

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario en Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2014/2015

SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DE LA PERSONA SOMETIDA A CATETERISMO CARDIACO

*Feelings and emotions of the person
undergoing cardiac catheterization*

Realizado por: Marcelino Candelerero Fidalgo
Dirigido por: Prof. María Elena Fernández Martínez
Prof. Delio Antonio Del Rincón Igea

En León, a 07 de Julio de 2015

<u>ÍNDICE</u>	Pag.
Resumen	2
1.- Marco teórico	3
1.1.- <i>Introducción</i>	3
1.2.- <i>Cuidar a la persona sometida a cateterismo cardiaco</i>	5
1.3.- <i>Cuidar en enfermería</i>	5
1.4.- <i>Sentimientos y emociones</i>	7
1.5.- <i>Clasificación de los sentimientos</i>	9
1.6.- <i>La persona y la enfermedad cardiaca</i>	12
1.7.- <i>La realización del cateterismo cardiaco</i>	15
1.8.- <i>Objetivos</i>	17
2.- Metodología de investigación	17
2.1.- <i>Tipo de estudio</i>	17
2.2.- <i>Participantes del estudio</i>	18
2.3.- <i>Instrumento de recogida de datos</i>	19
2.4.- <i>Elaboración y testado de las preguntas</i>	20
2.5.- <i>Aplicación del instrumento de recogida de datos</i>	20
2.6.- <i>Consideraciones éticas</i>	20
2.7.- <i>Organización y tratamiento de los datos</i>	21
3.- Resultados y discusión	22
3.1.- <i>Factores que influyen en los sentimientos y emociones</i>	23
3.2.- <i>Identificación de los sentimientos y emociones</i>	31
4.- Conclusiones	43
5.- Perspectivas de futuro	45
6.- Referencias bibliográficas	45
7.- Anexos	49

Resumen

El cateterismo cardiaco es la técnica de elección tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la enfermedad coronaria. La realización del mismo va a desencadenar en el paciente una serie de sentimientos y emociones que influirán en su proceso de recuperación. Ante este problema, se plantea la pregunta sobre la realidad sujeta a estudio: ¿Cómo viven esas personas este tipo de abordaje? ¿Qué sienten?

Así el objetivo es principal:

- Conocer los sentimientos y emociones de la persona sometida a cateterismo cardiaco.

La investigación se desarrolló dentro del paradigma cualitativo, con carácter Fenomenológico/Descriptivo. La técnica de recogida de datos utilizada fue la entrevista semi-estructurada, a seis personas sometidas a cateterismo cardiaco. Posteriormente se utilizó la técnica de análisis de contenido para el tratamiento de la información recogida.

Del estudio emergieron algunas conclusiones:

- El factor predominante y que pareció influir más en la forma cómo el participante vivió los sentimientos y emociones durante el cateterismo, fueron las experiencias anteriores y asociadas a la información transmitidas por los profesionales.
- Los sentimientos y emociones manifestados con mayor frecuencia por las personas entrevistadas fueron el dolor, el miedo, la ansiedad y la esperanza lo que coincide con lo que dicen otros autores.

Abstract

Cardiac catheterization is the procedure of choice in both diagnosis and treatment of coronary heart disease. The realization of it will trigger in the patient a series of feelings and emotions that will influence the recovery process. Faced with this problem, it raises the question of reality subject to study: How do these people live this kind of approach? How do you feel?

So the research fund are the feelings and emotions of the person undergoing cardiac catheterization, with the main objective:

- Know the feelings and emotions of the person undergoing cardiac catheterization.

The research was conducted within the qualitative paradigm, phenomenological / descriptive. The data collection technique used was the semi-structured interview, six people undergoing cardiac catheterization. Subsequently, the content analysis technique to treat the information collected was used.

The study some conclusions emerged:

- The predominant factor that seemed to have more influence on the way the participants experienced feelings and emotions during catheterization, were associated with earlier experiences and information transmitted by professionals.
- The feelings and emotions expressed most frequently by respondents were pain, fear, anxiety and hope which coincides with what the authors say.

1.- Marco teórico

1.1.- Introducción

De acuerdo con Fortin (1999, p.26), “la investigación en ciencias de la enfermería proviene de la investigación sistemática: esta puede incidir sobre los usuarios, ya sea sobre la práctica de los cuidados y sobre sus efectos en los usuarios, en sus familias, o en la comunidad; o sobre el estudio del contexto en el que se prestan los cuidados.” En este estudio se pretende investigar sobre la persona con enfermedad cardíaca y el hecho de tener que someterse a un cateterismo cardíaco.

En todo el campo de actuación profesional, el enfermero debe desarrollar el Cuidado Integral a la persona enferma y sana y no sólo atenderla en los aspectos meramente biológicos. En el caso de las personas ingresadas en una unidad de Tratamiento Coronario, ese desarrollo debe aún estar más presente, debido a la presentación súbita de este tipo de ingresos y consecuentemente al cambio súbito en la condición de vida de la referida persona. De acuerdo con las conclusiones de algunos autores, citados por Hatchett y Thompson (2005, p.20), “(...) la enfermedad aguda cardíaca parece perjudicar la vida del paciente en todos los niveles e interfiere en las actividades básicas del día a día, impidiendo la movilidad física y el sueño, causando la disminución de energía. Da así lugar a inevitables reacciones emocionales, miedo y depresión que provocan una sensación general de enfermedad.”

