildad</i> • <i>Solidaridad</i> • <i>Responsabilidad</i> • <i>Amor a la vida</i> • <i>Amor por la familia</i> • <i>Amor a Dios</i>

**AGRUPACIÓN DE LAS INFORMACIONES DE LOS INFORMANTES CLAVE
POR CATEGORIAS**

INFORMAN TES CLAVE	<u>CATEGO RIA 1</u> <i>DEFINIEN DO ESTILO DE VIDA SALUDAB LE</i>	<u>CATEGORI A 2</u> <i>DESCRIBIE NDO ESTILO DE VIDA ANTES DEL INFARTO DE MIOCARDIO</i>	<u>CATEGO RIA 3</u> <i>ADOPTAN DO ESTILOS DE VIDA SALUDAB LE DESPUÉS DEL INFARTO DE MIOCARD IO</i>	<u>CATEGORIA 4</u> <i>COMPRENDIE NDO LOS SENTIMIENTO S EN LA EXPERIENCIA VIVIDA AL SUFRIR UN INFARTO DE MIOCARDIO</i>	<u>CATEGORIA 5</u> <i>INTERPRETA NDO LOS VALORES PERSONALES DEL PACIENTE POST INFARTADO</i>
1	Alimentació n saludable, dormir bien, cero estrés	Alimentación desordenada, tenía mucho estrés y trabajo.	Más tranquilo, de ahora en adelante debo aprender a alimentarm e sanamente, tomar las cosas con calma, y realizar una actividad física	Wao, muchos, amor por mis hijos, mi familia. arrepentirme y pedir perdón	El compañerismo. La humildad., la solidaridad
2	Es comer bien, comida saludable para sentirse mejor	Llevaba una alimentación desordenada y mucho trabajo.	Me cuido en la alimentació n	Cónchale, demasiados. El compañerismo, el amor familiar, tristeza	El compañerismo, el amor familiar
3	Es llevar una alimentació n saludable	No tenía una alimentación saludable	Alimentaci ón saludable	Tristeza, Amor por mi familia	Amor por mi familia,
4	Obviamente viene por la	Un estilo de vida bastante	Me alimento	Amor a la familia	Valor a la vida, amor por mi

	alimentación	desordenado, desde el punto de vista de la comida	saludable, baje el estrés.		familia
5	Alimentación saludable, dormir bien, cero estrés	Alimentación desordenada, tenía mucho estrés y trabajo.	Baje el estrés, y me alimento sanamente.	Tristeza, amor por la familia	Fe, amor por la familia

AGRUPACIÓN DE LAS INFORMACIONES DE LOS AGENTES EXTERNOS POR CATEGORIAS

AGENTES EXTERNOS	<u>CATEGORIA 1</u> <i>DEFINIENDO EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE</i>	<u>CATEGORIA 2</u> <i>DESCRIBIENDO EL ESTILO DE VIDA ANTES DEL INFARTO DE MIOCARDIO</i>	<u>CATEGORIA 3</u> <i>ADOPTANDO EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE DESPUÉS DEL INFARTO DE MIOCARDIO</i>	<u>CATEGORIA 4</u> <i>COMPRENDIENDO LOS SENTIMIENTOS EN LA EXPERIENCIA VIVIDA AL SUFRIR UN INFARTO DE MIOCARDIO</i>	<u>CATEGORIA 5</u> <i>INTERPRETANDO LOS VALORES PERSONALES DEL PACIENTE POST INFARTADO</i>
1 Familiar	En primer lugar alimentarse bien control de sal azúcar, cero tabacos y alcohol y cualquier otra sustancia nociva para la salud, hacer ejercicio, dormir las horas adecuadas y llevar una vida tranquila	Desorden en la alimentación, exceso de trabajo	Sedentario y mala alimentación	Amarnos más como familia, y amar más a Dios.	Amor y apoyo familiar
2 Medico	Una alimentación balanceada, el mejor ejemplo es la dieta mediterránea, hacer caminatas de lunes a	Por lo general no tienen una alimentación saludable, no realizan ninguna actividad física.	Hay sedentarismo, con frecuencia son fumadores, generalmente hay obesidad e hipertensión arterial y	Preocupación al conocer la gran cantidad de complicaciones que puede presentar al momento de la emergencia incluso la muerte.	Responsabilidad Beneficencia

viernes 30 minutos al día sin interrupciones, evitar fumar, evitar estrés, evitar consumo excesivo de alcohol, consumir menos de 5 gramos de sodio al día.

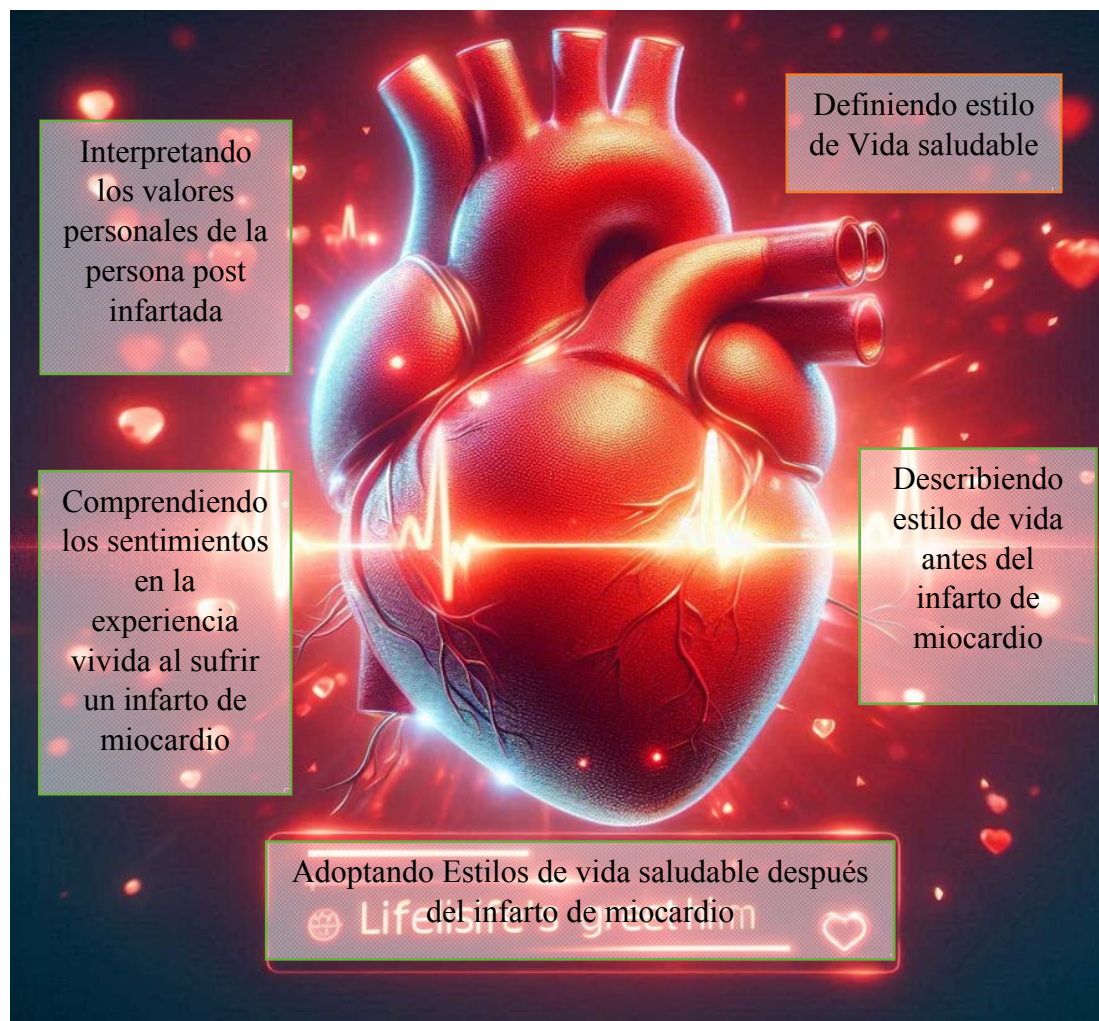
tienen una dieta desproporcionada con gran consumo de carbohidratos.

AGENTES EXTERNOS	<u>CATEGORIA 1</u> DEFINIENDO EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE	<u>CATEGORIA 2</u> DESCRIBIENDO EL ESTILO DE VIDA ANTES DEL INFARTO DE MIOCARDIO	<u>CATEGORIA 3</u> ADOPTANDO EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE DESPUÉS DEL INFARTO DE MIOCARDIO	<u>CATEGORIA 4</u> COMPRENDIENDO LOS SENTIMIENTOS EN LA EXPERIENCIA VIVIDA AL SUFRIR UN INFARTO DE MIOCARDIO	<u>CATEGORIA 5</u> INTERPRETANDO LOS VALORES PERSONALES DEL PACIENTE POST INFARTADO
3 Enfermera	Un estilo de vida saludable es llevar una alimentación sana, balanceada que combine todos los grupos de alimentos, es realizar actividad física, evitar el consumo de tabaco y alcohol y tratar de evitar el estrés.	No tienen alimentación saludable, hay sedentarismo y viven con estrés.	Al momento de realizar la anamnesis la mayoría de los pacientes manifiestan sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, una vida ajetreada por el día a día y un alto consumo de carbohidratos	Angustia, ansiedad, por la incertidumbre de la evolución del paciente.	Responsabilidad Honestidad

Proceso de Estructuración

A continuación se muestra la integración e interrelación de las categorías surgidas en el estudio, mediante una figura ilustrativa, representada por un corazón. Cada uno de los cuadrados representan las categorías que estructuran la totalidad del fenómeno de estudio:

Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio.



Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio.

CAPÍTULO VII

CONSTITUCIÓN DE LOS SIGNIFICADOS DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

Nuestra gloria más grande no consiste en no haberse caído nunca, sino en haberse levantado después de cada caída.

Confucio

Los estilos de vida saludable son el resultado de una serie de decisiones que favorecen el bienestar de las personas, estas opciones se dan en los contextos donde se desarrollan sus actividades cotidianas. Se entienden como prácticas influenciadas por la interacción compleja entre lo biológico, psicológico y social. Por eso, como investigadora consideraré en descubrir el significado de los estilos de vida saludable en cada uno de los informantes clave del estudio.

La primera categoría construida de las respuestas de los informantes clave se refiere a: **definiendo estilos de vida saludable**. Esta fue descrita como *alimentación saludable...no consumir tabaco ni alcohol., realizar caminatas diarias... Dormir las horas necesarias, evitar el estrés, cumplir con el tratamiento médico*. Además se menciona la importancia de *compartir con la familia*.

Esta categoría tiene relevancia al considerar cómo perciben y viven sus elecciones diarias relacionadas con la salud. Estas decisiones están influenciadas por la experiencia subjetiva y valores personales del ser humano. Estas elecciones no ocurren en el vacío; están conectadas con la vida cotidiana, emociones y entorno social de la persona. Por lo que

elegir estilos de vida saludables es mostrar la capacidad que tiene el ser humano de comprender la importancia de cuidar su salud y asumir para toda la vida hábitos saludables, que incluyan alimentación, ejercicio, recreación, descanso y sueño, entre otros.

