

### **Cómo citar este documento**

Huércanos Esparza, Isabel. Vivir con un infarto: proyecto de investigación cualitativa. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0523.php>

## **VIVIR CON UN INFARTO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

**Autora:** Isabel Huércanos Esparza

### **Formación de la autora:**

- Diplomada en Enfermería por la Universidad Pública de Navarra
- Licenciada en Enfermería Europea por la Universidad de Brighton
- Estudiante de 2º curso del Máster Interuniversitario de Enfermería de la Universidad de Zaragoza

**Tutoras:** Elena De Lorenzo Urien y Ángela Vaquero Barba

**Fecha:** 16 de Julio de 2007

**Centro:** Universidad de Brighton (Reino Unido) en convenio con la Escuela de Enfermería de Osakidetza (Vitoria-Gasteiz)

**Correo electrónico:** isa\_he\_1985@hotmail.com / 528403@celes.unizar.es

### **Resumen**

El infarto agudo de miocardio ocasiona un importante coste sociosanitario económico y personal. Ha sido ampliamente estudiado desde una perspectiva cuantitativa, sin embargo, en esta ocasión, proponemos un proyecto de investigación, de corte cualitativo exploratorio.

El objetivo general del proyecto pretende el acercamiento a las vivencias y experiencias de las personas con infarto agudo de miocardio durante la hospitalización y posteriormente en sus hogares. Para ello se han planteado otros cuatro específicos, éstos tienen que ver con el imaginario social de estos pacientes que posiblemente dirija sus acciones, con las vivencias en el período de hospitalización, las vivencias tras ésta y los apoyos de que disponen.

La selección de participantes se ha realizado según la técnica de muestreo teórico, tomando como criterios de inclusión hombres y mujeres, con infarto agudo de miocardio reciente o antiguo y que estén o no en edad activa.

La generación de información se realizará a través de entrevistas en profundidad abiertas e individuales y de diarios de vida. Y el posterior análisis que se propone es el análisis de contenido categorial, propio de la investigación cualitativa.

## Agradecimientos

---

Gracias a Elena por su apoyo y presencia siempre, su dedicación y su esfuerzo porque este proyecto y este camino sigan adelante.

A Ángela por su tiempo y conocimiento aportado a este trabajo.

A Mertxe, por los momentos de reflexión juntas que me han animado a abrir nuevos horizontes.

A Margarita, por proporcionarme su experiencia para ilustrarme.

A mis compañeras y Carlos, por estar siempre conmigo.

## Índice

---

Introducción.....	4
Justificación y objetivos.....	5
Marco conceptual.....	7
Metodología.....	9
Descripción del contexto.....	11
Descripción y selección de informantes.....	12
Estrategia de acceso al campo y a los informantes.....	13
Estrategia de generación de información.....	14
Estrategia para el análisis e interpretación de la información.....	16
Bibliografía.....	17
Anexo 1.....	21
Anexo 2.....	22
Anexo 3.....	24

## Introducción

---

Este es un proyecto de investigación que pretende el acercamiento a las vivencias de las personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM).

Consta de una justificación en la que se pone de relieve la aportación de este estudio para el sistema y las personas afectadas. Situando al lector en la realidad actual de esta patología (incidencia de la enfermedad, mortalidad) y cambios sociales que pueden conllevar a un aumento de las misma.

A partir de la justificación realizada, se plantean los objetivos del proyecto. Uno principal que pretende el acercamiento a las vivencias y experiencias de las personas con IAM durante la hospitalización y posteriormente en sus hogares. Para la consecución del mismo se han planteado otros cuatro específicos, éstos tienen que ver con el imaginario social de estos pacientes que posiblemente dirija sus acciones, con las vivencias en el período de hospitalización, las vivencias tras ésta y los apoyos de que disponen.

A continuación se presenta el marco conceptual, donde se exponen brevemente los conceptos fundamentales para situar al lector y se hace referencia a la bibliografía publicada en torno al fenómeno de estudio.

En cuanto a la metodología, este proyecto se ha realizado desde un enfoque cualitativo y un diseño exploratorio. Respondiendo a este paradigma de investigación, se han planteado una serie de principios de actuación que guiarán todo el proceso.

En el apartado de contexto, se ha realizado una breve descripción de los lugares a través de los cuales se va a reclutar a los pacientes: asociación Bihotz-Bizi, Unidad de Cardiología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria y Centros de Atención Primaria de Vitoria.

En la descripción y selección de informantes, se tienen en cuenta los informantes clave con los que se contactará antes de entrar en el campo por ser expertos en el tema en el que se pretende profundizar. Después se describe a los participantes según la técnica de muestreo teórico que se ha seguido, tomando como criterios de inclusión hombres y mujeres, con IAM reciente o antiguo y que estén o no en edad activa.

El acceso al campo y a los informantes se realizará a través de enfermeras de Atención Primaria, a través de la supervisora de la unidad de cardiología del Santiago Apóstol y a través de la coordinadora de la asociación de pacientes cardiopatas.

La generación de información se realizará a través de entrevistas en profundidad abiertas e individuales y de diarios de vida.

Por último se explica la técnica de análisis que se empleará durante el proceso, el análisis de contenido categorial.

Se adjuntan con el proyecto una hoja de consentimiento informado para los participantes y una carta de solicitud de permiso para la realización de la investigación.