La persona ingresada manifiesta diferentes sentimientos como reacción a esa situación, hecho que se constata atendiendo a lo que dice Quintard et al. (citados en Fontaine, Kurbertus y Étienne, 1998, p.93), “aunque varía de un individuo a otro, las

reacciones a la hospitalización están generalmente marcadas por un revuelo emocional, sentimientos de inquietud, un estado de tensión a menudo intenso que puede interferir con el proceso de convalecencia.”

Con el rápido desarrollo tecnológico, el cateterismo cardiaco constituye actualmente uno de los métodos más valiosos en el abordaje diagnóstico de la persona con enfermedad cardíaca, haciéndose corriente su utilización; se asocia muchas veces a técnicas de revascularización de las arterias coronarias cuando se verifica una oclusión de las mismas. De acuerdo con Hatchett y Thompson (2005, p.172), “(...) el número de intervenciones de revascularización percutánea aumentó en las últimas décadas (...); el número de pacientes para Cateterismo Cardiaco presenta tendencia a ir aumentando, ya que cada vez más supervivientes de infarto agudo de miocardio necesitan en consecuencia de este tratamiento.”

La experiencia de su realización es vivida de manera diferente de unas personas a otras, o en la misma persona de manera diferente dependiendo del momento en el que se vivió. La mayoría de las personas, desconocen su existencia, cuál es su finalidad y en qué consiste. O si ya oyeron hablar de ello, de acuerdo con Woods et al (2005, p.481), “(...) a veces, oyen historias de horror provenientes de amigos o conocidos sobre las experiencias con el cateterismo (...)”, siendo muchas veces asociado a una cirugía cardíaca. Sea cual sea la situación, según la misma autora (2005, p.481), “El periodo anterior al cateterismo, muy probablemente, es de ansiedad y miedo por varias razones.” Grazziano y Bianchi, (2004, p.169), refieren que “Estudios demuestran que pacientes citados para cualquier prueba diagnóstica invasiva presentan las mismas inquietudes: Ansiedad relacionada a la amenaza a la integridad física y al bienestar, y también a las implicaciones sobrevenidas del resultado del diagnóstico.”

El enfermero en particular, tiene que estar atento y ser capaz de interpretar y percatarse de cada reacción del paciente, cada comportamiento, para minimizar lo más posible los efectos nefastos en su recuperación, así como también promover un mayor bienestar, no sólo físico, sino también psicológico de todas las personas que pasan por este proceso de ingreso en una unidad de tratamiento coronario y de la realización de cateterismo cardiaco.

Así pues se pretende investigar el impacto emocional en la persona con enfermedad cardíaca, al tener que realizar una prueba invasiva, con la finalidad de comprender mejor ese momento y toda la dinámica que gira en torno del mismo y consecuentemente lo influye repercutiendo en unos cuidados de calidad.

1.2.- Cuidar a la persona sometida a cateterismo cardiaco

Los cuidados de enfermería prestados a la persona sometida a cateterismo cardiaco engloban la suma de las técnicas y las relaciones entre profesional y paciente; la realización del cateterismo cardiaco desencadena la aparición de diferentes sentimientos y emociones en la persona sometida a esa técnica con el consiguiente condicionamiento que esto supone en las interacciones entre enfermera y usuario, repercutiendo directamente en el proceso de recuperación.

El encuadramiento teórico, atendiendo a la revisión bibliográfica realizada, se orientó hacia determinados aspectos que se consideraron pertinentes en la temática seleccionada, entre los cuales estaban: El acto de cuidar en enfermería en su vertiente de interacción, atendiendo a la teoría de Watson (1999); el tema complejo de los sentimientos y las emociones y su clasificación, y el abordaje teórico de la persona con enfermedad coronaria sometida a cateterismo cardiaco.

1.3.- Cuidar en enfermería

Según Collière (1999, p.235), "(...) cuidar es un acto individual que aplicamos sobre nosotros mismos, desde que adquirimos autonomía", y que "(...) envuelve valores, voluntad, un compromiso, (...) conocimientos, actos cariñosos y sus consecuencias." (Watson, 1999, p.55).

De acuerdo con Hesbeen (2000, p.45), todos los profesionales que de algún modo están en contacto directo con la persona, a través de las competencias que les son propias, deben tener como finalidad prestar cuidados que promuevan el bienestar. "Lo que los distingue no es, por tanto, la perspectiva de cuidar que debería de animar sus acciones, sino el contenido de estas." Según el mismo autor (2000), el cuidado en enfermería, pasa no sólo por actos cuantificables, sino principalmente por pequeños gestos no mensurables que fácilmente pasan desapercibidos; pero estos pequeños gestos, constituyen la riqueza de la esencia del cuidado en enfermería; "Más allá de eso, los ojos del paciente, aunque, de un modo general, sean conscientes de la importancia que eso representa para él, él espera ante todo ser bien recibido, esperar unas palabras cercanas, una sonrisa, una caricia, (...)". (Hesbeen, 2000, p.49).

Vaz y Catita (2000, p.14), afirman que, "(...) en nuestro desempeño profesional cotidiano tenemos que lidiar con muchas máquinas y descuidamos a la persona"; así muchas veces el enfermero centra su atención en la tecnología y equipamientos

sofisticados del Servicio y no ofrece una mirada ni un acercamiento a la persona que está ahí echada, deshumanizando el cuidado.