En esta perspectiva, los estilos de vida también pueden ser conceptualizados como los hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones que una persona toma frente a los diversos acontecimientos que experimenta en su vida cotidiana. Estos patrones de comportamiento se van moldeando a lo largo de la historia de cada individuo, influyendo en su bienestar y calidad de vida (85).

En este orden de ideas, se reconoce a los estilos de vida como uno de los principales determinantes de la salud, por ello, su seguimiento posibilita la prevención de hábitos y costumbres inadecuadas que dan como resultado la aparición de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud tanto física como psíquica.

Con respecto a la segunda categoría: **Describiendo estilos de vida antes del infarto de miocardio**, encierran opiniones emitidas por los informantes clave como *ingesta de frituras, sedentarismo, desvelos nocturnos, hábitos tabáquicos y alcohólicos, estrés, vida ajetreada*; como bien es conocido, el infarto de miocardio no es una afectación que ocurre al azar, sino que tiene que ver mucho con el estilo de vida no saludable.

La enfermedad cardiovascular, reconocida como la principal causa de muerte prematura a nivel global, representa un desafío significativo para la salud pública. Se ha demostrado que la modificación de los factores de riesgo es efectiva para disminuir la morbilidad asociada a estas enfermedades, especialmente en individuos de alto riesgo (86). Los testimonios de los pacientes reflejan un patrón de estilos de vida desordenados previos al infarto de miocardio, lo que subraya la necesidad de cambios conductuales significativos en sus vidas. Estos hallazgos resaltan la importancia de las intervenciones preventivas y el manejo de los factores de riesgo para combatir la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.

Como ya es sabido, el hecho de que las principales causas de muerte se visualicen desde los procesos infecciosos hasta los factores ambientales, hace que cobre importancia el debate sobre los estilos de vida saludable y su impacto sobre la salud. Los desafíos a nivel global se extienden debido a una variedad de dinámicas que abarcan lo social, lo cultural, lo político, lo económico y lo ideológico. Estas dinámicas afectan a las personas de diversas maneras y su interconexión influye tanto en la promoción de la salud como en la prevención de enfermedades. Estos procesos requieren cambios en múltiples ámbitos, incluyendo el sector sanitario, el Estado, las instituciones educativas, el lugar de trabajo y la familia (87).

Dentro de este orden de ideas, se aprecia que cada vez son más las personas que adoptan una actitud activa y responsable ante la salud y enfermedad, lo cual se refleja en la

práctica de estilos de vida saludables y que se traduce en una reducción del riesgo de morir, en un aumento de las expectativas de vida y en una adecuada calidad de vida.

La tercera categoría emergente denominada **adoptando estilos de vida saludable después del infarto de miocardio** se caracterizó por un cambio significativo en la forma de vida previa al infarto. Los informantes clave internalizaron la importancia de alimentarse adecuadamente, reducir el estrés y mantener una alimentación saludable. En resumen, tomaron medidas conscientes para cuidar su bienestar y alimentarse de manera más sana.

Existen varias teorías principales que buscan fomentar cambios de comportamiento y estilos de vida saludables. Estas incluyen el Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Conducta Planificada, el Modelo de las Etapas del Cambio, la Teoría de la Autodeterminación y la Teoría de la Autorregulación Temporal (88). A pesar de sus diferencias, todas estas teorías comparten elementos comunes que proporcionan una guía valiosa para los profesionales de la salud en la promoción de cambios de estilo de vida.

Hoy en día, se toma en cuenta desde el punto de vista psicológico, el enfoque cognitivo conductual ya que se concentra en la identificación y modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas de un individuo. El aprendizaje social de Bandura es aplicado al ámbito de la salud y sostiene que las conductas saludables son hábitos aprendidos, y por tanto, su adquisición, mantenimiento y modificación están sujetos a los principios de aprendizaje (89).

Los cambios hacia un estilo de vida saludable en el adulto deberían comenzar por el control médico preventivo a partir de los 30 años y considerar en general una actividad física regular, nutrición cardiosaludable, suspensión completa del tabaquismo y control del peso corporal. Los cambios en el estilo de vida se consideran imprescindibles para conseguir el control del riesgo cardiovascular y han de mantenerse junto con la terapia farmacológica (90). A pesar de que son medidas eficaces, inocuas, a disposición de todas las personas y poco costosas, no se instauran ni se promueven como se debería; en ocasiones por falta de tiempo de los profesionales, y en otras porque los propios pacientes las consideran un sacrificio y deciden seguir únicamente las estrategias preventivas basadas en fármacos (91).

De allí pues; que el Modelo de Leavell y Clark (92) es una herramienta útil para diseñar estrategias efectivas de prevención y tratamiento, ya que las personas pueden contribuir a la prevención de enfermedades a través de sus experiencias, mediante la adopción de hábitos saludables, como una dieta equilibrada y ejercicio regular. Además, es importante participar en programas de prevención y detección temprana de enfermedades y realizar chequeos médicos regulares (92).

En este sentido, la teoría de la autodeterminación señala en qué medida la conducta humana es influenciada por distintos factores que afectan la motivación a actuar, por lo que hace énfasis en la idea de autodeterminación o habilidad de decidir de manera voluntaria qué y cómo hacerlo, el principal objetivo de la teoría es comprender la conducta humana de tal modo que dichos conocimientos puedan generalizarse a todas las situaciones que los

seres humanos de todas las culturas puedan encontrar, pudiendo afectar a cualquier ámbito, esfera o dominio vital (93). En este sentido, esta teoría se centra en buscar en la valoración la existencia de un cúmulo de energía generada por diferentes necesidades humanas que posteriormente va a adquirir una dirección u orientación hacia la satisfacción de dichas necesidades.

Por tanto, las personas son seres activos que tienden a desarrollarse, crecer, buscar e integrar la experiencia percibida tanto a nivel de elementos externos como internos, dado que todo ello va a permitir que ahora y en el futuro se dispongan de recursos para satisfacer las necesidades (93).

La cuarta categoría que emerge **comprendiendo los sentimientos en la experiencia vivida al sufrir un infarto de miocardio** abarca una gama de sentimientos profundos. Estos sentimientos, tejidos en la trama de la existencia, revelan la complejidad de la condición humana en momentos de crisis. En sus discursos describen: *Arrepentimiento* y *Sentimiento de Culpa*, el cual se manifiesta como un eco doloroso de elecciones pasadas. Los informantes reflexionan sobre sus acciones y lamentan decisiones que llevaron al IM. El sentimiento de culpa, como una sombra, se cierne sobre la conciencia. ¿Qué hubiera pasado si las decisiones hubieran sido diferentes? ¿Cómo se reconcilia uno con las consecuencias? El *Amor a la Familia*, se convierte en un faro de significado y apoyo. El *Impacto* y *Sufrimiento*: El IM sacude los cimientos de la vida. El impacto es visceral y profundo. El sufrimiento, físico y emocional, se entrelaza con la conciencia de la mortalidad. La *Tristeza* y *Soledad*, referido al sentirse vulnerable y solos,

incluso rodeado de otros ¿Cómo se enfrenta uno a la propia fragilidad? Y por último el *Amor y Autoestima*, refieren que el amor propio se redefine. La autoestima se cuestiona y se reconstruye.

En palabras de Ricoeur, (94) el sentimiento es más que la identidad entre la existencia y la razón en la persona, es la pertenencia misma de la existencia al ser cuya razón es el pensamiento”. Así, el sentimiento se convierte en un hilo que conecta la razón con la esencia misma del ser, en un ámbito originario donde la existencia se despliega y se entiende. Según Colliéri, los sentimientos forman parte de nuestra naturaleza humana y a lo largo del día experimentamos infinidad de ellos. Alegría, tristeza, preocupación, compasión, los sentimientos nos hacen ser quienes somos, nos dan humanidad y permiten que socialicemos con otras personas. La autora señala que los sentimientos, las motivaciones, aspiraciones e intereses se expresan en forma de afecto y actúan a manera de fuerza que moviliza las capacidades humanas (95).

En relación con el sentimiento de arrepentimiento y culpa, este puede surgir como un eco persistente cuando las personas reflexionan sobre sus acciones pasadas. Este sentimiento, expresado por los informantes clave, puede llevar a las personas a cuestionar sus elecciones pasadas y a sentir una profunda responsabilidad por su salud. Sin embargo, en lugar de sumirse en la culpa, es más constructivo adoptar una postura de aprendizaje y cambio. La toma de conciencia y la adopción de acciones hacia un estilo de vida más saludable pueden marcar una diferencia significativa en la prevención de futuros eventos cardíacos.

Según la filosofía de Heidegger, en especial su concepto de “Dasein”, el cual describe como el ser que somos nosotros mismos, un ser que es consciente de su propia existencia y capaz de reflexionar sobre ella. Este concepto puede relacionarse con las acciones pasadas y su impacto en la salud. La culpa, como un “eco persistente”, puede ser vista como una manifestación de este “ser en el mundo” (65). Asimismo Heidegger enfatiza la importancia de vivir de manera auténtica, lo que implica ser consciente de nuestras propias posibilidades y limitaciones. En el contexto de los estilos de vida saludables, esto podría interpretarse como la aceptación de nuestra mortalidad y la responsabilidad que tenemos sobre nuestra salud, lo que nos lleva a tomar decisiones más conscientes y saludables.

La propia evaluación de nuestro estado emocional permite que se genere un sentimiento más duradero en el tiempo. Es aquí donde entra en juego la cognición humana, en el que el pensamiento, modela a la emoción para darle un significado (96) Por lo tanto las personas se proponen objetivos, niveles de ejecución, que funcionan como motivadores de la conducta, lo que significa que gran parte del comportamiento está motivado y regulado por criterios internos, que deben ser el eje de la promoción y prevención de comportamientos saludables para la salud.

Como quinta categoría construida a partir de las respuestas brindadas por los informantes clave fue **interpretando los valores personales de la persona post infartada**. Donde se destaca el *compañerismo, la humildad, la solidaridad, la responsabilidad, amor a la vida, amor por la familia y amor a Dios*. Por consiguiente, los valores personales son el

eje fundamental por los que se orienta la vida humana y constituyen a su vez la clave del comportamiento de las personas, ya que son los que guían la manera como nos comportamos ante las vivencias. Córdova (97) manifiesta que los valores deben ser vistos como polos objetivos de la realidad social y como elemento básico de la posición evaluadora del actor social. Esta posición evaluadora vincula al sujeto con el mundo objetivo a través de algunos puntos de referencia.

En este sentido se observa el valor como objeto querido y el valor normativo que orienta la acción. Es importante tener presente su naturaleza relativa, por cuanto son específicos de una comunidad determinada, en un tiempo histórico concreto donde los procesos sociales pueden actuar como catalizadores de modelos de acción (97).

Por esta razón, un valor no es un hecho exclusivo del razonamiento lógico, sino que juega un rol importante en la conducción del ser humano.