## Justificación y Objetivos

---

La idea de realizar este proyecto, surge de mi experiencia con los pacientes infartados durante varios meses en diferentes hospitales y de la observación y participación de diversas maneras de trabajar con ellos en contextos tan distintos como son Reino Unido y España. He tenido la ocasión de compartir con personas afectadas la situación que viven durante el tiempo que dura el ingreso, las emociones que surgen, las dificultades que sienten esos primeros días tras el diagnóstico. Sin embargo, conozco poco acerca de lo que el proceso de cambio de estilos de vida les supone, así como de las necesidades que les puedan surgir una vez están en su hogar, los sentimientos y problemas con los que se encuentran. Es por esto que quiero adentrarme en conocer como viven el proceso del IAM estas personas.

Además, considero que es un tema de relevancia, por un lado, para el sistema sanitario, pues según datos del Centro Nacional de Epidemiología entre los años 1993 y 2005 (Medrano, MJ et al. 2006) "las tasas de incidencia de infarto agudo de miocardio se situaron entre 135-210 casos nuevos al año por cada 100.000 varones y 29-61 por cada 100.000 mujeres entre 25 y 74 años". La cardiopatía isquémica, sigue siendo la principal causa de muerte en los varones (12%) y la segunda en las mujeres (10%).

Asimismo, esta enfermedad ocasiona un importante coste sociosanitario económico y personal, tanto por gastos directos por ingresos y métodos diagnósticos y terapéuticos, como por gastos indirectos causados por la incapacidad laboral, ya que, se están dando cada vez más casos a edades más tempranas, próximas a la década de los 50 (García de Vicuña et al., 2003; Brosa y Crespo, 2004; Grupo de trabajo de rehabilitación cardiaca de la SEC, 1994)

Es más, se prevé que esta realidad seguirá creciendo, debido al aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población (Plaza, Velasco y Maroto, 1996) y el tipo de hábitos de vida que se llevan incorporando desde hace unos años. Entre ellos cabe destacar, la precariedad y flexibilidad laboral (Amable, Benach y González, 2001) o el deseo de alcanzar y mantener un estilo de vida de opulencia y éxito muy influido por los medios de masas, son factores que conllevan stress y que repercutirán, aumentando el número de enfermos por IAM.

Por otro lado, el IAM supone un fuerte impacto para las expectativas de vida de las personas. De pronto, un órgano que culturalmente es considerado como el órgano de la vida, se daña, lo cual causa un gran sufrimiento (Arthur, Wright y Smith, 2001) y supone una importante crisis en su vida (Icaya, 2001). No obstante, apenas se ha estudiado la repercusión en la vida cotidiana de las personas, en su situación de salud y las experiencias y significado de vivir con un infarto, sino que se ha avanzado mucho en la investigación de síntomas, factores de riesgo y tratamientos de la patología (Johansson, Dahlberg y Ekebergh, 2003). Es por esto que resultaría interesante realizar este trabajo y acercar así a los profesionales a la experiencia que supone tener un IAM.

La elaboración de este estudio, aportaría mejoras importantes, por un lado, para los pacientes, puesto que, conocer las dificultades, las vivencias, las necesidades, etc. puede permitir abordar desde el sistema programas específicos para la atención a los afectados, como programas de rehabilitación

cardíaca (RC). Los programas de RC, combinan intervenciones físicas, psicológicas y educativas que pueden mejorar la recuperación de los infartados, así como mantener un mejor estado de salud, reduciendo el riesgo de muerte un 20-25% y mejorando la calidad de vida (mediante reducción de ansiedad, recuperación más rápida de la capacidad física, mayor apoyo social, etc.) (Márquez et al. 2003)

Por otro lado, para el sistema sanitario, pues supondría una reducción de los reingresos, complicaciones, dependencia, y por ello, de los gastos sanitarios y demandas de la población ( Arenas, Rojas, Rodríguez y Rodríguez, 2003).

## Objetivos

El objetivo principal de este estudio pretende un acercamiento a las vivencias y experiencias de las personas que han sufrido un IAM, para conocer la realidad en la que se encuentran no sólo durante la hospitalización, también el proceso que han experimentado a lo largo del tiempo.

Los objetivos específicos que me van a permitir alcanzar el objetivo principal son:

- Conocer el recuerdo que tienen sobre su vivencia en el hospital, incluyendo sentimientos y preocupaciones que surgieron los primeros días tras el diagnóstico, cómo sintieron que fue la atención por parte de los sanitarios.
- Explorar como es su vivencia tras la hospitalización y conocer los sentimientos actuales en cuanto a su enfermedad, los cambios percibidos en sus vidas y el impacto supuesto por la enfermedad.
- Identificar y desvelar el imaginario social que las personas infartadas tienen sobre su enfermedad.
- Conocer la red de apoyo que tienen, explorando qué papel juega la familia en el proceso y cómo ha sido y es su relación con los servicios de salud y con los profesionales. Así mismo, conocer la utilidad que tiene para ellos la información-educación que se les da y el material de apoyo.

El infarto agudo de miocardio, es la manifestación más grave de cardiopatía isquémica aguda, en la que se produce una erosión de la placa de ateroma intracoronaria que impide el paso de sangre y produce necrosis de todo o parte del órgano (Breijo, 2006), es una trombosis extensa y duradera (Arós et al. 2006) y se presenta en la mayoría de los pacientes bruscamente (Tajer, 2004).