El paciente en nuestra sociedad actual suele adquirir un papel pasivo ante su enfermedad, aceptando lo que se le impone, en su proceso de cuidados, potenciando su dependencia. En un estudio realizado por Fernandes y Lopes (2002, p.16), estos llegan a una de sus conclusiones en la que refieren que para los enfermeros "(...) la enfermedad se representa como si el cuerpo enfermo se despojase de su identidad, de su yo, de su discurso, reduciéndose a una entidad física a merced de los técnicos de la salud." Así el hecho de que las necesidades fisiológicas de esa persona se antepongan a las psicológicas, lleva a que esta sea prácticamente ignorada como ser social, siendo vista por el equipo de enfermería principalmente dentro de su papel como paciente, sujeta a los cuidados que otros diseñen o prescriban para ella, sin tener en cuenta su opinión, su deseo, o sus necesidades reales.

La transición súbita de la salud a la enfermedad es una experiencia compleja. La aparición de dolor agudo o de una enfermedad que aleja a la persona de su entorno habitual, de una forma abrupta, la hace más sensible y frágil. En esta fase las demandas hacia el personal de enfermería son continuas, convirtiendo a los enfermeros en personajes centrales en la vida de la persona enferma, por lo que su papel pasará por establecer con el paciente una relación de ayuda que le permita afrontar la crisis que representa la enfermedad, más allá de la mera intervención técnica, rápida y eficaz. Según Phaneuf (2005, p.82), "(...) para crear una relación terapéutica con la persona cuidada, se precisa más de que la eficacia de nuestro mundo técnico, es preciso que estén bien presentes el calor de la relación y el interés por el otro". Así, hacer sentir al paciente que es importante, es reconocer que más allá de su enfermedad, existe una persona con necesidades, deseos, reacciones, opiniones, sentimientos, que experimenta emociones, y que merece ser respetado en su totalidad e individualidad.

Moniz (2003), refiriéndose a la teoría "Human Care" de Watson, enfatiza en los cuidados más humanos de la profesión de enfermería así como en la defensa del concepto de persona, como ente con capacidad de sentir. Esta capacidad, permite reconocer los sentimientos, aceptarlos y gestionarlos de una forma equilibrada, ya sea en nosotros mismos como en los demás.

El enfermero deberá captar el sentido e intencionalidad de los mensajes que le sean transmitidos. En este proceso de comunicación, que parece simple, sólo habrá comunicación si la expresión verbal, gestual y emocional es debidamente

descodificada e interpretada por el enfermero. Los sentimientos que emergen de la persona hospitalizada y concretamente de la persona con enfermedad coronaria, no siempre son explicados y verbalizados de una forma clara y fácil de comprender, por ello el enfermero tendrá que poner todos sus sentidos e intentar descodificar el mensaje transmitido por el paciente para que así, a través de la relación de ayuda, pueda intervenir y minimizar o amplificar unos u otros sentimientos que se presenten.

1.4.- Sentimientos y emociones

La hospitalización supone un cambio en la rutina en la vida de la persona, la separa de lo que es cotidiano para ella, y la somete a un ambiente desconocido con normas estandarizadas y a veces rígidas. Esto puede afectar de manera negativa, llevando a la persona a experimentar sentimientos negativos como por ejemplo miedo o carencia. Para Manzolli (1996), “la hospitalización es uno de los eventos de la vida moderna que conlleva una profunda adaptación del hombre a los cambios que suceden en su día a día. Este reajuste puede darse más fácil en ciertas personas; en otras, sin embargo, se desarrolla con mayor dificultad, exigiendo más tiempo, más esfuerzo y más asistencia.”

Por otro lado pueden aparecer sentimientos positivos y emociones, según defiende Cádmió et al (1995), “muchas veces el acto quirúrgico se ve como una posibilidad de retorno a una vida normal, momento en el que desaparecerán todos los problemas sobrevenidos con la enfermedad y que están incomodando”.

El equipo sanitario tiene gran influencia sobre el paciente y puede influir de manera decisiva en la recuperación de la persona ingresada. La mayoría de las personas ingresadas deposita, en el equipo de salud, toda su confianza y esperanza de recuperación. Santos y Luis (1999) afirman a este respecto que “el equipo de salud puede disminuir la carga de problemas emocionales del paciente, ayudando así a afrontar la enfermedad”.

Por todo ello se considera que los sentimientos y emociones que rodean a la persona ingresada en el servicio de cardiología, no pueden continuar relegándose a un segundo plano. Se necesita, a demás de identificarlos, conocerlos mejor e intentar encontrar estrategias para minimizarlos o potenciarlos, considerando a la persona de forma global y no sólo por su problema cardiaco. Las emociones dan significado personal a nuestra experiencia...no sólo guían, sino que también ayudan a mejorar la toma de decisiones y la resolución de problemas...nos informan de aquello que nos es significativo, aquello por lo que estamos interesados, son el resultado de un proceso

de construcción complejo que sintetiza muchos niveles de procesamiento de la información (Greenberg y Paivio, 2007).