Scheler, citado por Fernández V, afirma que los valores son esencias que están en la conciencia y ve al hombre como un microcosmo espiritual, "la persona es un valor por si misma", solo la persona es susceptible de ser contemplada a la escala de valores como un valor, único dentro del mundo, el hombre es un valor por antonomasia "tan solo es portador de valores" (98).

Por otra parte, el valor se puede considerar como una conquista histórica y está relacionado con el fundamento a la vida y puerta de entrada al mundo de la trascendencia,

puesto que los valores pueden ser referencia a una realidad con una lógica de la razón, a corto o largo plazo de toda acción humana (99).

Los valores aseguran el comportamiento ético y estructuran la cultura, determina el comportamiento, los principios de elección y las motivaciones a partir de las cuales se fijan los objetivos concretos. Considerar a la persona como un solo ser, que trae una historia de vida impregnada de emociones, experiencias y valores culturales, es esencial para una atención de calidad dentro del modelo holístico y humanístico (100).

La trama de los valores como el compañerismo, la responsabilidad, el amor a la vida, amor a la familia, amor a Dios; muestran a través del discurso de los informantes clave el humanismo, necesario por y para la formación del hombre. Según Frank (101); los valores se intensifican o debilitan ante situaciones de riesgo. La búsqueda del sentido a la vida no puede plantearse en términos generales, debe estar dirigida al significado concreto de la vida de cada persona en un momento dado. Es por ello, que se debe definir los principios morales que nacen en el hogar desde niños, ya que son estos los que dan respuesta a la necesidad humana de buscar lo bueno para sí mismo y lo correcto en las relaciones con los demás.

CAPÍTULO VIII

FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA INTERPRETANDO Y COMPRENDIENDO EL FENOMENO DE ESTUDIO

**Continúa a pesar de que todos
esperen que abandones. No
dejes que se oxide el hierro que
hay en ti.**

Madre Teresa de Calcuta

Este capítulo, contempla la interpretación y comprensión que permitieron generar una construcción teórica derivada del significado de estilos de vida saludable para las personas que han sufrido un infarto de miocardio. La interpretación de la información constituye el momento hermenéutico desde el cual se construyen nuevos conocimientos.

A partir de este punto, es relevante considerar los significados emergidos de la conciencia de los actores sociales, a través de la saturación de sus respuestas durante las entrevistas realizadas, de las cuales nacieron 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 post infartadas.

En relación a la categoría ***definiendo estilos de vida saludable***, los relatos de los participantes de este estudio coinciden en que un estilo de vida saludable es la capacidad que tiene el ser humano de comprender la importancia de cuidar su salud y adoptar hábitos saludables permanentes. Estos hábitos incluyen alimentación, ejercicios, recreación, descanso y sueño, entre otros.

Los informantes clave describieron en sus discursos un estilo de vida saludable como *alimentación saludable...no consumir tabaco ni alcohol., realizar caminatas diarias,.. Dormir las horas necesarias,...evitar el estrés. Y que para llegar a ello, el ser humano debe poseer fuerza de voluntad y motivación para comprender y mantener en el tiempo estos hábitos saludables.*

Esto se explica con la teoría de las necesidades humanas de Maslow, que plantea un camino a seguir para alcanzar la felicidad y la motivación mediante la búsqueda de los elementos deseados. Primero se busca satisfacer las necesidades fisiológicas, que son aquellas que responden a la supervivencia, y una vez alcanzadas, se aborda las necesidades relacionadas con la seguridad, o la huida del miedo. Segundo; continúa la fase de integración, o sentido de pertenencia desde la socialización, el contacto y el amor, para culminar con las necesidades de autoestima, en las que se trabaja el respeto, la satisfacción o la reputación, y llegar a la cúspide con la realización personal, que no sólo se refiere a alcanzar el pleno potencial, sino también al legado de las acciones sobre el sentido a la vida y al entorno (38).

En otras palabras, Maslow, centra su propuesta en seguridad, afiliación, autoestima y autorrealización. Las personas se mueven entre los niveles, pero siempre abocado a una necesidad mayor. Por tanto la personas post infartadas deben ser conscientes para mejorar su condición de salud y así facilitar su incorporación a las actividades cotidianas de la vida diaria.

Respecto a la categoría **Describiendo estilos de vida antes del infarto de miocardio**, edificada sobre las opiniones de los informantes clave, encierran opiniones como *ingesta de frituras, sedentarismo, desvelos nocturnos, hábitos tabáquicos y alcohólicos, estrés y vida ajetreada*.

En la actualidad la vida estresante y agitada en que habita la población a diario conlleva a las personas a adoptar estilos de vida no saludables, empobreciendo su calidad de vida, lo cual no sólo afecta la salud y aumenta las probabilidades de muerte sino que, además, afecta estados de ánimo, conductas y actitudes hacia el entorno familiar.

El papel del estilo de vida de la población joven, en el consumo de tabaco, alcohol, alimentos ricos en grasas saturadas, sedentarismo, el estrés, los problemas económicos y sociales que causan sueño interrumpido e insomnio, parecen ser determinantes en la aparición de infartos agudo al miocardio. Según la OMS los ataques al corazón suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las

paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón. Los ataques cardíacos suelen tener su causa en la presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia.

Se estima que las enfermedades cardiovasculares son responsables de tres de cada 10 muertes en Venezuela, lo que las convierte en la primera causa de muerte y discapacidad en el país. La Sociedad de Cardiología recomienda cuidar el corazón todo el año. (102). Adicionalmente, se estima que con el incremento observado en la expectativa de vida se aumentará la incidencia de nuevos casos de síndrome coronario agudo y, por esta razón, la promoción de los estilos de vida saludable y la educación a la comunidad sobre el conocimiento y la modificación de los factores de riesgo cardiovasculares constituyen una prioridad en las políticas de salud.

Para lograr cambios en los estilos de vida, hay que apoyarse en un sistema educativo con campañas para concientizar a la población respecto a la importancia de la enfermedad coronaria como causa de morbilidad, en las que se incluyen fases de educación, acompañamiento durante la implementación de los cambios del estilo de vida y finalmente evaluar el impacto de la intervención en el riesgo cardiovascular (103).

En lo que respecta a la tercera categoría, **Adoptando estilos de vida saludable después del infarto de miocardio**, la mayoría de los informantes describen en sus relatos: *debo aprender a alimentarme, me cuido en la alimentación, alimentación saludable, me*

alimento saludable, baje el estrés, y me alimento sanamente. por el miedo a sufrir otro evento coronario. Estas experiencias vividas proporcionan valiosas lecciones de vida. El cambio conductual depende directamente del cambio de actitud hacia los estilos de vida saludables. El cambio actitudinal es un proceso complejo, donde es necesario intervenir considerando los tres componentes de la actitud, es decir, los elementos cognitivo, afectivo y conductual (104).

En efecto, puede existir la intención y motivación en las personas, así como el sentimiento de que es importante aprender y mantener conductas saludables como realizar ejercicio, comer sano entre otros, el problema es que para que el proceso de aprendizaje se consolide, es necesario que el entorno físico sea propicio y actúe como un facilitador. El cambio se relaciona directa e inevitablemente con el entorno tanto social como físico, ya que el contexto físico influye y es determinante para todo proceso de cambio.

Las personas que han padecido un infarto de miocardio han encontrado estrategias para asumir el cuidado de su salud, de la mejor manera de acuerdo a sus experiencias, vivencias y aprendiendo a conocerlo. Sobre este particular, hay que ser capaz de aprender a aprovechar lo que la vida nos presenta; ya que estas generalmente nos hacen más fuertes y nos permite tener un crecimiento personal

Albert Bandura, autor de la teoría del aprendizaje social explica el comportamiento humano a través de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías donde los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente,

donde una de las premisas básicas es que las personas no aprenden tan solo basadas en sus propias experiencias, sino también en las de las demás (105).

A lo anterior, las personas no aprenden solamente por su propia experiencia sino también de las acciones de otros y los resultados de dichas acciones. En este sentido, Bandura afirma que *“en los seres humanos, como individuos cognitivos y procesadores activos de la información, es más importante el pensamiento sobre las relaciones entre la conducta y sus consecuencias que estas en sí, es decir, que la experiencia inmediata”*(106).

El Aprendizaje social es un proceso que ocurre a diario en todos los contextos en los que se desenvuelve un individuo. Es social porque señala la importancia de las relaciones, contextos y ambiente que rodea al individuo en su forma de aprender conductas y formar hábitos.

Cuando se busca un cambio a nivel conductual, es necesario comprender que la actitud está arraigada en lo más profundo de la personalidad del sujeto. Las actitudes se componen de conductas, emociones y creencias que han sido sometidas a numerosos procesos de reforzamiento convirtiéndoles en hábitos de los cuales las personas poco saben a nivel consciente.

Al considerar el aspecto manifestado por los informantes clave por el miedo a sufrir otro evento coronario, les da la fuerza de voluntad para realizar acciones auto cuidadoras que protejan su salud, tales como: mejorar la alimentación, incluir vegetales en su dieta, cocinar a la plancha y al vapor, no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, llevar una vida

menos ajetreada y buscar ayuda para conseguir estrategias de cómo afrontar el estrés del día a día.

Maslow, Deci y Ryan, (38) a través de sus Teorías Motivacionales, refieren que existen muchos agentes generadores de la satisfacción o insatisfacción personal que pueden clasificarse en dos grandes grupos: Los agentes internos y los externos, los primeros están fundamentados sobre la base de las necesidades más importantes del individuo, relacionados con sus necesidades fisiológicas y los segundos con factores de su entorno social.

Por su parte, la Teoría de la Autodeterminación de Deci y Ryan, argumenta que las necesidades psicológicas básicas son consideradas como innatas, universales y esenciales para la salud y el bienestar de las personas. Estas necesidades son de un matiz natural en el individuo sin impactar su edad o cultura y en la medida que estas necesidades vayan siendo cubiertas continuamente las personas funcionarán eficazmente y se desarrollarán de una manera saludable, en sentido contrario al no conseguirse estas necesidades, la persona mostrara signos de enfermedad o funcionamiento no adecuado (107).

Las ideas antes expuestas, sobre la autodeterminación permiten deducir la importancia de la voluntad, que ayuda a la persona a tener la fuerza interior en su conducta a seguir al momento de enfrentar las diversas presiones que le impone la sociedad y muchas veces pueden constituir una amenaza a la salud como es el caso del infarto al miocardio.

En relación a la cuarta categoría **comprendiendo los sentimientos en la experiencia vivida al sufrir un infarto de miocardio**, donde surge el arrepentimiento, sentimiento de culpa, amor a la familia, impacto, sufrimiento, tristeza, soledad, amor, y autoestima.

Sin duda, los sentimientos son expresiones positivas o negativas, que surgen de las experiencias, emociones, pensamientos, es decir, los sentimientos se deben a las evaluaciones, interpretaciones y atribuciones que hacemos de nuestros sucesos internos y externos. “Una emoción se transforma en sentimiento en la medida que uno toma consciencia de ella, por tanto, se da cuando etiquetamos una emoción de manera subconsciente y emitimos un juicio acerca de ella. Los sentimientos derivan del pensamiento y el pensamiento precede al sentimiento (108).