En este trabajo se pretende profundizar en las vivencias de las personas que han sufrido un IAM, durante el ingreso y posteriormente en sus hogares. No centrado sólo en los sentimientos y emociones que aparecen, sino también en las necesidades, las dificultades, los apoyos, las creencias, los cambios, pues la vivencia va más allá de los sentimientos, se refiere al hecho de experimentar algo en todo su contenido (RAE, 2001)

Bowman (2001) refiere que las emociones primarias como respuesta a una patología, es un área de la experiencia de los pacientes que no ha sido apenas estudiada y que puede tener repercusiones en el comportamiento de la enfermedad y en los cuidados psicológicos.

Existe un claro desconocimiento por parte de los pacientes con respecto a su situación, sus posibilidades y sus perspectivas, esto los lleva a introducir marcos erróneos y como consecuencia aumentan sus miedos, preocupaciones y estrés, esto tiene consecuencias negativas en la evolución y atronamiento de la nueva situación (Granero, Muñoz, Fernández, Martínez, Lao, Martínez, 2002)

El paciente infartado durante su estancia en el hospital, es ingresado entre 2 y 5 días en la UCI (Sociedad Española de Cardiología, 2006), éstas unidades son consideradas generadoras de mucho estrés para los pacientes. Según estudios realizados, los pacientes durante la hospitalización y sobretodo durante la estancia en UCI experimentan sentimiento de desánimo, frustración, injusticia, ansiedad, miedo y carga familiar (Solano y Siles, 2005). En esta situación aflora una gran emotividad, se evocan recuerdos, y se empieza a replantear una nueva vida y el afrontamiento de nuevas situaciones tras el diagnóstico del infarto (Solano y Siles, 2005).

Tras la estancia en la UCI, se les traslada a la unidad de cardiología, donde el tiempo de hospitalización es variable y está relacionado con el ajuste del tratamiento, la realización de pruebas diagnósticas y el aumento progresivo de la actividad, se pretende que los pacientes regresen a casa con la mayor seguridad de no sufrir una recaída (SEC, 2006).

Tras la hospitalización, la vuelta a casa conlleva para estas personas preocupaciones sobre su rol social, sobre sus relaciones interpersonales y su salud personal (Al-Hassan y Sagar, 2002). Igualmente, los cambios en los estilos de vida tras la situación aguda, suponen un esfuerzo enorme para los afectados (Johansson, Dahlberg y Ekebergh, 2003). Existen varios estudios que comentan que el proceso de adaptación tras el IAM es variable (Johansson, Dahlberg y Ekebergh, 2003; Johnson y Morse, 1990) y algunos distinguen varias fases en el proceso (Sutherland y Jensen, 2001; Johnson y Morse, 1990):

- La toma de conciencia del cambio repentino que supone el IAM y la defensa contra el miedo a la pérdida de control
- La lucha individual para la aceptación del IAM y afrontamiento

del impacto de la enfermedad

- Desarrollo de estrategias para reestablecer el sentimiento de control y descubrimiento de la naturaleza del cambio y su magnitud.
- Adaptación a las limitaciones y al cambio y continuar adelante con la vida y recuperación de la percepción de dominio

El enfoque escogido para esta investigación es cualitativo y por ello, intensivo y emergente (Pla, 2007). Se elige este diseño porque nos permite profundizar en las vivencias de las personas y permitir la expresión sentimientos, necesidades y diferentes perspectivas de la enfermedad introduciéndonos en su contexto. Se pretende el acercamiento a la realidad que viven los individuos afectados con el fin de intentar comprenderla y explicarla (Iñiguez, 2004). Considero que es una metodología apropiada para este trabajo, pues las realidades que viven las personas no son objetivas y el objetivo va más allá de describir y explicar el fenómeno del IAM, se pretende comprender e interpretar la realidad de los individuos centrándonos en ellos, en sus experiencias (Gómez, Latorre, Sánchez y Flecha, 2006)

El motivo de escoger este tipo de metodología de investigación tiene que ver con mi interés personal y profesional de comprender la globalidad del fenómeno, desde una perspectiva holista y sumergirme en la complejidad, profundidad y riqueza de las experiencias humanas (Burns y Grove, 2004). Así pues, éste estudio se sitúa en un paradigma humanista interpretativo, orientado desde un interés práctico y desde una perspectiva comprensivista, aceptando que los enunciados científicos se basan en vivencias subjetivas, donde es el sujeto investigado quien construye los significados (Gómez et al.2006)

Los principios metodológicos que guiarán y caracterizarán el proceso de investigación serán (De Lorenzo, Pla y Vaquero, 2007):

- Partir de la experiencia del participante de modo que podamos acercarnos a su vivencia para comprenderla y explicarla, creando un clima de confianza, escucha activa y profundo respeto, procurando que la persona entrevistada sienta que puede expresarse con total libertad.
- Estudiar a los sujetos en su contexto, aceptando que la realidad es subjetiva, diversa, múltiple, divergente, por lo que el conocimiento que se genera es multivocal.
- Asegurar el cumplimiento de los principios éticos como la confidencialidad, no maleficencia, respeto, no realizar juicios de valor... Así como, mantener atención a lo largo del estudio para detectar los posibles conflictos éticos que se pudiesen plantear y reflexionar sobre ellos.
- Generar un proceso de carácter emergente, recursivo, flexible y dinámico, teniendo presente que se pueden incluir aspectos emergentes no contemplados a priori en el proyecto.
- Asegurar el cumplimiento de los criterios de rigor y calidad de la investigación cualitativa, como son, la reflexividad, adecuación metodológica, relevancia y validez (Calderón, 2002) y analizar de manera repetida mi rol como investigador durante el proceso y en qué manera puede estar influyendo en la investigación.