Lazarus (citado por Damasio, 2006) sostiene que los sentimientos y emociones sirven para una primera evaluación en el sentido de ver si la situación es agradable o desagradable, beneficiosa o perjudicial, y una segunda que juzga la capacidad de enfrentarnos con ella. Lo que parece claro es que apuntan hacia “los acontecimientos que son significativos para el individuo y en motivar los comportamientos que permitan manejarlos” (Filliozat, 2007, p.83). Establecen metas prioritarias, organizan para la acción (Fridja cit. Greenberg y Paivio, 2007). Son estructuras o procesos que guían nuestras vidas, informan (Heller, 1989), comunican, motivan e invitan, como decimos, a la acción para la satisfacción de necesidades. Esto es, son totalmente funcionales, claro está que pueden resultar lo contrario si su supuesta función es bloqueada o desviada por ideas o pautas disfuncionales (Polit, 2009). También es verdad que pueden ser medios de control social como vemos para el caso de la vergüenza y la culpa (Elster, 2002), o el miedo (Robin, 2009) o en el desarrollo del proceso civilizatorio también (Elias, 2009).

Según la bibliografía consultada, no es nada fácil definir los sentimientos y emociones. Se ha invertido mucho tiempo a lo largo de la historia en esta tarea, y muchas veces los resultados han caído en explicaciones meramente mecanicistas en las que se hace referencia a los sentimientos como manifestaciones de sensaciones; algunos autores definen los sentimientos como emociones o impulsos de sensibilidad en relación al pensamiento sentido o imaginado como bueno o malo.

Las emociones son básicamente procesos físicos y mentales, neurofisiológicos y bioquímicos, psicológicos y culturales, básicos y complejos. Sentimientos breves de aparición abrupta y con manifestaciones físicas, tales como, rubor, palpitaciones, temblor, palidez (Marina, 2006). Duran poco tiempo (Filliozat, 2007). Se acompañan con agitación física a través del sistema nervioso central. Mueven, dan o quitan ánimo (Figueroa, 2010).

Los sentimientos son las emociones culturalmente codificadas, personalmente nombradas y que duran en el tiempo. Secuelas profundas de placer o dolor que dejan las emociones en la mente y todo el organismo (Marina, 2006).

Emociones y sentimientos son algo continuo, o sea que no es fácil delimitar sus fronteras. Pero a este respecto hay una autora que afirma “(...) se acostumbra a distinguir la emoción del sentimiento por sus características de corta duración y mayor

intensidad. Muchas y varias emociones componen un sentimiento (...)" (Slepoj, 1998, p.17).

La emoción se diferencia, por tanto, del sentimiento en la medida en que se presenta como una reacción afectiva inmediata a un estímulo externo, y puede provocar alteraciones corporales intensas. Cuando una emoción nos sorprende, intervienen tres tipos de reacciones: fisiológica, en general con aceleración del ritmo cardiaco, con tensión muscular, y, en algunos casos, con alteraciones perceptibles desde el punto de vista visual y auditivo; psicológica, con dificultad para mantener el control de si mismo y con disminución de la capacidad de ejercer funciones lógicas y reflexivas; comportamental, a través de actitudes y posturas modificadas y una mímica facial que manifiesta el estado de espíritu del sujeto (Slepoj, 1998).

Parece importante distinguir emoción y sentimiento, aunque es algo poco claro en algunos autores/as y también puede llegar a resultar polémico y estéril. En este caso se hace en el sentido que la primera es la reacción emocional breve, relacionada con la conciencia inmediata, la expresión primera espontánea, intensa e instantánea bañada de corporeidad, y el segundo dura más tiempo, puede resultar aparentemente menos intenso, llega del cuerpo por la emoción o de la mente con una idea, lo cognitivo, y es cuando ya permanece con nosotros el suficiente tiempo como para sentirlo y nombrarlo a la vez, esto es, se interpreta. "Emociones y sentimientos mantienen estrechas relaciones. Las emociones son biológicas, pulsionales. Los sentimientos son elaboraciones llamadas secundarias porque se las somete a un proceso de mentalización" (Filliozat, 2007, p.83).

1.5.- Clasificación de los sentimientos

Después de valorar diferentes clasificaciones de los sentimientos defendidas por diversos autores, pareció pertinente decantarse por la que hace Choza (2003) ya que es la que mejor se ajustaba a nuestro trabajo de investigación en la medida que facilitaba el tratamiento de los datos recogidos a lo largo del estudio.

Choza basa su clasificación de los sentimientos en dos autores, D. Von Hildebrand y M. Scheler. Para estos autores los sentimientos no están limitados a una parte específica de la estructura de la persona, están presentes en todo el conjunto de su estructura, como un elemento vertical que se encuentra en todos los niveles (Choza, 2003).

Estos dos autores, citados por Choza, y atendiendo a esta teoría clasifican los sentimientos o cómo ellos denominan “afectividades” en tres niveles.

El primero está constituido por las sensaciones o sentimientos corporales: siento frío o calor, estoy relajado, tenso o irritable. En segundo lugar encontramos lo que considera normalmente sentimientos y que consiste fundamentalmente en reacciones psíquicas: ira o miedo, tristeza o alegría, pesar o decepción. Y en tercer lugar está aquella parte de los sentimientos que hace referencia al centro del alma del hombre, y por eso tiene un marcado carácter espiritual (Choza, 2003).

Afectividad corporal

Está ligada a las sensaciones que captamos con los órganos de los sentidos y con los receptores corporales y está compuesta por experiencias como el dolor o el placer, el frío o el calor, la cinestesia. Se caracteriza por estar localizada en el cuerpo y de manera extensa, consiguiendo afectar a la persona a través de esta relación. No soy yo quien siento frío o calor sino mi cuerpo, y aún es más, en una superficie específica (Choza, 2003).