Según Goleman (109) las emociones son poderosas y dominarlas es la inteligencia emocional. “Todas las emociones son, en esencia, impulsos que nos llevan a actuar, programas de reacción automática con los que nos ha dotado la evolución” En un mundo tan cambiante encontramos que la flexibilidad, la posibilidad de adaptarse al cambio es más importante que la experiencia”. También afirma que “Para tomar una buena decisión hay que aplicar sentimientos a los pensamientos, la creencia básica que conduce al optimismo es que los contratiempos y los fracasos se deben a las circunstancias y que siempre podremos hacer algo para cambiar éstas, ayudar a las personas a manejar mejor sus sentimientos perturbadores: ira, ansiedad, depresión, pesimismo y soledad, es una forma de prevención de enfermedades, ya que los datos demuestran que la toxicidad de estas

emociones, cuando se agudizan, equivale a la toxicidad de fumar, ingerir bebidas alcohólicas, ayudar a las personas a gestionar estas emociones mejor podría potencialmente tener un beneficio para la salud de las personas como por ejemplo conseguir que los fumadores abandonen el hábito de fumar” (109).

Los seres humanos son diferentes a los demás animales porque son racionales. Sin embargo y afortunadamente para nuestra supervivencia, son seres emocionales, y las emociones no son un obstáculo para la razón, sino todo lo contrario, son dinámicas corporales que especifican los dominios de acción en los cuales nos movemos.

De allí pues, que en la evolución, los mecanismos cerebrales que sustentan las respuestas emocionales se forman antes que los que sostienen a los sentimientos. Las emociones son funcionales a un complejo sistema de regulación vital, y están dirigidas a evitar los peligros, ayudar al organismo a sacar partido de una oportunidad, o indirectamente a facilitar las relaciones sociales. El hecho de que las emociones continúen siendo esenciales en la existencia cotidiana de nuestra especie, revela que ellas contribuyen eficazmente a la supervivencia (109).

En concordancia con Goleman, Damasio A. (110) clasifica a las emociones en tres categorías efectivas a las cuales considera provisorias: emociones de fondo, emociones primarias y sociales. Las primeras no son especialmente visibles en nuestro comportamiento, son expresiones compuestas de acciones reguladoras que se intersecan en cada momento de nuestra vida. Podría decirse que se relacionan con el estado de ánimo en

un momento determinado: bueno, malo o intermedio. Las emociones básicas o primarias son aquellas que tradicionalmente se ha estado dispuesto a incluir como tales: ira, asco, sorpresa, miedo, tristeza y felicidad. No son privativas de la especie humana, aunque se las reconoce mayoritariamente en diversas culturas. El mayor conocimiento actual acerca de las emociones proviene de la identificación de este grupo. Las emociones sociales, incluyen simpatía, turbación, desdén, admiración, gratitud, indignación, celos, culpa, entre otras. Son un complejo entramado de respuestas reguladoras.

En este orden de ideas, los sentimientos son el producto de toda una vida de percepción, emociones y relaciones con personas, grupos, y actividades del día a día

Visto desde otro punto de vista, para tener sentimientos se requiere de un organismo que además de poseer un cuerpo, tenga un medio de representar dicho cuerpo en su interior, es decir tenga un sistema nervioso. Pero también, se necesita que el sentimiento sea conocido por el organismo, es decir se requiere conciencia, si bien la relación entre sentimiento y conciencia no es directa ni sencilla, parece difícil sentir sin tener conciencia de ello. Lo complicado, es que la maquinaria de las sensaciones contribuye en si misma al proceso de formación de la conciencia y del yo. Finalmente, es el cerebro del organismo quien genera los mismos estados corporales que luego son evocados frente a los diversos objetos, es decir está doblemente presente, tanto para construir el estado corporal emocional concreto como para generar el sentimiento correspondiente. En síntesis, los sentimientos pueden ser sensores mentales del interior del organismo y pueden ser nuestros centinelas. Los sentimientos son las expresiones mentales de equilibrio o desequilibrio interno (111).

Como toda emoción, el sentimiento de culpa y el arrepentimiento son necesarios para aprender de nosotros mismos, surge el autoanálisis con el objetivo de reflexionar sobre experiencias pasadas y el impacto en el presente para conocer que estamos haciendo bien o mal y con ello tomar medidas beneficiosas para la salud como alimentación saludable, realizar ejercicios, tener un control médico periódico, dormir las horas necesarias, recreación y ocio, entre otros.

Sin duda, para poder realizar todas estas actividades es necesario tener amor por uno mismo, y así podrás entre amor por la familia, y por los demás, ya que cuando sufres un infarto de miocardio surge un sin número de sentimientos como tristeza y soledad que son inevitables en el ser humano, pero es importante aprender a canalizar estos sentimientos para el bienestar emocional.

La quinta categoría surgida **Interpretando los valores personales de la persona post infartada.** Los informantes mostraron en sus relatos el *compañerismo, la humildad, la solidaridad, la responsabilidad, amor a la vida, amor por la familia y amor a Dios.*

Para consolidar los fundamentos de los valores categorizados para este estudio, se puede decir, que los valores son ejes fundamentales por los que se orienta la vida humana y constituyen a su vez la clave del comportamiento de las personas, estos dan sentido tanto a la actuación social como individual y explica el desarrollo cultural de las comunidades, sin

ellos la vida carecería de sentido, la convivencia sería imposible y el ser humano perdería completamente su dirección (99).

El valor es una calidad de orden ideal que al realizarse en un objeto, hace que en el desaparezca su situación de indiferencia frente al sujeto, es decir, en este abra atracción o repulsión hacia aquel (112).

De lo anteriormente señalado, se busca conocer la verdad y los valores que poseen las personas post infartadas, el cuidado de la salud es cuestión de responsabilidad y autoestima, que deben estar presente y tomarse en cuanto a la postura ética a que corresponde, y los utiliza para enriquecer o modificar su propio comportamiento de acuerdo a sus principios personales.

El valor forma nuevas y mejoras en cada sector de la vida, la sociedad puede considerarse el centro de un buen funcionamiento de valores para la vida sana de una sociedad, el compañerismo, la humildad, la solidaridad, la responsabilidad, el amor a la vida, amor por la familia, amor a Dios y sobre todo la dignidad inviolable de la persona humana.

El valor del amor y compañerismo es el sentimiento más importante de los seres humanos. El amor es comprender, servir, dar, compartir, querer, respetar, y convivir. A través del amor podemos compartir, cosas buenas y malas. Con los padres, hermanos, con nuestros semejantes, en la familia, y todo lo que rodea el ser, participamos en las alegrías, y fracasos, del mismo modo como lo haríamos con un amigo, compañeros de estudio,

trabajos y vecinos. Cuando se siente el valor del aprecio, respeto comprensión y compañerismo, se mejora la convivencia y se fomenta el espíritu (113).

En este sentido, el amor cultiva un efecto importante sobre el ser, tanto que en la mayoría de las sociedades se cree que el corazón es el sitio del amor, se caracteriza en las relaciones de los seres consigo mismo y con los otros.

De allí pues, que la humildad no es otra cosa que andar en verdad, caminar según la realidad auténtica y objetiva, trata entonces de ser objetivos y realistas aceptándonos tal como somos, aceptando nuestra historia personal, los padres que tenemos, nuestro físico, nuestra realidad socio-económica, etc. (114).

Es importante admitir que tenemos talentos y virtudes pero que también tenemos fragilidades y defectos. Se trata de tener una visión objetiva, integral y realista de cada uno de nosotros. Ser humilde entonces significa aceptarme tal como soy con mis cosas buenas pero también con mis limitaciones; fomentando la empatía y la consideración hacia los demás.

El ser humano es por naturaleza un ser social, adquiriendo de esta manera el valor de la solidaridad, en el cual se incluyen hechos y sentimientos, necesarios en el individuo que necesita de los demás dentro del contexto social. Además es un principio que exige a todas las personas el derecho de satisfacer sus necesidades básicas tales como: salud, seguridad, educación, cultura, para la creación de mejores condiciones de vida que contribuyan a la dignidad de la persona.

El valor de la responsabilidad es trascendente, rebasa los límites personales, esta trascendencia puede ser familiar, social y hasta hay que considerar una trascendencia hacia lo espiritual (115). De allí pues; que la responsabilidad como valor moral lleva a satisfacer necesidades de autorrealización en su desenvolvimiento diario y debe estar incluida en cada proyecto personal ya que forma parte de la dignidad humana.

En el mismo orden de ideas, los valores son expresiones con raíces profundas en los que nace la personalidad. De allí que el trabajo principal es la educación para que las personas vivan sus valores y expresen sus vivencias a través de sus actitudes positivas o negativas donde demuestren el amor propio, el amor a la vida, en su contexto familiar.

La familia es considerada como la institución primordial que conforma la sociedad, tradicionalmente en el imaginario colectivo de la mayoría de las culturas del mundo se acepta la nuclear, integrada por madre, padre e hijos, como la forma de agrupación ideal. Cada conglomerado social establece las normas en que los miembros de una familia se relacionan entre sí y con el resto de la personas, con el objeto de cumplir con las tareas para lograr su subsistencia. Las normas que rigen las conductas familiares se derivan de los valores que son permitidos en cada contexto específico, y que son construidos en el proceso socio histórico que circunda todas las acciones humanas (116).

En relación a las respuestas emitidas por lo informantes clave "*Creo en Dios*", podemos entender que el amor a Dios es una experiencia vivida profundamente por los individuos, que les proporciona fuerza espiritual, mental y paz. Esta experiencia se

manifiesta en la forma en que las personas interactúan con el mundo y con los demás, promoviendo respeto, amistad y aprecio por todas las formas de vida. Desde la perspectiva de Heidegger (65), el amor a Dios puede ser visto como una forma de encontrar sentido y propósito en la vida, una manera de enfrentar la angustia existencial y de vivir de manera auténtica. El amor nos mantiene sitiado en un estado realmente divino, es un sentimiento de respeto por todas las formas de vida, o sea, con la naturaleza, los animales, por los objetos inanimados, por las personas; comprende la amistad, la estima, y el aprecio, es a través de él que las plantas se desarrollan y florecen, los animales se liberan, el hogar se transforma en un ambiente de total plenitud, mantiene la relación de las parejas en los momentos difíciles, y mantiene a las familias unidas, a pesar de las distancias físicas.

Aplicando esta perspectiva a la afirmación "Creo en Dios", el amor en Dios fortalece valores como la paciencia, bondad, generosidad, humanidad, entrega, tolerancia, respeto, sinceridad, sensibilidad, comunicación e interacción indispensables para la convivencia en sociedad.

Es necesario destacar que este sistema de valores experimentó cambios a partir de los procesos de reflexión para la reconstrucción cognitiva, sin embargo para que esto suceda es necesario que se produzca un cambio en las actitudes y modos de pensar que permitan cambiar el estilo de vida de las personas post infartadas.