### Diseño

El tipo de diseño que considero más apropiado para esta investigación es el exploratorio (Pla, 2007; Brink y Wood, 1998), pues es un tema del que, en nuestro contexto nacional, no hay tantas investigaciones como en otras áreas

relacionadas con el IAM. Con este trabajo se pretende conocer cuales son los temas claves emergentes en el discurso de las personas infartadas y explorar qué sucede en el contexto en el que desarrollan su vida, con qué dificultades se encuentran, que apoyos necesitarían y cómo es la red de soporte a estas personas.

## Descripción del contexto

---

Tomando la definición de contexto la de Rodríguez et al. (1996), éste abarca el conjunto de condiciones naturales, estructurales, sociales, históricas y culturales en las que se sitúa el proceso de investigación. Teniendo en cuenta el enfoque holístico-humanista de este trabajo, existe un intento no sólo de comprensión de la persona como ser individual, sino que se toma en cuenta el panorama más amplio y completo posible (Janesick, 2000).

En el caso de esta investigación el contexto no resulta especialmente determinante, pues los participantes se reclutarán en diversos contextos como:

- La asociación Bihotz Bizi de pacientes cardiopatas de Vitoria:  
Se creó en 1999 y empezó a trabajar oficialmente en 2000. Se puso en marcha como iniciativa de personas intervenidas quirúrgicamente de corazón y acoge actualmente a medio millar de socios afectados por todo tipo de patologías cardiacas en Álava y Guipúzcoa. Los miembros de esta asociación trabajan en la difusión de hábitos saludables a familias y población general y facilitan apoyo para la rehabilitación tanto física como psíquica de las personas afectadas (terapias de grupo). Para ello, realizan desayunos cardiosaludables por los diferentes colegios, cenas cardiosaludables, edición y distribución de material informativo y organización de conferencias, además de la semana del corazón y la publicación de una revista. Hay además, voluntarios para visitar a las personas que van a ser intervenidas o han sido de corazón con el fin de contarles su experiencia y transmitirles tranquilidad. (Asociación Bihotz Bizi-Corazón vivo, 2006)
- El hospital de Santiago Apóstol de Vitoria: En la unidad de cardiología, donde ingresan los pacientes infartados durante 5-8 días. He tomado esta unidad como lugar para captar participantes por ser un contexto que conozco, tanto a nivel de estructura y organización, como de personal.
- Y a través de CAP de la misma ciudad: Lo he escogido para entrar en contacto con personas afectadas que tengan un IAM más antiguo, y contactar con ellos, a través de las enfermeras que trabajan con estos pacientes en programas de prevención de factores de riesgo, pero que no sean pertenecientes a la asociación. Esto es porque considero que la información que tienen, la percepción de la enfermedad, el apoyo de que disponen, etc. es diferente en unos y otros, y esto puede aportar discursos diversos para la investigación.

## Descripción y selección de informantes

---

Para conocer el campo en el que vamos a sumergirnos, me planteo entrar en contacto con informantes clave, por ser miembros que destacan por su conocimiento en profundidad del contexto que se pretende estudiar (Rodríguez, Gil y García, 1999). Estos informantes serán miembros de la asociación de pacientes cardiopatas de Vitoria, como la coordinadora y otros que formen parte en la organización, así como, la supervisora de la unidad de programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca del hospital del área de Valme (Sevilla) y enfermeras de los hospitales de Santiago y Txagorritxu de Vitoria.

Igualmente entraré en contacto con una profesora de la escuela de enfermería de Vitoria, cuya experiencia de trabajo emocional con pacientes cardiopatas, creo que puede aportarme conocimiento para la investigación.

En cuanto a la población sujeta a estudio, se ha pensado un muestreo teórico a la luz de la bibliografía revisada, maximizando las diferencias entre los grupos de participantes (Glasser y Strauss; citado por Martín-Crespo y Salamanca, 2007) pues se parte de la idea de que los discursos serán diferentes.

Así, de acuerdo con los objetivos descritos anteriormente los participantes serán los siguientes (Ver Anexo 3):

- Personas que han sufrido un IAM, incluyendo hombres y mujeres que hayan tenido el IAM reciente (menos de 4 meses) (Jensen y Petersson, 2003) y personas con un IAM más antiguo (menos de 5 años), incluyendo también personas ancianas y personas jóvenes (Pla, 2007)

El motivo de escoger participantes de ambos sexos, tiene que ver con la diferente vivencia de la enfermedad que pueden tener, incluyendo expresión de emociones y necesidades diferentes.

También considero interesante que participen personas infartadas jóvenes 40-65 años (todavía en edad laboral) y otras mayores, por la diferente visión de la salud y la enfermedad, relacionada con la diferente socialización de las generaciones, de expectativas y formas de vida, creencias y valores posiblemente diferentes, además de la diferencia de las repercusiones que la incapacidad puede producir en sus vidas.

Por último, creo interesante poder descubrir la diferencia de visiones entre las personas cuyo infarto es reciente (menos de 4 meses) y aquellas que lo sufrieron hace más tiempo (menos de 5 años).

## Estrategias de acceso al campo y a los informantes

---

Se pretende acceder al campo y los informantes de diferentes maneras.

Por un lado, con los pacientes que han tenido el IAM recientemente (menos de 4 meses), a través de la supervisora de la unidad de cardiología de Santiago la cual me servirá de “portero” para el acceso a los participantes, incluyendo a personas de los dos grupos de edad comentados anteriormente y tanto a hombres como a mujeres. Haber realizados prácticas en la unidad me facilitará el acceso al campo. Al tener que realizar un número mínimo de 16 entrevistas a los participantes, me planteo solicitar permiso en el hospital de Txagorritxu y contactar con la supervisora de la unidad de cardiología de éste si no pudiese obtener el número de participantes necesarios en Santiago.