Afectividad psíquica

A este nivel, se hace referencia a dos cuestiones fundamentalmente: los elementos básicos en los cuales se puede subdividir el mundo afectivo y la estructura esencial del sentimiento.

1-Emociones, Sentimientos y Pasiones:

“Las modalidades básicas con las que se nos muestra el mundo afectivo son muchas y variadas, y la prueba de esto es la variedad de términos que son utilizados para describirlos: conmoción, emoción, sentimiento, impresión, afecto, pasión. Pero las categorías básicas son esencialmente tres: emoción, sentimiento y pasión” (Choza, 2003, p.290).

La emoción según Choza (2003, p.290) es “un estado de ánimo producido por impresiones de los sentimientos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traducen en gestos, actitudes u otras formas de expresión.” Pero, en concreto, la emoción es una vivencia subjetiva que posee una cierta intensidad, carácter puntual y manifestaciones fisiológicas patentes. Con todo, con el paso del tiempo, una emoción desaparece y pierde intensidad dejando lugar en algunos casos a una sensación interior más profunda y estable: el sentimiento. La emoción como es una reacción ante un

acontecimiento, es intencional, esto quiere decir, existe en cuanto existe el objeto que la desencadena (Choza, 2003).

El sentimiento se diferencia de la emoción por ser más duradero, profundo y más espiritual, su manifestación externa es más débil; es más un estado del alma, del yo, más que una reacción a una cosa. El sentimiento también se distingue de la emoción por su intencionalidad ser más débil, lo que no quiere decir que no exista (Choza, 2003).

2-La estructura esencial de la afectividad psíquica:

En la actividad afectiva, ya sea esta emoción o sentimiento, tenemos que “Sus elementos esenciales, son dos, uno fisiológico y orgánico y otro subjetivo y vivencial, pero ambos están estrechamente relacionados, ya que la emoción es una reacción y vivencia de la persona como entidad única en torno de sí” (Choza 2003, p.292).

La dimensión corporal tiene dos aspectos: La reacción fisiológica y la manifestación o expresión externa (Choza, 2003).

De cualquier forma, la relación emoción-expresión corporal, no siempre es sincera y directa. Los movimientos corporales no tienen un significado necesariamente unívoco y varían con las situaciones y con las diferentes culturas (Choza, 2003).

“Los sentimientos y las emociones son, por tanto, y de modos distintos, la forma como mi subjetividad se enfrenta a los acontecimientos de la vida y se relaciona con ellos. La emoción es una reacción puntual y más bien pasajera, en el sentimiento estamos ante una actitud asentada que constituye un estado de ánimo, y es, por eso, más persistente y duradero” (Choza, 2003, p.294).

Afectividad espiritual

En la clasificación de Hildebrand y Scheler se constata un tercer tipo de afectividad. Más elevado que la corporal y la psíquica y que es denominada afectividad espiritual (Choza, 2003).

Hildebrand describió tres tipos de afectividad espiritual. La primera constituida por las respuestas afectivas al valor.

En otras ocasiones, la afectividad espiritual surge no de una acción nuestra, sino de la acomodación que provoca en nuestro interior la contemplación de acciones dinámicas (Choza, 2003).

Por último están los sentimientos poéticos: son una inmensa variedad de sentimientos que juegan un papel importante en la poesía como la dulce melancolía, la suave tristeza, y los vagos deseos. También existe el sentimiento de una expectativa indefinida más feliz, toda la clase de presentimientos y el sentimiento de vivir la vida en plenitud.

Una característica de esta variedad surtida de sentimientos es que no son en forma intencionales. No responden a un objeto, ni son una palabra dirigida a uno mismo. De cualquier modo, tienen una relación interna con el mundo objetivo y están íntimamente vinculados con los sentimientos intencionales. Tienen un contacto secreto y misterioso con el ritmo del universo, y a través de ellos el alma humana se armoniza con ese ritmo (Choza, 2003).

Pólo (1998, p.24), afirma que “hay sentimientos mas profundos que otros, que dependen del estado de salud, circunstancias corpóreas y de incidentes en la vida”. Se puede pensar aquí en los pacientes cardiacos, ingresados en el servicio de cardiología, sujetos a la realización de exámenes y técnicas invasivas, como es el caso del cateterismo cardiaco.

1.6.- La persona y la enfermedad cardiaca

La enfermedad de origen cardiaco abarca un amplio abanico de patologías, entre ellas están la pericarditis, la insuficiencia cardiaca, la insuficiencia valvular... No obstante en la que nos hemos centrado para la realización de este estudio ha sido la enfermedad coronaria, que se caracteriza por la estenosis gradual que se va produciendo en las arterias que irrigan el corazón, resultando en una disminución del aporte de oxígeno que necesita el músculo cardiaco y desencadenando el infarto agudo de miocardio.

Según la OMS (2011) esta patología constituye actualmente una de las principales causas de morbi mortalidad en los países industrializados del mundo occidental, contrastando con lo que sucedía a principios de siglo, en que la principal causa de muerte eran las enfermedades infecto-contagiosas.

España no es una excepción, siendo de especial relevancia la morbilidad que produce, por las secuelas que provoca a nivel cardiaco y que influyen en la calidad de vida de la persona. Tal como refiere Hatchett y Thompson (2006, p.3), “la medicina, a través de medidas farmacológicas y técnicas de revascularización, puede aliviar muchos síntomas, reduciendo la incidencia de la muerte súbita pero, una vez presente, la

enfermedad coronaria aguda limitará la calidad de vida, resultando en una muerte prematura.”