Recuerda que "Tu realidad actual es el resultado de tus hábitos pasados"

CAPÍTULO IX

APROXIMACIÓN TEÓRICA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: SIGNIFICADO ASIGNADO PARA LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO DE MIOCARDIO

**Cuando tus valores son claros
para ti, tomar decisiones se
vuelve sencillo.**

Anónimo

El capítulo contempla la contribución teórica, derivada de los significados asignados por los informantes clave al fenómeno de estudio: Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio. La presentación de la contribución teórica se hace de una forma exhaustiva, pues es la expresión de un abordaje constructivista, que especifica el carácter indivisible de sus contenidos, bajo una concepción de naturaleza epistemológica, ontológica y axiológica.

Los estilos de vida saludable visto desde una perspectiva epistemológica requieren una educación fundamentada científicamente y que den soporte a la acción; suscitando cambios significativos que conduzcan a la formación de un ser humano capaz de desenvolverse en una sociedad en la que pueda practicar de manera responsable hábitos y conductas que promuevan un buen estado de salud y por ende le den el justo valor a la vida. La educación hacia un estilo de vida saludable debe necesariamente incluir un esfuerzo en conjunto y articulado de la familia, la escuela, comunidad y un equipo multidisciplinario de salud.

Los estilos de vida saludables, desde una visión ontológica, son interpretados a través del ser y el estar en el mundo como estructuras originarias. Esto determina tanto la forma cotidiana de vida como las experiencias profundamente vividas y significativas (63). Los participantes del estudio describieron la vivencia de un infarto de miocardio como una amenaza a la vida, lo cual los ayudó a reconfigurar su conciencia, a medida que la persona asume y acepta su realidad, los conduce a una revalorización de la salud, que van relacionados como viven diariamente, el bienestar, el equilibrio para mejorar la calidad de vida, esto se traduce en la adopción de estilos de vida saludables.

Desde el enfoque axiológico, los significados muestran que los sujetos de estudios reconocen los valores: solidaridad, responsabilidad, valor a la vida, valor a la familia y el amor a Dios. Estos valores constituyen el significado profundo de cuidar su salud y valorar la vida, orientándolos para adoptar conductas saludables: buena alimentación, llevar una vida tranquila, bajar el estrés, menos trasnocho, dejar el cigarrillo y alcohol, realizar actividad física.

Respecto a los sentimientos, surgen el arrepentimiento y la culpa por los estilos de vida adoptados antes del infarto de miocardio, como la ingesta de frituras, el sedentarismo, el estrés laboral y una vida ajetreada. En estos momentos, el acompañamiento de la familia y del equipo multidisciplinario de salud es primordial para favorecer el aspecto psicológico de la persona, mejorando su autoestima y brindando apoyo moral mientras se adapta a los cambios necesarios para mejorar su estilo de vida.

Para la profesión de Enfermería, cada día es un compromiso mejorar la atención a las personas, mantener su dignidad e integridad. En esencia, los enfermeros (as) tienen un compromiso social de ayudar y enseñar al grupo familiar, desde su contexto cultural, para alcanzar un alto nivel de bienestar, sanación y descubrir nuevos significados a través de la propia experiencia. En consecuencia, la contribución teórica del presente estudio proporciona un aporte al conocimiento de la profesión de enfermería, efectivo para ser manejado por su personal, con el fin de gestionar nuevos modelos de estilos de vida saludable para las personas que han sufrido un infarto de miocardio, bajo una concepción de integralidad e individualidad, con la inserción de la familia.

Es indispensable reconocer la necesidad de fortalecer la política de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, en la cual más profesionales se comprometan con la atención primaria en salud, y con ella educar a personas, familias y comunidad en la modificación de hábitos no saludables que son precursores del infarto de miocardio.

De allí, se derivó la aproximación de la construcción teórica Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio partiendo de cinco (05) categorías resultantes de la interpretación de los datos en los informantes clave. Las categorías (epistemes) derivadas de los significados expresados por los participantes del estudio fueron: definiendo estilo de vida saludable, describiendo estilo de vida antes del infarto de miocardio, adoptando estilos de vida saludable después del infarto de miocardio, comprendiendo los sentimientos en la experiencia vivida al sufrir un

infarto de miocardio, interpretando los valores personales de la persona post infarto de miocardio.

Este enfoque permite una comprensión holística y profunda de cómo las experiencias y valores personales influyen en la adopción de comportamientos saludables tras un evento cardíaco, proporcionando una base sólida para futuras intervenciones y estrategias de promoción de la salud en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio.

CAPÍTULO X

CONSIDERACIONES FINALES

- ✓ Los estilos de vida constituyen un proceso de aprendizaje que se produce por imitación de patrones familiares o de grupos formales o informales, por tanto intervenir en los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- ✓ La actitud de las personas estará basada en sus creencias conductuales. Esto se refiere a la valoración que ellos conciben de las consecuencias de realizar una u otra conducta en el ámbito diario; así como los sentimientos (positivos y negativos) que asocien con una acción.
- ✓ Es necesario abordar las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, que constituyen aspectos primordiales de esta problemática y transformarlas en conductas saludables por medio del abordaje de acciones educativas cognitivo conductuales orientadas a manejar adaptativamente el funcionamiento psicobiológico de la persona.
- ✓ A través de los valores se interpreta y da significado a los acontecimientos que suceden durante la vida, es decir, la educación en valores debe promover cambios que logre que el ser humano se desenvuelva en una sociedad en la que pueda practicar como norma la vida, la libertad, la salud, el amor, entre otros.

- ✓ Finalmente lo más importante de la trama de los valores como el sentido de la vida y/o existencia es pensarlos en un contexto sociocultural, de esta manera es posible comprender su sentido y significado en la vida de las personas que han sufrido un infarto de miocardio.

- ✓ Considerar a la persona como un solo ser, que trae una historia de vida impregnada de emociones, experiencias y valores culturales, es esencial para una atención de calidad dentro del modelo holístico y humanístico.

- ✓ Es de gran relevancia utilizar en las personas que demandan atención de salud una metodología educativa centrada en la reflexión, la motivación y el razonamiento crítico, que facilite el desaprender y permita aprendizajes significativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bandura B. Estilos de vida y salud: la perspectiva socio ecológica. En J. I. Ruiz Olabuenaga (Ed.), Estilos de vida en investigación social Bilbao, España: Mensajero. 1982. pp. 219-235).
2. Leal J. La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación [Internet]. 3 era. Holónico P, Editor. Caracas-Venezuela; 2012. 1–124 p. Available from: www.jleal.tk
3. Martínez J, Linares R. Modelos de prevención de riesgo cardiovascular y papel de la enfermería en la prevención. Artículo científico 2014. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiovascular.com>.
4. OMS. Enfermedad cardiovascular. Principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000 – 2019. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/details/cardiovascular-diseases- \(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/details/cardiovascular-diseases- (cvds)).
5. Organización Panamericana de la Salud. Proyectos de prevención y control de enfermedades no transmisibles e información y análisis de salud y área de desarrollo sostenible y ambiente: enfermedades no transmisibles en las Américas: indicadores básicos 2021. Washington DC, Estados Unidos de América. <http://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
6. Díaz J. Salud y calidad de vida en sujetos en condición de discapacidad psicosocial. Revista Salus. 2009; (Supl 13).
7. Coreil, Levin, Jaco. Los estilos de vida en la salud. La Salud Pública en Costa Rica. 1985.
8. Teixidor M. La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las enfermeras, metas de enfermería. Barcelona. 2006.
9. Aristizábal G. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Artículo de revisión. Enfermería Universitaria ENEO – UNAM. 2011; 8.
10. Sánchez M. El Modelo de Leavell y Clark como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre el virus de la hepatitis B en niños con infección por VIH/SIDA del grupo de investigación gastrohup de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. 2016.

11. Espinoza J, Bravo J. Rehabilitación cardíaca y atención primaria. 2da. Edición. Editorial medica panamericana. España 2002.
12. Mesa L. Trayectorias de vida e infarto agudo de miocardio: vivencias de varones de la ciudad de Bogotá. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(3): 375-383. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n3-2016011>.
13. Saldarriaga C. Conocimiento del riesgo de presentar un infarto de miocardio y las barreras para el acceso al estilo de vida saludable. Rev. Colomb. Cardiol. vol.23 no.3 Bogotá mayo/junio 2016 Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.07.005>
14. Acosta SD. Cuidar de si en Docentes Universitarios: una mirada desde la integralidad. Universidad de Magdalena Colombia, Área de Estudio de Postgrado. Doctorado en Enfermería. 2018
15. Maldonado M. Modelo de cuidado para la persona post-infartada basado en la Rehabilitación Cardíaca Valencia. Edo. Carabobo. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo, Área de Estudio de Postgrado. Doctorado en Enfermería. 2012
16. Carniato B. Modelo de cuidar de sí mismo: desde la perspectiva del profesional de enfermería con tendencia al desgaste laboral. Valencia Estado Carabobo. Universidad de Carabobo, área de Estudio de Post Grado. Doctorado en Enfermería. 2022.
17. Zambrano A. El cuidar de si como valor en enfermería. Valencia Estado Carabobo. Universidad de Carabobo, Área de Estudio de Post Grado. Doctorado en Enfermería. 2010
18. Núñez T. Corazones infartados en Venezuela: S.O.S. El impacto de la pandemia de cardiopatía isquémica en Venezuela. Estimaciones de la carga de enfermedad cardiovascular 2015.
19. Gómez LA. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Biomédica [Internet]. 2011
20. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. La 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.17 al 21 de septiembre 2012.
21. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad. [En línea] www.mpps.gob.ve/index.php...anuario2011...anuarios-de-morbilidad.
22. Granero R IE. Cuatro décadas en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en Venezuela, 1968 a 2008. Avances Cardiol 2012; 32:108-116.

23. Serra Majem. Principios de medicina interna de Farreras. Rozman, 14 ediciones. Ediciones Harcourt: S.A, Madrid España. 2000.
24. Fundación Española del Corazón. Factores de riesgo. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular.html>
25. Section on Obesity. American Academy of Pediatrics. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/Paginas/default.aspx>
26. Serrat S. Dieta, estilos de vida y factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes europeos. [Internet] Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 2014.
27. Avendaño C, González D. La dieta, ejercicio, disminución de peso y autoestima en la hipertensión arterial. En el Hospital “José Ignacio Baldó”, Trabajo de grado de maestría no publicado, Universidad de Carabobo, Valencia. 2000.
28. Arteaga L, Arciniega M. El estilo de vida saludables y los factores de riesgo cerebrovascular y cardiovascular. Estado Falcón. Trabajo de grado de Maestría no publicado, Universidad de Carabobo, Valencia. 2002
29. Escobar R, Aular A, Mejías F. Cuida tu Corazón. Ediciones Divulgativas: Salud y Nutrición nº 11. Ed. Conjunta de la Biblioteca Nacional. 2000
30. Maroto De P. Rehabilitación cardiovascular. Editorial Panamericana. España, 2010.
31. Roach S. The Call to consciousness: compassion in today's health world. Topics in Clinical Nursing. 1993; 8(2):30-36.
32. Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. ANS Adv Nurs Sci. 1990 Sep;13(1):1-14. doi: 10.1097/00012272-199009000-00002. PMID: 2122796. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2122796/>
33. Watson J. A Nursing: Human Science and Human care a Theory of Nursing. New York. Pág. 125- 145-347.1998-2000.
34. Bryczynska G. Caring Some Philosophical and spiritual reflections, en Moya, J. Bryczynska, Nursing Cree, Edward Arnold, London. 1992. Pág. 4-19-24-20-40-238-239-242.
35. Banner P. De Principiantes a experta: Excelencia y Dominio de la práctica de enfermería clínica. Menlo Park C.A, Addison – Wesley. 2002; Pág.63-166.
36. Brunner J, Wrubel. Desarrollo cognitivo y Educación. Ed Moranta S.L 3 Ed. Madrid. Traducción J.M. Igoa, R Arenales, G. Solana, F. Colina 1971; Pág. 14.