Por otro lado, para acceder a las personas cuyo IAM es más antiguo (de 4 meses a 5 años) se hará a través de la asociación y de los CAP. Se expondrá el proyecto a la coordinadora de la asociación, la cual me puede ayudar a seleccionar los informantes que se adecuan a los perfiles seleccionados.

Considero que es la persona apropiada porque desarrolla su trabajo en la asociación y conoce a los usuarios afiliados, así como, cuales pueden proporcionarme mayor información de interés.

Una vez identificadas las personas en ambos casos, se les planteará la investigación de manera verbal. Como estrategia de captación de los participantes se les comentará que el propósito de este trabajo será conocer un poco mejor como viven el proceso, tanto el ingreso como una vez se les ha dado el alta del hospital (dificultades, necesidades, sentimientos, etc. que surgen) con el objetivo de adentrarnos en esa experiencia de su vida y conocer qué se ofrece a estas personas desde el sistema y qué necesitarían. Explicándoles que hay mucho estudiado sobre los síntomas, los tratamientos, etc. pero poco sobre qué impacto tiene en la vida de las personas este acontecimiento (Johansson, Dahlberg y Ekebergh, 2003) y que por tanto, con este trabajo, se pretende acercar la realidad que viven los afectados/as a los profesionales que trabajan con ellos y a las instituciones, para que en la medida de lo posible se puedan plantear cambios y mejoras en la atención a las personas infartadas. Tras esta explicación se les pedirá la firma del consentimiento a aquellos que acepten formar parte de la investigación (Anexo 2)

Al no conocer personas que trabajen en CAP y que me puedan servir de enlace con posibles participantes de la investigación, se tomará contacto con enfermeras de comunitaria a través de profesoras de la EUE de Vitoria, pues ellas tienen acceso desde la universidad.

El abandono del campo se producirá cuando se haya dado una saturación de los datos, esto es, cuando no sea posible encontrar nuevos datos que añadan propiedades nuevas a una categoría y por tanto, no nos permitan generar teorías o conceptos nuevos (Amezcuá, 2000; Rodríguez et al. 1999)

Las fuentes que emplearé para recoger información, serán en primer lugar, los informantes clave por su conocimiento como he comentado antes del fenómeno que se va a estudiar. Para ello, emplearé como técnica entrevistas dirigidas e individuales.

En segundo lugar realizaré entrevistas a las personas que han vivido el IAM, he decidido utilizar esta técnica en lugar de grupos focales o de discusión pues los perfiles de participantes son muy diferentes (hombres y mujeres, mayores y más jóvenes, diferente nivel socioeconómico), y tal como Peiró (1996) comenta, para que un grupo funcione, el grupo debe ser homogéneo en cuanto a situaciones culturales, sociales y de ocupación. Por tanto, creo que la mejor opción es realizar entrevistas en profundidad individuales, que me proporcionen un acercamiento profundo a las vivencias, percepciones y sentimientos de la persona entrevistada (Rodríguez, Gil y García, 1996). Éstas consisten en una conversación profesional, un proceso comunicativo entre el entrevistador y una o varias personas para un estudio analítico de investigación (Olabuenaga, 1999)

Al principio serán sin estructurar para intentar maximizar el significado del fenómeno, pues no quiero cerrar la posibilidad de que emerjan temas o cuestiones que yo no me había planteado previamente, para ello, se puede comenzar con una pregunta abierta del tipo ¿qué ha supuesto para usted haber tenido un infarto? Y continuar la entrevista improvisando las preguntas a partir del discurso que la persona realiza (Olabuenaga, 1999) y estimulando el relato (remarcando, haciendo comentarios, afirmando, dando a entender que le escuchamos, etc.) (Burguess, 1992; citado por De la Cuesta, 2007). Como entrevistadora, me propongo mostrar interés, confianza, motivación y garantía para que el entrevistado sienta que puede aportarme información, en forma de interpretaciones, descripciones y evaluaciones (Olabuenaga, 1999)

Las entrevistas serán grabadas en formato audio, siempre y cuando el participante de permiso para ello, con el fin de facilitar la transcripción posterior de las entrevistas y ser fiel a lo que la persona ha expresado. Se mantendrá el anonimato de las mismas al no identificar con nombres propios reales las grabaciones. Cuando se finalice la investigación dichas grabaciones serán destruidas.

Además, se solicitará, al principio de la investigación, a los pacientes con un IAM reciente (tomaré contacto con ellos durante la hospitalización), la realización de un diario de vida durante los primeros meses tras el alta. Éste es un instrumento personal y como tal, un potencial reflejo de sentimientos, confesiones personales, relaciones y pensamientos. Además es una herramienta que contribuye a la reflexión e interpretación de comportamientos de la persona (Castro, 2003)

Se realizará una lectura de los mismos en un momento intermedio en la investigación para revisar el discurso y asegurar que tiene que ver con el fenómeno que se quiere estudiar y una segunda lectura al final del período de investigación.