Tiene una incidencia mayor en los hombres que en las mujeres, según un estudio realizado por Hatchett y Thompson (2006, p.21), “los casos de enfermedad coronaria aguda aumentaban con la edad en ambos sexos y ocurrían en mayor número en los hombres en todas las edades.”

También es conocido desde hace siglos la relación existente entre esta patología y el nivel socio-económico; esta relación en cuanto a la enfermedad coronaria, no sólo tiene que ver con condiciones materiales deficitarias, malas condiciones de habitabilidad, alimentación inadecuada, desempleo y pobreza, sino principalmente con los efectos psicosociales de condiciones sociales adversas, como son una mayor exposición a estrés crónico mental y emocional, recurrencia frecuente al consumo exagerado de alcohol, tabaco o drogas... Harvey (citado por Aleixo, 1998, p.35) “(...) describe la influencia de los estados emocionales en la dinámica cardiaca (...), una alteración mental que produzca dolor, excesiva alegría, esperanza o ansiedad, se extiende al corazón y afecta a su frecuencia y ritmo, influyendo en su funcionamiento y/o vigor (...).”

La etiología de la enfermedad coronaria es multifactorial, y la probabilidad de que se desencadene en una persona aumenta proporcionalmente con el número de factores de riesgo que presente la persona. Factores de riesgo como la hipercolesterolemia, hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus, sedentarismo, edad, sexo y antecedentes familiares están asociados al desarrollo de la enfermedad coronaria. Sin embargo son varios los autores que defienden que “el papel desempeñado por los acontecimientos de la vida en la enfermedad coronaria puede exacerbar los factores de riesgo clásicos y desencadenar respuestas emocionales. Estos pueden existir en un terreno psicológico predisponente, descargándose de manera somática y en este caso, el órgano diana es el corazón.”(Aleixo, 1998, p.36).

Friedman y Rosenman (citados por Aleixo, 1998, p.37), sugieren la existencia de un patrón de comportamiento característico de los individuos en riesgo de infarto agudo de miocardio, denominado tipo A, que consiste en “(...) un conjunto característico de acción-emoción que se da en personas que luchan constantemente para alcanzar objetivos mal definidos en el menor tiempo posible, incluso contra circunstancias adversas.”

Este estilo comportamental se caracteriza por: espíritu de competición exagerado; elevado grado de implicación emocional en la vida profesional; esfuerzo constante para el control de las situaciones; reactividad ante situaciones sentidas como amenazadoras; necesidad exacerbada de reconocimiento social; sentimiento constante de urgencia en el tiempo y hostilidad y rabia contenida.

Este tipo de comportamiento lleva a la interpretación de los acontecimientos de la vida, de una forma más estresante, lo que al mismo tiempo va a exacerbar los factores de riesgo clásicos y desencadenar respuestas emocionales que pueden afectar al corazón.

El infarto agudo de miocardio constituye así una verdadera crisis individual, familiar y social en la vida de la persona. Según Aleixo (1998, p.37), "(...) es una enfermedad de inicio súbito e inesperado, que afecta a un órgano vital, con un alto valor simbólico, poniendo en riesgo la vida del individuo, introduciéndolo sin cualquier preparación en un ambiente hospitalario aséptico, tecnocrático, impersonal y amenazador."

La enfermedad coronaria es para la persona, frecuentemente la primera experiencia de seria amenaza a su salud y puede ser la primera experiencia en el hospital. Esta secuencia, hace que se desencadene un acontecimiento particularmente angustioso, con implicación a nivel, no sólo biológico, sino psicológico y social, llevando a una reestructuración del proyecto de vida que tenía hasta el momento. Según Ulman (citado por Cruz, 1999, p.36), "la enfermedad, representa pérdida de control sobre el propio cuerpo y con frecuencia, una pérdida de control sobre el propio mundo." La presentación "clásica" del infarto agudo de miocardio, es la de una persona de edad media, con responsabilidad profesional, social y familiar, hecho que hace que este acontecimiento sea todavía más angustiante y desestabilizador.

Ante todos estos cambios e incertidumbres, se desencadenan sentimientos de tristeza, irritabilidad, miedo, desilusión... Aunque depende del modo con que cada persona lidia individualmente con su situación, "la ansiedad constituye el principal problema en los primeros días del ingreso." (Aleixo, 1998, p.37). Siguiendo con la misma autora, "(...) la ansiedad en la fase aguda o inicial del infarto agudo de miocardio es real y aparece bajo la forma de recelo o preocupación con la medicación, pruebas complementarias de diagnóstico, con el futuro, etc. (...)" (Aleixo, 1998, p.37).

No obstante, en la mayor parte de las situaciones, esta ansiedad tiende a disminuir progresivamente con el paso del tiempo, pero en algunos casos puede persistir dificultando o agravando la recuperación. Fair y Froelicher (citados por Cainé, 2005,

p.887) dicen que “Durante la recuperación de un infarto agudo de miocardio, altos niveles de ansiedad se asociaron al aumento de complicaciones hospitalarias, incluso isquemia aguda, arritmias, reincidencia de infarto y muerte cardiaca.”