37. Rojas P. Observaciones sobre la teoría del significado de Donald Davidson LOGOS. Anales del Seminario de Metafísica. 2008; 41. 203-237
38. Turienzo R. El pequeño libro de la motivación. Editorial Alianza. Barcelona: España. 2016; p 31
39. Rivière, A. Teoría Social del Aprendizaje: Implicaciones Educativas. En: Coll, C., Palacios, J. y Marchesi, A. (Comp.) Desarrollo Psicológico y Educación II. Madrid. 1992 Disponible en: <https://www.guao.org/sites/default/files/portafolio%20docente/La%20Teor%C3%ADa%20Social%20del%20aprendizaje.%20Implicaciones%20educativas.pdf>
40. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist, 28(2), 117-148. Bookrags Staff. (2008, December 15). 1993
41. Massó GE. La mujer y el holismo, o antropología de la urdimbre. Nueva epistemología feminista para mundos nuevos. Astrolabio. 2008; 6: 45-59
42. Zuluaga M. La relación entre Holismo y las Teorías Empíricas. Praxis filosófica. 2008; 26: 51-62
43. Ferrater CM. Los conceptos salud y Salud y Administración Mayo-Agosto 2014. enfermedad contenidos en el Corán. Cultura de los cuidados. 2006
44. Juárez F. El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological Research. 2011; 4(1): 70-9
45. Marriner TA, Raile AM. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid: Elsevier; 2007.
46. López ND, Lima da NM. Holismo en los Modelos Teóricos de Enfermería. R Bras Enferm. 1999; 52(2): 233-42.
47. Palacios CD. El manejo de la tecnología y su influencia en los cuidados de enfermería. EnfermClin. 2007; 27(3): 146-51.
48. Bermejo JC. Hacia una salud holística: “Relación de ayuda y marginación”, in “Camillanum”, Roma. 1999; 20: 1-5.
49. Alvarenga E. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Unidad de promoción de la salud, prevención y vigilancia de las ENT dirección nacional de enfermedades no transmisibles. Ministerio de salud. Gobierno de el Salvador. 2019.

50. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Medellín XVII.1999.
51. Soto Lacaste. El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Revista española salud pública 1997.
52. Mendoza S. Creencias en salud y adherencias en pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la comuna de concepción; Chile. Ciencia y Enfermería .1998
53. Ryan RM, Frederick C. Sobre la energía, la personalidad y la salud: La vitalidad subjetiva como reflejo dinámico del bienestar. Revista de Personalidad. 1997; 65(3), 529–565. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x>
54. Castro S. Disonancia Cognitiva Blog marzo 2022. <https://www.iepp.es/disonancia-cognitiva/>
55. Hoyos Z. Borjas D, et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión Enfermería Universitaria, vol. 8, núm. 4, octubre-diciembre, Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México. 2011, pp. 16-23
56. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente en diciembre de 1999 y cuyo texto fue publicado en Gaceta Oficial N° 5.453 del 24 de marzo del año 2000
57. Feo O, Curcio P. La salud en el proceso constituyente venezolano. Rev Cubana Salud Pública Volv.30, No 2, Ciudad de La Habana, abr.-jun. 2004 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0864-3466&lng=es&nrm=iso
58. Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela. 2008.
59. Pérez G. Modelo de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación sociocultural. Aplicaciones prácticas. Madrid: NARCEA. 2000; p.26.
60. Do Prado, Souza M, Carrero T. Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Washington, D.C.OPS.2008. Pág. 12
61. Ruiz J, Izpizua M. La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Publicaciones de la universidad de Deusto. Bilbao. Portugal. 1998; Pág.30.
62. Bolio A. Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Reencuentro*, (65). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34024824004>. 2012
63. Husserl E. Crisis De Las Ciencias Europeas Y La Fenomenología Trascendental: Una Introducción A La Filosofía Fenomenológica, Barcelona. Trad. Jacobo Muñoz Y Salvador Más. 1991.

64. Heidegger M. Contribuciones a la filosofía (Del Acontecimiento). Introducción, Traducción y Notas de Pablo Oyarzun R. Santiago de Chile.1989.
65. Heidegger. Ser y Tiempo. Editorial Trotta, Santiago de Chile. Pág. 219. 2006
66. Gajate J. Historia de la filosofía. 2 Ed. Editorial El Búho LTDA, Bogotá – Colombia. p. 13. 2003.
67. Villanueva J. La epojé y la reducción como acceso a la vida trascendental. *Letras*, 83(118), 213-232. Disponible en: <http://revista.letras.unmsm.edu.pe/index.php/le/article/view/602>. 2012
68. Martínez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Segunda edición. Editorial trillas. Pág.66, 86, 101, 102,107. 2006.
69. Sandoval C. Investigación Cualitativa. Editores e impresores LTDA, Bogotá Colombia. Página 145. 2002
70. Rodríguez G, et al. Metodología de investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. España.1996.
71. Morales J. Fenomenología y Hermenéutica como epistemología de la investigación. Revista Paradigma. Diciembre 2011; Volumen 32.
72. Spiegelberg H. The Phenomenological Movement a Historical Introduction. Citado por Martínez m. Comportamiento Humano. Nuevos métodos de investigación. Trillas México Pág.42.1976.
73. Red Interagencial para la educación en situación de emergencia. Glosario de términos INEE. Informantes Clave. Disponible en: <http://inee.org/es/eie-glossary/informantes-clave>.
74. Sánchez F. Métodos de investigación cualitativa. 2012.
75. Hortal A. _Ética de las profesiones Diálogo Filosófico.Mayo.1993; pp.222<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531>
76. Castillo E, Vásquez ML. El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. Revista Colombia Médica. Vol. 34, N° 3, Pág.: 164-167. 2003.
77. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y Hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. Revista multiciencias. 2012; 12(2).

78. Robles B. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Revista Cuicuilco México* sep./dic. 2011;18(52).
79. Bourdieu P. Comprender, en P. Bourdieu, *La miseria del mundo*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica. 1999; 527-543.
80. Strenbert H. *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: lippincott Company. 1995.
81. Rojas de E, B. Investigación Cualitativa Fundamentos y Praxis. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela. 2007 Pág.73-87.
82. *Enfermería Virtual. Nola Pender: Modelo de la Promoción de la Salud*. Disponible en: <https://enfermeriavirtual.com/nola-pender-modelo-de-promocion-de-la-salud/>
83. Ramos M. Para educar en valores. Teoría y práctica. Editoriales Paulinas, Caracas. Venezuela. 2001
84. Cazau P. Categorización y Operacionalización. Apuntes sobre Metodología de la Investigación en: Capítulo IV Guía Metodología de la Investigación. Disponible en: http://galeon.hispavista.com/pcazu/guia_met.htm
<file:///C:/Users/Alexandra/Downloads/Dialnet-CategorizacionYOperacionalizacion-2880797-1.pdf>
85. World Health Organization. Lifestyles and Health. *Social Science & Medicine*, 22, 117-124. 1986
86. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> 2018
87. Luquis R, Paz H. Attitudes About and Practices of Health Promotion and Prevention Among Primary Care Providers. *Health. Promot. Pract.* 2014; 16(5); 745-755. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25445979/>
88. Tala Á, Vásquez E, Plaza C. Estilos de vida saludables: una ampliación de la mirada y su potencial en el marco de la pandemia. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. 2020 Ago [citado 2024 Mar 06]; 148(8): 1189-1194. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000801189&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801189>
89. Gómez S JE. Mapa conceptual de Conductas de la salud – Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-de-ciencias-y-artes-de-chiapas/psicologia-ambiental/mapa-conceptual-de-conductas-de-la-salud/25182916> Universidad de Ciencias y Artes, Chiapas, México 2022/2023

90. Rondanelli I. R, Rondanelli S. Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. Rev Méd. Clinic. Las Condes, Enero 2014; 25: 69-77. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700136#section-cited-by>
91. Mazón Ramos P. Problemas relevantes en cardiología 2011. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. Rev Esp Cardiol 2012; 65 (Supl 2):3-9.
92. Sánchez MP, Velasco CA. El Modelo de Leavell y Clark como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre el Virus de la Hepatitis B en niños con infección por VIH/SIDA del grupo de Investigación Gastrohup de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. Gp [Internet]. 24 de junio de 2016 [citado 20 de noviembre de 2024]; 17 (3S1). Disponible en: <https://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohup/article/view/1316>
93. Castillero MO. La Teoría de la Autodeterminación: Qué es y que propone: Un punto de vista en el que el estudio de la motivación es fundamental. 2018 Actualizado 2 octubre, 2024 Consultado 10/03/2024 Disponible en: <https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-autodeterminacion>
94. Campos C. La identidad personal como poética en la obra de Paul Ricoeur. *EPISTEME*, 35(2), 61-72. Recuperado en 06 de marzo de 2024, Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200004&lng=es&tlng=es. 2015
95. Sánchez AA. El valor de la inteligencia emocional. Jaén: Formación Alcalá Editorial. Revista Psiconetwork Disponible en: <https://www.psiconetwork.com/el-valor-de-la-inteligencia-emocional/> 2009
96. Márquez AJ. 3 Diferencias entre emociones y sentimientos. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/3-diferencias-entre-emociones-y-sentimientos/> 2022.
97. Salazar M. Trama socio simbólica de los valores humanos en las adicciones. Revista Educación en Valores. 2009; 2(12).
98. Fernández V. Significado que le otorga la enfermera (o) al cuidado del adulto mayor. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Valencia, Edo. Carabobo. Venezuela. 2012
99. Izquierdo C. El mundo de los valores. Colecciones para vivir. Paulina Caracas Venezuela. 2003.