Simultáneamente, durante el tiempo que dure el trabajo de campo de la investigación, se realizará un diario de campo donde se registrarán observaciones de manera precisa completa y detallada (Amezcuá, 2000), en el

que se recogerán notas de observación, notas analíticas sobre el significado que nos puede sugerir en un momento dado los datos y sobre la influencia de mi rol en la investigación para asegurar así la reflexividad (Calderón, 2002), notas personales de lo que supone para mí como investigadora el proceso de realización y metodológicas acerca del método a llevar a cabo (De la Cuesta, 2007)

El lugar en el que se realizarán las entrevistas se consensuará con los participantes, adecuándome a su conveniencia.

El análisis es una herramienta para descubrir el significado de un mensaje (Gómez, 2000). Como refiere Janesick (2000) el diseño cualitativo requiere un análisis continuo de los datos, por ello, tendrá lugar en diferentes momentos del proceso, sine esperar a finalizar todas las entrevistas planificadas.

La técnica que se utilizará será el análisis de contenido categorial, que “permite un acercamiento a las formas de comunicación y escudriña en la ideología que se oculta tras el lenguaje” (Amescua, Gálvez y Toro, 2002; 423)

Para ello, primero se realizará una etapa de preanálisis en la que se elegirá el corpus textual, es decir, seleccionaremos la información que vamos a analizar, respetando que las categorías tengan éstas características (Pla, 2007; Bardin, 1986, Mayer y Quellet, 1991; Laundry, 1998; citado por Gómez, 2000):

- Exhaustividad, debe estar todo el corpus y está estrechamente relacionado con una adecuada saturación de los datos.
- Representatividad, que lo que seleccionemos como corpus sea representativo de la muestra.
- Homogeneidad, los documentos escogidos deben adecuarse a criterios precisos.
- Pertinencia.
- Univocación, una misma categoría tiene el mismo significado para todos los investigadores.

En esta etapa de preanálisis se revisará el diario de campo antes de comenzar con la entrevista para situarnos mejor en el contexto en el que sucedió y recordar anotaciones que puedan ser importantes para llevar a cabo el análisis.

Como segunda etapa se realizará una fragmentación del corpus en unidades de dos tipos: registro (aquellas unidades que tienen un sentido o significado con relación al tema de estudio) y contexto (aquellas partes necesarias para comprender las unidades de registro). Después se agruparán los registros por similitud de los significados.

Como última etapa, se establecerán categorías a partir de esos registros agrupados, clasificándolos en base a criterios de diferenciación. Esto se realizará teniendo en cuenta los requisitos de la categorización: congruencia, generatividad, nivelación semántica y asignación exclusiva (Vázquez, 2002-2003)

Para asegurar la validez de los resultados, a lo largo del proceso se irán consultando las interpretaciones de los datos con otros investigadores, para certificar así el rigor y la transparencia en el desarrollo de cada fase (Calderón, C. 2007)

## Bibliografía

---

1. Abreu, A, J. Arenas, MJ. Rojas, M. Rodríguez y JB. Rodríguez. 2003. Calidad de vida de pacientes postinfarto de miocardio. Diferencias según la edad. *Tempus Vitalis. Revista Internacional del cuidado para el paciente crítico*. 3(2): 29-39. [Online] Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/Revista05/original32.pdf> [08 Julio 2007]
2. Al-Hassan, M y L, Sagr. 2002. Stress and stressors of myocardial infarction patients in the early period after discharge. *Journal of Advance Nursing*. 40(2): 181-188.
3. Amable, M., J. Benach y S, González. 2001. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arch Prev Riesgos Labor*. 4(4): 169-184
4. Amezcua, M. 2000. El trabajo de campo etnográfico en salud. *Index de Enfermería*. 30: 30-35
5. Amezcua, M y A. Gálvez Toro. 2002. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 76 (5): 423-436
6. Arós, F. A, Loma-Osorio, A. Alonso, JJ. Alonso, A. Cabadés, I. Coma-Canella, L. García-Castrillo, E. García, E. López de Sá, P. Pabón, JM, San José, A. Vera, F. Warner. 1999. *Rev Esp Cardiol*. 52: 919-956
7. Asociación Bihotz Bizi-Corazón Vivo. <http://www.corazonvivo.org/index.html> [Mayo 2007]
8. Bowman, G. 2001. Emotions and illness. *Journal of Advance Nursing*. 34(2): 256-263
9. Breijo, FR. 2006. Infarto Agudo de Miocardio. *Revista Virtual de Urgencias y Emergencias*. 1(1):1-28. [Online] Disponible en: <http://www.urgenciasmedicas.org/Revista/200611/IAM200611.pdf>
10. Brink, PJ. Y MJ, Wood. 1998. *Advance design in nursing research*. 2ªed. Sage Publications.
11. Brosa, M y C. Crespo. 2004. Análisis coste-efectividad del manejo protocolizado de la dislipemia mediante atorvastatina versus práctica clínica habitual en la prevención secundaria de enfermedad cardiovascular. *Revista Española de Economía de la Salud*. 3(1):50-56 [Online] [07 Julio 2007] Disponible en: [http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/09/08\\_pdf/Originales.pdf](http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/09/08_pdf/Originales.pdf)
12. Burns, N. y SK, Grove. 2004. *Investigación en enfermería*. Madrid: Elsevier
13. Calderón, C. 2002. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en

salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*. 76: 473-482. [Online]

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v76n5/colabora8.pdf> [4 Julio 2007]