Cassem y Hacket (citados por Cainé, 2005, p.38) refieren que hay cuatro etapas por las que pasa una persona cuando sufre un infarto agudo de miocardio: “(...) **ansiedad elevada** al ingreso en el Hospital no sólo por los síntomas clínicos sentidos, sino también, por el ambiente hostil y asustador de la unidad de cuidados intensivos. (...) **movilización de la negación** en la cual la persona tiene dificultad en creerse que realmente sufrió un infarto agudo de miocardio. (...) **ansiedad diaria** persistente (...). Se vuelve difícil y poco colaboradora en la adhesión al plano terapéutico. (...) **depresión** después de ser consciente de su situación.”

En este contexto, la persona con enfermedad coronaria pasa por varios estados psicológicos a lo largo de su ingreso, caracterizados por una mezcla de sentimientos y reacciones emocionales. “(...) en el contexto del infarto agudo de miocardio, en particular cuando ocurre por primera vez, las personas viven un clima de miedo e incertezas derivadas de la transición a la nueva condición de salud. (...) Es un tiempo de “caos interno” donde se amontonan emociones y sentimientos, tristeza, rabia, agitación, ansiedad y depresión. Esta inestabilidad emocional puede dejar exhausta tanto física como psíquica a la persona.” (Lane, citado por Cainé, 2005, p.38).

La toma de conciencia y la percepción de los cambios provocados por el infarto agudo de miocardio, llevan a determinados estados psicológicos, que pueden producir la incapacidad individual para adherirse a un plano terapéutico, la dificultad en comprender la información transmitida, o la disminución de la motivación para comprender o colaborar en el diagnóstico y tratamiento a nivel coronario.

1.7.- La realización del cateterismo cardiaco

Fue en la década de los 30, cuando se describió por primera vez la técnica del cateterismo cardiaco. Con el rápido desarrollo tecnológico, el cateterismo cardiaco, se ha transformado actualmente en uno de los métodos más valiosos en el abordaje diagnóstico del paciente cardiaco. Permite cuantificar la gravedad de la enfermedad presente, determina si la persona tiene indicación quirúrgica y valora los efectos y/o tratamiento médico y quirúrgico de la enfermedad cardiaca. Consiste en una prueba diagnóstica invasiva que se realiza cuando la historia clínica, el examen físico y las pruebas no invasivas (electrocardiograma, ecocardiograma...), no aportan información

suficiente que permita emitir un diagnóstico y establecer un tratamiento adecuado a la enfermedad cardiaca presente.

Este procedimiento consiste en la introducción de un catéter en una arteria (femoral o humeral), y este es conducido hasta las cavidades del corazón. Permite la obtención de información detallada de los vasos sanguíneos principales (aorta y arteria pulmonar), de las cavidades, válvulas cardiacas y arterias coronarias.

Junto con el momento del ingreso hospitalario de la persona en el servicio de cardiología, otro de los momentos en los que ésta experimenta ansiedad y miedo, es el periodo que antecede a la realización del cateterismo cardiaco. Según Hatchett y Thompson (2006, p.150), "(...) pueden existir altos niveles de ansiedad entre los pacientes, antes de cualquier procedimiento, en especial cuando son de naturaleza invasiva. Parte de esta ansiedad o aprehensión, puede tener su origen en el miedo a lo desconocido."

Graciano y Bianchi (2004, p.169), en un estudio efectuado sobre el nivel de ansiedad del paciente sometido a coronografía, refieren que "(...) son varias las expectativas, sentimientos y emociones que rodean al acto de "esperar" por algún acontecimiento o por alguien. En situaciones de hospitalización, tratamientos médicos y pruebas diagnósticas, el periodo de espera puede hacerse angustioso, pudiendo llevarnos al estrés o a la ansiedad."

La falta de preparación de la persona a la hora de realizar pruebas invasivas, como es el caso del cateterismo cardiaco, contribuye en gran medida para elevar el nivel de ansiedad; Fontaine y Étienne (1998, p.93) afirman que "(...) la disparidad entre las expectativas y los miedos del paciente, por un lado, y la realidad de los hechos, por otro, intervienen en gran medida en este fenómeno de auto control; la información al paciente desempeña aquí un papel muy importante."

Fontaine et al (1998, p.94) refieren que "(...) la identificación previa del nivel de ansiedad y de la capacidad de adaptación individual determinará si la información será provechosa o no." Por ello es importante considerar el nivel de información que se debe dar, a través de la percepción que el personal sanitario haga del paciente durante la entrevista con la persona al ingreso, utilizando preguntas abiertas que orienten hacia las necesidades y sentimientos reales de la misma. Melo (2005, p.66/67) dice, "son muchas las ventajas de facilitar información adecuada a las necesidades de cada paciente, (...). Entre ellas destacan (...) mayor satisfacción del paciente; mejor cooperación en el tratamiento; reducción de la ansiedad y la

perturbación; recuperación más rápida de la cirugía y periodos de estancia más cortos en el hospital.”

Otro aspecto que algunos autores refieren, está relacionado con el “timing” de la información o preparación de la persona que va a ser sometida a cateterismo cardiaco; Hatchett y Thompson (2005, p.150) refieren que “(...) la información se da a los pacientes por el equipo multidisciplinar, muchas veces en el mismo día del procedimiento. No obstante, Wilson-Barnett (1980) sugiere que ésta puede no ser la mejor altura, ya que los pacientes pueden estar demasiado confusos para recibir y retener información de manera adecuada.” Dowling y O’Keefe (citados por Hatchett y Thompson, 2005, p.150) “observan que cuando se daban folletos a los pacientes unos pocos días antes de la cateterización cardiaca, la mayoría refería sentirse más informada y más relajada después de leer la literatura.”