100. González L, Jiménez P, Acosta L. La enfermería como práctica social. (Manuscrito no publicado). ENEO. UNAM. Sociedad y Salud. Unidad 3. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-nacional-autonoma-de-mexico/sociedad-y-salud/unidad-3-sociedad-y-salud/63529892> 2020
101. Frankl V. El hombre en busca de sentido. 8va. Ed. Editorial Herder. Barcelona, España. 1987.
102. Sociedad Venezolana de Cardiología. Sociedad de Cardiología recomienda cuidar el corazón todo el año. Disponible en: <https://www.svcardiologia.com/informacion/noticias-informacion/sociedad-de-cardiologia-recomienda-cuidar-el-corazon-todo-el-ano/Consultado el 11 de julio 2024>
103. Krummel DA, Koffman DM, Bronner Y, Davis J, Greenlund K, Tessaro I, Upson D, Wilbur J. Cardiovascular health interventions in women: What works? J Womens Health Gend Based Med. 2001 Mar; 10(2):117-36. doi: 10.1089/152460901300039467. PMID: 11268297. Consultado Julio 2024. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11268297/>
104. González CR. Modelos de Aprendizaje. En Beltrán, J. & Bueno, J.A. Psicología de la educación Marcombo, Madrid: España. 1995; Pág. 287-306.
105. Prades A. Cambios de actitud en la prevención de riesgos laborales (I): Métodos y clasificación. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_492. 2018
106. Castro F, Rabazo M, Fajardo M. Aprendizaje Social. En Beltrán, J. & Bueno, J.A. Psicología de la educación. Marcombo, Madrid: España. 1995. Pág. 332-350.
107. Delgado H. MI., García H JB., Téllez LA, Zamarripa RJ. Teoría de la autodeterminación. Una perspectiva teórica para el estudio del trabajo social. Realidad ES, Año 11, Núm. 2, noviembre 2021-abril 2022 Disponible en: <file:///C:/Users/Alexandra/Downloads/Dialnet-TeoriaDeLaAutodeterminacion-8408523.pdf>
108. Escudero M. Emociones y Sentimientos, ¿Cuál es la diferencia?. Centro Manuel Escudero, Psicología Clínica y Psiquiatría. Disponible en: <https://www.manuelescudero.com/emociones-y-sentimientos-cual-es-la-diferencia/> 2019
109. Goleman D. La inteligencia emocional: Porque es más importante que el coeficiente intelectual. Ed. Vergara España. 1996. Disponible en: <https://iuymca.edu.ar/wp-content/uploads/2022/01/La-Inteligencia-Emocional-Daniel-Goleman-1.pdf>

110. Coromina-Roso M. La emoción y cognición. Neuroclassics. Conferencia “BRAIN AND MIND: FROM MEDICINE TO SOCIETY” que el Dr. Antonio Damasio impartió en el “Parc de Recerca Biomédica” de Barcelona, 24/05/2007 y que se inserta dentro del conjunto de la obra del autor. Disponible en: <https://neurofeedback-neuroconsult.es/ncl/emo/emocion.htm>
111. Maturana HR. Cognição, Ciência e Vida Cotidiana. Editorial UFMG, Brasil. 2001
112. Chávez P. Doctrinas Filosóficas. 3 Ed. Universidad Nacional Autónoma de México. Ed. Pearson Educación. México. 2004.
113. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Tercera edición. Editorial Trillas: Mexico.2007.
114. Equipo Editorial Etecé. Humildad. Disponible en: <https://concepto.de/humildad/> 2022
115. Erickson E. Infancia en la sociedad. Buenos Aires, Argentina. Paidós. 1996.
116. Santrock J. Adolescencia psicología del desarrollo. 9 Ed. Ed Mc Graw Hill Interamericana de España. 2003.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERIA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ C.I: _____ mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para participar como elemento muestral en la investigación Titulada: **ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: SIGNIFICADO ASIGNADO PARA LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO DE MIOCARDIO.** Llevado a cabo por la **MGCS. ZUNEIDA ROJAS** titular de la **C.I. No. 14.625.943** 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. En tal sentido estaré a la orden de la investigadora para el momento que decida entrevistarme en el sitio, hora y fecha pautada.

Acepto que seré entrevistado (a) durante el tiempo que sea necesario y debidamente convenido entre la entrevistadora y mi persona. Doy mi consentimiento para participar en la investigación porque se me ha prometido que mis respuestas serán de carácter confidencial y mi persona quedara en anonimato y si me rehusó a contestar alguna pregunta, no se me presionara por ello, ni se verá afectada mi responsabilidad como persona. Doy fe que se me ha informado las características de la investigación, su propósito, riesgo y beneficios, y voluntariamente me ofrezco a 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.

Firma de la investigadora _____ Firma del participante _____

Firma del Familiar _____

Valencia, _____ del mes _____ del año _____

ANEXO 2
INFORMANTES CLAVE

PERSONA	EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	OCUPACIÓN	TIEMPO TRANSCURRIDO IM
1	45	M	CASADO	OBRERO	2 MESES
2	64	M	CASADO	ALBAÑIL	3 AÑOS (2 EVENTOS)
3	55	F	CONCUBINA	AMA DE CASA	8 MESES
4	65	M	CASADO	ECONOMISTA	3 AÑOS
5	68	M	CASADO	ADMINISTRADOR	1 AÑO

ANEXO 3
INFORMANTES EXTERNOS

PSEUDONIMO	SEXO	PROFESIÓN	DISPOSICIÓN
FAMILIAR	F	DOCENTE	VOLUNTARIA
MÉDICO	M	INTERNISTA	VOLUNTARIA
ENFERMERA	F	ESPECIALISTA U.C.C.	VOLUNTARIA

ANEXO 4

ENTREVISTAS INFORMANTES CLAVE

Entrevista 1

MgCs. Zuneida Rojas

Investigadora

Proyecto de Investigación:

"Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio".

Informante: 1

Entrevista No. 1 Fecha: 27 de marzo 2023

(E:1) (L:75) (T: 45 mtos)

Z: Buenos días. Vamos a iniciar esta entrevista. Es una entrevista en profundidad, tiene una duración de 45 minutos. La primera pregunta está referida a ¿qué significa para usted un estilo de vida saludable?

E: bueno, un estilo de vida saludable era todo aquello que uno antes de este golpe desconocía. Porque uno era muy bochinchero, Ahora un estilo saludable será la buena alimentación, cero estranoscho, el estrés, una vida como quien dice, más relajada, más desagitada, Para no volver a repetirse la eventualidad.

Z: ¿Cómo era tu estilo de vida antes del infarto de miocardio?

E: Mira bastante desordenado. En la comida, me estrasnochaba demasiado, fumaba mucho, me estrasnochaba con el uso del teléfono, bebiendo, un desorden total que bueno, a raíz de eso, mira las consecuencias que cuando a uno le da el dolor , es cuando uno dice oye perdóname, Dios, y se da cuenta que hizo mal.

Z: Crees en Dios?

E: Bastante, 100 %

Z: ¿Que sentimientos te genero el haber sufrido un infarto de miocardio?

E: Wao, muchos,

Z: que paso por tu mente

E: Mira mis hijos, fue lo primero. Y arrepentirme y pedir perdón, pero ya como demasiado tarde. No pensaba que fuera a seguir viviendo, porque siempre uno escucha mira que antes

de morirse uno le pide perdón a Dios, entonces uno en ese momento está pensando en los hijos, yo tengo a mi esposa, la amo y broma, pero uno piensa en los hijos porque uno los está formando

Z: ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

E: El compañerismo. La humildad. Bueno aquí en un centro de estos uno conoce muchas personas, que te falta una pastilla. Yo tengo, te faltó dinero para un examen, entre todos reunimos, para completarle, la solidaridad, son valores que se han perdido mucho en Venezuela, pero con un granito de arena uno hace la diferencia, hay que trabajar en equipo, aquí compartimos el desayuno, almuerzo, y hay que portarse bien porque el que lo vive es el que dice oye tienes razón, otros no le paran ; Porque creen eso no les pasara, yo conozco personas de 97 años fumando toda la vida. Y a esa personas tú le haces una placa de tórax y es intacta, Claro, no es el mismo metabolismo, no sé; cómo hay personas que nunca han fumado y le da un paro respiratorio, por eso uno dice hay no yo voy a comer, beber, que infarto me va a dar a mí, Pero cuando tiene las dos manos en el pecho, a mí me dio.

Z. Es ahí donde entra el papel, de nosotras como enfermeras con el programa de corazón saludable para explicarles un poquito de que mira, puede repetir si no te cuidas de ahora en adelante, si no tomas conductas que favorezcan a tu salud Y que no es un juego y la vida no es un juego. Hay que aprender a valorarla y como dices tú por tus hijos, por tu esposa, sobre todo tienes dos hijos pequeños que necesitan todavía de ti para el cuidado y para el apoyo.

E. Si vale, esta es una oportunidad que nos dio Dios. de ahora en adelante hay que valorar la vida, quererla y cuidarla. Ahora sí. Aunque no al principio porque como te comenté ahorita ya uno tiene el organismo contaminado, Oye es mentira que ya mañana yo tengo uno pulmones nuevos, yo ya estoy contaminado, ahora cualquier cosita puedo recaer más rápido,

Z. Exacto, pero estas a tiempo de hacer las cosas bien de ahora en adelante. Bueno, muchas gracias. Que sigas recuperándote

E. Estamos en contacto.

Fin de la Grabación.

Entrevista 2

MgCs. Zuneida Rojas

Investigadora

Proyecto de Investigación:

“Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio”.

Informante: 2

Entrevista No. 2 Fecha: 27 de marzo 2023

(E:2) (L: 77) (T:40 mtos.)

Z. Me encuentro con el paciente Artemis para realizar la entrevista del trabajo doctoral. La primera pregunta es ¿qué significa para usted un estilo de vida saludable?

E: Es comer bien, comida saludable? Sentirse mejor.

Z. ¿Comida saludable como cuál?

E: Bueno, comer pollo a la plancha, pescado, que es lo que como, y los camarones que siempre estoy comiendo camarones.

Z: ¿Y cómo era su estilo de vida antes de ingresar al hospital?

E : Bueno, ahorita ahorita, ahorita en este momento el estilo de vida era la norma como la como la estoy describiendo ahí porque ya me había dado un infarto

Z: Es decir, que ya sabía cómo cuidarse en cuanto a alimentación?

E: Si, me estaba cuidando, no, hacía nada de vicio de ni de café. Bueno, no he tomado casi nunca licor, ni tabaco. Cigarro, no he fumaba nunca. No he tenido la oportunidad

Z: Que le dicen el médico porque le pudo haber repetido el IM?

E: Bueno, la primera vez me dijeron que vino por exceso de trabajo.

Z: en que trabaja usted?

E: Trabaje toda mi vida en construcción, pero después del primer infarto hace tres años, deje de trabajar.

Z: ¿Qué sentimiento le generó el haber sufrido un infarto nuevamente?

E: Demasiados, porque no tan solo yo sufro, También sufre mi familia. Sufrimos todos. Porque yo estoy aquí y ellos allá afuera sufriendo esperando noticias todos los días por mi

Z: Tiene una familia unida?

E: sí, bastante unida.

Z: cuantos hijos tiene?

E: Tengo tres hijos y 11 hermanos que están allí afuera, tengo a mi mama todavía viva, gracias a Dios. Y parte de mi familia están afuera, incluyendo a mis primos, todos somos unidos.

Z: eso es muy importante sentir el apoyo y unión familiar.

Z: Que valores prevalecen en usted?

E: cónchale, demasiado. Es lo que yo más quiero toda mi familia.