14. Calderón, C. 2007. *La evaluación de la calidad de la investigación cualitativa hacia propuestas integradoras y dinámicas*. Documento inédito para el módulo de investigación cualitativa.
15. Castro, JC. 2003. *Ámbito metodológico de la investigación*, en: *Análisis de los Componentes actitudinales de los docentes hacia la enseñanza de la Matemática. Caso: 1ª y 2ª Etapas de Educación Básica*. Municipio de San Cristóbal-Estado Táchira. [Online] Disponible en: [http://www.tesisenxarxa.net/TESIS\\_URV/AVAILABLE/TDX-0209104-085732//06CapituloAmbitoMetodologico.pdf](http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0209104-085732//06CapituloAmbitoMetodologico.pdf) [09 Julio 2007]
16. De la Cuesta, C. 2007. Diapositivas inéditas para el módulo de investigación cualitativa en enfermería.
17. De Lorenzo, E. M. Pla y A. Vaquero. 2007. *Principios que hacen que un estudio sea cualitativo*. Documento inédito para el módulo de investigación cualitativa.
18. García de Vicuña, B. AM, Lezcano Ruiz, C. Sarasqueta Eizaguirre. X. Arrazola Etxeberría, A. Llamas Lombardía. 2003. *Características mínimas de un programa de rehabilitación cardíaca en el País Vasco*. Investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad Del Gobierno Vasco. Disponible en:  
  
[www.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d\\_03-02\\_rehabilitacion\\_cardiaca.pdf](http://www.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_03-02_rehabilitacion_cardiaca.pdf) [Mayo 2007]
19. Gómez, J., A. Latorre, M. Sánchez y R. Flecha. 2006. *Metodología Comunicativa Crítica*. Barcelona: El Roure.
20. Gómez, M.A. 2000. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo. Definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas*. 20. [Online] Disponible en [08 julio 2007]:  
  
<http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>.
21. Granero, J., FJ. Muñoz, C. Fernández, MC. Martínez, F. Lao, JM. Martínez. 2002. Mitos, creencias y temores en la cardiopatía isquémica. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el cuidado del paciente crítico*. 2(2): 36-50.
22. Grupo de trabajo de rehabilitación cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. 1994. *Rehabilitación del paciente coronario*. Prevención secundaria. [Online].

Disponible en:

[http://www.secpyr.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=169&Itemid=0](http://www.secpyr.org/index.php?option=com_content&task=view&id=169&Itemid=0) [06 Julio 2007]

23. Iñiguez, L. 2004. *El debate sobre la metodología cualitativa versus cuantitativa*. Documento inédito para el curso de investigación cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos.
24. Janesick, V. J. (2000). La danza del diseño de la investigación cualitativa: Metáfora, metodolatría y significado. En Denman, C.A y J.A. Haro (Eds.), *Por los rincones-Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 227-251). Sonora, México.
25. Jensen, BO. y K, Petersson. 2003. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counselling*. 51:123-131.
26. Johansson, A, K. Dahlberg y M. Ekebergh. 2003. Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2:229-236
27. Johnson, J y JM. Morse. 1990. Regaining control: the process of adjustment after myocardial infarction. *Heart and Lung*. 19 (2): 126-135. [Online] Disponible en:  
  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=2318656&dopt=Citation](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=2318656&dopt=Citation) [08 Julio 2007]
28. Márquez, S., R. Villegas, E. Briones, V. Sarmiento, M. Reina, I. Sáinz, JA. Velasco, F. Ridocci. 2003. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardiaca en el Sistema Nacional de Salud Español. *Rev Esp Cardiol*. 56(8): 775-782. [Online]. Disponible en: [http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pidet\\_articulo=13050331&pidet\\_usuario=0&pidet\\_revista=25&fichero=25v56n08a13050331pdf001.pdf&ty=124&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es](http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pidet_articulo=13050331&pidet_usuario=0&pidet_revista=25&fichero=25v56n08a13050331pdf001.pdf&ty=124&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es)
29. Martín-Crespo, C y A.B Salamanca. 2007. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*. 27, Marzo-Abril: 1-4. [Online] Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FMetodologica\\_27.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf) [29 Junio 2007]
30. Medrano, MJ et al. 2006. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*; 80: 5-15
31. Mejía, J. 2004. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones sociales*. 13: 277-299. [Online]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv\\_sociales/N13](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/N13)

\_2004/a15.pdf [27 Junio 2007]

32. Olabuenaga, J. 1999. *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto: Bilbao
33. Peiró, R. 1996. *El grupo de discusión en el entorno sanitario*. Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut, 8. Monográfico. Institut Valencià d'Estudis de Salut Pública.
34. Pla, M. 2007. *Introducción al análisis cualitativo de la información*. Documento inédito.
35. Pla, M. 2007. *Decisiones de diseño*. Documento inédito para el módulo de investigación cualitativa en enfermería.
36. Pla, M. 2007. *Proyecto de investigación cualitativa sobre la demora en el IAM*. Documento inédito para el módulo de investigación cualitativa en Enfermería.
37. Plaza, I., JA. Velasco y JM Maroto. 1996. Prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en España. *Revista Española de Cardiología*. 49: 549-553.
38. Real Academia Española. 2001. *Diccionario de la Lengua Española*. 22ªEd. Espasa-Calpe.
39. Rodríguez, G. J. Gil y E. García. 1996. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
40. Sociedad Española de Cardiología. 2006. *Guía del enfermo coronario*. 9ª ed. Madrid: Pfizer
41. Solano, MC. y J. Siles. 2005. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index de Enfermería*. 14(51): 29-33.
42. Tajer, CD. 2004. Historia de un infarto. La comprensión del "significado" del infarto y su papel potencial en la investigación cardiológico. *Rev Argent Cardiol*. 72: 302-304
43. Vázquez, F. 2002-2003. *Análisis de contenido categorial: el análisis temático*. Documento inédito para el módulo Investigación cualitativa y participativa. UAB

Solicitud para la realización de la tesina:

A la atención de la dirección de Enfermería, del director de la Asociación Bihotz Bizi y de enfermeras de Atención Primaria.

Como enfermera y alumna del 5º curso de la Licenciatura de Estudios Europeos de Enfermería de la Universidad de Brighton, les escribo esta carta solicitando permiso para la realización de éste proyecto de investigación en su centro, como trabajo del módulo de Tesina de la EUE de Vitoria –Gasteiz. Y poder así ponerme en contacto con afectados para la realización del estudio.

Se trata de un estudio cualitativo, que ha sido planteado desde una perspectiva holista, con el que se pretende un acercamiento a las vivencias de las personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio. Con este trabajo se busca comprender de manera más profunda qué ha supuesto para estas personas el proceso.

Se llevará a cabo entre los meses las fechas X e Y, y se espera que aporte un nuevo conocimiento a los profesionales que trabajan con las personas afectadas y promueva la reflexión sobre la atención que se está dando actualmente y dé luz para nuevos avances que permitan mejorarla.

Los datos se obtendrán mediante entrevistas en profundidad individuales a los participantes, en un principio sin estructurar para que sea la persona quien tome la iniciativa de lo que quiere expresar y en qué orden de importancia para él o ella, y posteriormente podrían ser semiestructuradas una vez hayan aparecido los tópicos principales. Además de diarios de vida de aquellas personas que acepten realizarlo y den su permiso para utilizarlo en la investigación, pues considero que pueden enriquecer mucho el discurso de los participantes y aportar mucha información interesante y de gran riqueza.

Se les informará previamente sobre la investigación y se les pedirá su consentimiento para participar, entregándoles una hoja que deberán firmar y que se adjunta en este dossier. Se asegura el respeto, la intimidad, la confidencialidad y la libertad de expresión de los participantes.

Documento de consentimiento informado

D/Dña.....

Con fecha de nacimiento.....

He sido suficientemente informado acerca de la investigación en la que acepto participar.

Entiendo que es una investigación que pretende conocer y comprender las vivencias de las personas que han tenido un IAM. El interés de esta investigación es aportar nuevos datos de lo que viven las personas infartadas para conocimiento de los profesionales que quieran leer este estudio.

La información recogida en las entrevistas de los participantes será tratada de manera confidencial, ningún participante será identificado personalmente.

La participación en este estudio no repercutirá de ninguna manera en la atención sanitaria que necesite.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Autorizo a participar en la/s entrevista/s individual/es que se realizarán en los próximos meses y a grabarlas en audio para facilitar el análisis de los datos. Las grabaciones serán completamente anónimas y confidenciales siendo destruidas cuando la investigación finalice.

El análisis de los datos será contrastado por otro colaborador de la investigadora con el fin de reflejar de manera fiel los datos aportados por el informante.

Algunos fragmentos de la entrevista podrán ser incluidos en la publicación final con el propósito de dar mayor riqueza al estudio y favorecer la comprensión de los lectores de la vivencia de los participantes en la investigación, siempre de manera anónima.

Los datos finales tras el análisis de las entrevistas serán puestos en conocimiento de los participantes.

Así doy mi consentimiento para participar en este estudio:

Firma del participante.....

Fecha.....

Dña: Isabel Huércanos Esparza, he informado de todo lo anterior al participante D/Dña..... Del trabajo que se va a realizar, aclarando sus dudas y asegurando que ha comprendido todos los términos.

Firma.....

Para cualquier duda relacionada con el estudio, puede llamar al teléfono.....

Le agradezco profundamente su colaboración.

### Anexo 3

---

#### PERFILES DE LOS PARTICIPANTES:

- a) Personas con un IAM reciente (menos de 4 meses) y con una edad comprendida entre los 40 y los 65 años

Hombres Nivel socioeconómico medio-alto (clase media propietaria y media asalariada)	Mujeres Nivel socioeconómico medio-alto (clase media propietaria y media asalariada)
Hombres Nivel socioeconómico medio-bajo (clase media trabajadora)	Mujeres Nivel socioeconómico medio-bajo (clase media trabajadora)

- b) Personas con un IAM reciente (menos de 4 meses) y una edad superior a 65 años

Hombres Nivel socioeconómico medio-alto (clase media propietaria y media asalariada)	Mujeres Nivel socioeconómico medio-alto (clase media propietaria y media asalariada)
Hombres Nivel socioeconómico medio-bajo (clase media trabajadora)	Mujeres Nivel socioeconómico medio-bajo (clase media trabajadora)

- c) Personas con un IAM antiguo (menos de 5 años) y una edad 40-65 años

Hombres Nivel socioeconómico medio-alto (clase media propietaria y media asalariada)	Mujeres Nivel socioeconómico medio-alto (clase media propietaria y media asalariada)
Hombres Nivel socioeconómico medio-bajo (clase media trabajadora)	Mujeres Nivel socioeconómico medio-bajo (clase media trabajadora)

- d) Personas con un IAM antiguo (menos de 5 años) y una edad superior a 65 años

Hombres Nivel socioeconómico medio-alto (clase media propietaria y media asalariada)	Mujeres Nivel socioeconómico medio-alto (clase media propietaria y media asalariada)
Hombres Nivel socioeconómico medio-bajo (clase media trabajadora)	Mujeres Nivel socioeconómico medio-bajo (clase media trabajadora)