Z: Y ya sabe que de ahora en adelante también tiene que cuidarse más.

E: Bueno, seguir haciendo todo lo que ya venía haciendo, y tratar de cuidarme un poquito más. Para evitar, volver a recaer otra vez. Porque esas son recaídas, pero trataré de que no, no me pegue más nunca esto. Porque esta es la mejor vida que hay de aquí no hay otro.

Z: Cree en Dios ¿?

E: Si, Toda la vida. Él es mi protector.

Z: Gracias.

Fin de la Grabación.

Entrevista 3

MgCs. Zuneida Rojas

Investigadora

Proyecto de Investigación:

“Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio”.

Informante: 3

Entrevista No. 2 Fecha: 27 de marzo 2023

(E: 3) (L: 62) (T: 45 mtos.)

Z: Me encuentro con la paciente Vega, de 55 años de edad. Está hospitalizada en la unidad de cuidados coronarios del Hospital Central. ¿Y la primera pregunta para ella, es qué significa para usted un estilo de vida saludable?

E: para mí un estilo de vida saludable es no hacer el desorden que estaba haciendo ¿En verdad, yo no tenía ningún control. Me gusta el pollo frito, Me gusta mucho la grasa. El refresco. Hacia todo lo contrario a una vida sana, una vida saludable.

Z: Entonces cuéntame cómo era tu estilo de vida antes de estar aquí?

E: Comía mucho pollo frito. Tomaba mucho café, en vez de cocinar a la plancha lo que comía era frito todo era frito. Puré de papá. Arepa frita, o sea, yo era pura fritura.

Z: ¿y Cómo será de ahora en adelante?

E: Saludable, yo duré 8 meses que comía todo a la plancha. Arepa asada finita con un poquito de avena o afrecho, Ligada con zanahoria

Z: ¿Qué sentimientos te generó el haber sufrido un IM?

E: Tristeza, mucha tristeza

Z: ¿Qué valores prevalecen en ti después de haber sufrido un IM?

E: como te dije, Ahorita que me siento sola.

Z: tu familia está fuera del País?

V: No, me imagino que están trabajando en sus cosas,

Z: Tienes pareja?

E: Si

Z: Tienes hijos?

E: si, tres varones y una hembra y 4 nietos, mi hija y mi hijo menor y 2 nietos viven conmigo. Mi hijo mayor ya sabe, él vive en la Isabelica y esta con su esposa, El otro está en San Cristóbal, nunca me llama. Los dos menores son los que siempre están conmigo. Y me ha pegado la soledad.

Z: Ánimos, has evolucionado muy bien y ya pronto estarás en casa, debes poner en practica todo lo aprendido comer saludable, dejar el tabaco y el alcohol, venir a tus controles médicos y tomar el tratamiento.

Z: Crees en Dios

E: Si por sobre todas las cosas.

Z: Muchas Gracias.

Fin de la Grabación

Entrevista 4

MgCs. Zuneida Rojas

Investigadora

Proyecto de Investigación:

“Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio”.

Informante: 4

Entrevista No. 1 Fecha: 12 de julio 2023

(E: 4) (L: 69) (T: 45 mtos.)

Z: Buenos días.me encuentro con el señor F.P. Vamos a iniciar esta entrevista. Es una entrevista en profundidad, tiene una duración de 45 minutos. La primera pregunta está referida a ¿qué significa para usted un estilo de vida saludable?

E: el estilo de vida saludable obviamente viene por la alimentación, el ejercicio y medicamentos de acuerdo a la patología que tengas, en mi caso desde los 40 años vengo presentando síntomas de tensión alta, donde me he visto con especialistas en el área, tomando pastillas y pienso que lo más importante es cumplir con la alimentación y el tratamiento.

Z: ¿Cómo era tu estilo de vida antes del infarto de miocardio?

E: un estilo de vida bastante desordenado, acelerado, hiperquinetico, muy desordenado inclusive hasta mentalmente, y desde el punto de vista de la comida porque no comía ensaladas y comía mucho dulce, el licor, pienso que el licor causa muchos problemas porque en mi caso tomaba y me dio un ACV en abril del 2022, luego me dio covid y en mayo me dio un IM, donde me colocaron un stend, y me he sentido mucho mejor. Soy diabético e hipertenso y cumplo con mi tratamiento al pie de la letra.

Z: Crees en Dios?

E: Si. Y en el Dr. José Gregorio Hernández 100 %.

Z: Frecuencia de las bebidas alcohólicas?

E: A partir del IM, no volví a tomar más ningún tipo de bebidas alcohólicas, de verdad no me provoca, debe ser algo psicológico. Los doctores me han indicado que puedo tomar dos wiskis pero de verdad no me provoca nada.

Z: Fuma?

E: No

Z: Antecedentes de Diabetes?

E: Si, por parte de mi mamá, unos tíos que fallecieron de diabetes.

Z: Realiza algún tipo de actividad física?

E: Si, antes y después del infarto, todo el tiempo me han indicado que debo realizar caminatas, y lo hago porque no puedo trotar porque tengo una prótesis de rodilla.

Z: ¿Qué sentimientos le generó el haber sufrido un infarto de miocardio?

E: en ese momento sentí mucho dolor en el pecho, luego que mejore me sentí triste, y mi preocupación era depender de alguien que realice tu aseo, tu comida.

Z: ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

E: La honestidad, lealtad y compromiso con uno mismo.

Z: Cómo se siente actualmente?

E: Estoy más tranquilo, trató de preocuparme menos, me siento muy bien, ha cambiado mi vida y me ocupo en solventar las situaciones porque no preocuparse no es alejarse de los problemas, sino simplemente darle un poco de prioridad a las cosas que lo merecen.

Fin de la Grabación.

Entrevista 5

MgCs. Zuneida Rojas

Investigadora

Proyecto de Investigación:

“Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio”.

Informante: 5

Entrevista No. 1 Fecha: 29 de agosto 2023

(E: 1) (L: 48) (T: 45 mtos)

Z: Buenos días. Vamos a iniciar esta entrevista. Es una entrevista en profundidad, tiene una duración de 45 minutos. La primera pregunta está referida a ¿qué significa para usted un estilo de vida saludable?

E: bueno, un estilo de vida saludable es vivir tranquilo, buena alimentación, divertirse sanamente, trabajar es importante, compartir con la familia y sobre todo desde el punto de vista de la salud alimentarse bien

Z: Qué es alimentarse bien?

E: Comer vegetales, a la plancha, cero frituras.

Z: ¿Cómo era tu estilo de vida antes del infarto de miocardio?

E: Muy ajetreado, exceso de trabajo, exceso de cigarrillo, exceso de alcohol, exceso de parrandas, exceso de todas cuestiones negativas me trajo como consecuencia el IM, menos mal me salve pero era una rumba constante.

Z: Cómo es su estilo de vida después del infarto de miocardio?

E: Bueno deje las parrandas, el cigarrillo, tomo menos, he bajado el ritmo de parrandas.

Z: ¿Qué sentimientos le genero el haber sufrido un infarto de miocardio?

E: Sentimientos de amor, de amistad, de pertenencia a la familia, de querer cambiar las cosas de como las venias viviendo, estar bien con uno mismo, bien con los demás y amor hacia sí mismo.

Z: ¿Qué valores prevalecen en usted, después de haber sufrido un infarto de miocardio?

E: Lo más importante es el valor a la vida, el amor a la familia, el amor a querer vivir. Vivir más tranquilo con más calma, hay que seguir el día a día.

Z: Es así, hay que vivir el día a día llevando las cosas con calma, realizando alimentación saludable, ejercicio, y cumplir con el tratamiento prescrito.

Fin de la Grabación.

ANEXO 5

ENTREVISTAS AGENTES EXTERNOS

Entrevista 1

MgCs. Zuneida Rojas

Investigadora

Proyecto de Investigación:

“Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio”.

Informante: 1 Esposa

Entrevista No. 1 Fecha: 29 de junio 2023

(T: 45 mtos)

Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

En primer lugar alimentarse bien control de sal azúcar, cero tabacos y alcohol y cualquier otra sustancia nociva para la salud, hacer ejercicio, en el caso de nosotros los adultos mayores caminar 45 minutos 3 veces a la semana, dormir las horas adecuadas y llevar una vida tranquila.

¿Cuénteme su experiencia al cuidar a su esposo durante el IM?

Con mucho miedo, soy muy mala cuidando enfermos. Me da susto un enfermo. Tuve muy mortificada porque no sabía que me esperaba mañana. En las noches me levantaba y lo tocaba para ver si respiraba. Le hacía su dieta sana cien por ciento.

¿Qué valor prevalece en usted después que su esposo sufrió el IM?

Para mí el valor que prevalece primero es Dios.

¿Qué sentimientos prevalecen en usted después que su esposo sufrió el IM?

Amarnos más como familia y amar más a Dios.

ENTREVISTAS AGENTES EXTERNOS

Entrevista 2

MgCs. Zuneida Rojas

Investigadora

Proyecto de Investigación:

“Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio”.

Informante: 2 Médico Internista

Entrevista No. 2 Fecha: 03 de julio 2023

(T: 45 mtos)

¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Una alimentación balanceada, el mejor ejemplo es la dieta mediterránea, hacer caminatas de lunes a viernes 30 minutos al día sin interrupciones, evitar fumar, evitar estrés, evitar consumo excesivo de alcohol, consumir menos de 5 gramos de sodio al día.

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

Es una situación estresante en vista que se carga con la carga emocional del paciente, el familiar al momento de atenderlo y hacer el seguimiento de las complicaciones y hay que individualizar cada persona para seleccionar el tratamiento más acorde.

¿Cómo es el estilo de vida de un paciente que ingresa con IM?

Habitualmente es lo contrario a lo descrito en la pregunta uno, hay sedentarismo, con frecuencia son fumadores, generalmente hay obesidad e hipertensión arterial y tienen una dieta desproporcionada con gran consumo de carbohidratos.

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

Preocupación al conocer la gran cantidad de complicaciones que puede presentar al momento de la emergencia incluso la muerte.

ENTREVISTAS AGENTES EXTERNOS

Entrevista 3

MgCs. Zuneida Rojas

Investigadora

Proyecto de Investigación:

“Estilos de vida saludable: significado asignado para las personas que han sufrido un infarto de miocardio”.

Informante: 3 Enfermera

Entrevista No. 3 Fecha: 13 de julio 2023

(T: 45 mtos)

¿Qué significa para usted un estilo de vida saludable?

Un estilo de vida saludable es llevar una alimentación sana, balanceada que combine todos los grupos de alimentos, es realizar actividad física, evitar el consumo de tabaco y alcohol y tratar de evitar el estrés.

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

Es una situación estresante, porque está en juego la vida del paciente y a veces no se cuenta con los recursos necesarios al momento de atender la emergencia.

¿Cómo es el estilo de vida de un paciente que ingresa con IM?

Al momento de realizar la anamnesis la mayoría de los pacientes manifiesta sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, una vida ajetreada por el día a día y un alto consumo de carbohidratos.

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

Angustia, ansiedad, por la incertidumbre de la evolución del paciente.