En lo que respecta a la información por escrito, puede revelarse insuficiente, teniendo que ser complementada; Dowling y O’Keefe (citados por Hatchett y Thompson, 2005, p.150), “(...) descubrieron un aspecto muy importante, en relación a que los folletos no podían ser considerados la única fuente de información y los médicos y enfermeros tendrían que ser fuentes vitales de información para los pacientes y familiares.”

1.8.- Objetivos

General: Conocer los sentimientos/emociones de la persona sometida a cateterismo cardiaco.

Específicos: Identificar los sentimientos y emociones vividos por la persona sometida a cateterismo cardiaco. Identificar los factores que desencadenan o condicionan la aparición de esos sentimientos y emociones. Analizar los factores que desencadenan o condicionan la aparición de esos sentimientos y emociones.

2.- Metodología de investigación

2.1.- Tipo de estudio

El paradigma que más se adecúa para dar respuesta a la problemática planteada, es el método cualitativo. Esta metodología es coherente con los objetivos del estudio, remite hacia el conocimiento de una realidad dada (sentimientos y emociones de la persona sometida a cateterismo cardiaco), en un determinado contexto (ingresada en el Servicio de cardiología, bajo sospecha de enfermedad coronaria).

En cuanto al tipo de estudio, se considera que es un estudio fenomenológico/descriptivo.

Según Palacios y Corral (2010) el profesional de enfermería tiene que basar su cuidado en entender lo que la gente siente o piensa cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana. La fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia.

En cuanto al método fenomenológico descrito por Van Manen (2006), nos decantaremos por su vertiente empírica bajo la que se orienta hacia la recogida de material experiencial o de la experiencia vivida por la persona, en ésta el interés desarrollado por el investigador es más claramente descriptivo.

Este abordaje implica un proceso complejo, en que se “(...) observa, describe, interpreta y aprecia el medio y el fenómeno tal como se presentan sin intentar controlarlos (...)” (Fortin, 1999, p.22), esto quiere decir, que la investigación “(...) está más orientada hacia el proceso que hacia el resultado: su finalidad es comprender, más que dominar.”

2.2.- Participantes del estudio

Teniendo en cuenta que no todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de participar en el estudio y que la muestra puede no ser representativa, el método de muestreo que se utilizó fue el método no probabilístico, e intencionado. Según Streubert y Carpenter (1999, p.66), “la muestra intencionada, es la más frecuentemente utilizada en la investigación fenomenológica. Este método para seleccionar individuos que participen en un estudio se basa en el conocimiento específico de un fenómeno (...)”. Morse (1991, citado por Fortin, 1999, p.156), dice, “(...) en la investigación cualitativa es más adecuado tener una muestra no probabilística (...)”, ya que “considerando la importancia que los métodos cualitativos atribuyen al conocimiento y experiencia de las personas seleccionadas para el estudio, es preferible preguntarse en qué medida estas personas son susceptibles de aportar datos válidos y completos (...)” (Fortin, 1999, p.156).

Así se establecieron algunos criterios, para proceder a la selección de la muestra del estudio:

- Personas que ya hayan realizado más de un cateterismo cardiaco

- Personas a las que se les realizó el cateterismo cardiaco hace poco tiempo (menos de 6 meses).
- Personas con edad media comprendida entre 40 y 65 años de edad.
- Personas que quieran participar en el estudio.

En relación a los dos primeros criterios, se justifican por la posibilidad de acceder a un contenido rico en información procedente de los testimonio de las personas que al haber tenido más de un episodio de la misma índole les confiere mayor experiencia en el campo, y al haber sufrido episodios cercanos, éstos recordarán más fácilmente por las situaciones por la que pasaron, al estar más próximas en el tiempo. En relación a los otros criterios, Roper et al (2001, p.98) consideran que existen "(...) tres fases en la edad adulta: La de joven adulto, la edad media y la edad adulta tardía", así se tuvo en cuenta el hecho de que la presentación clásica del infarto agudo de miocardio es entre personas de edad media y edad adulta tardía. Y en cuanto a la voluntad de participar en el estudio, se prefirió elegir a personas preferiblemente activas tanto en el plano laboral, familiar y social, ya que por lo general estas son personas orientadas en el espacio y en el tiempo, con un discurso fluido y fácil de entender. Sobre este aspecto Fortin (1999, p.156) dice que en los estudios cualitativos es "(...) importante que las personas seleccionadas sean capaces de dar testimonio sobre su experiencia o de describir lo que le interesa al investigador, lo que supone una motivación para participar (...)".

La muestra está constituida por 6 participantes, sometidos a cateterismo cardiaco, y que habían estado ingresados en el Servicio de Cardiología de una institución de Salud de la provincia de León.

En cuanto al lugar seleccionado para efectuar el estudio, se optó por este Servicio, ya que en él son ingresadas personas que eventualmente serán sometidas a cateterismo cardiaco, así como por el conocimiento que el investigador tiene en este campo al trabajar en dicho Servicio.

2.3.- Instrumento de recogida de datos

Se eligió como técnica de recogida de datos, la entrevista semi-estructurada.

La entrevista en una investigación cualitativa, permite acceder a los datos, en el lenguaje propio de los que participan, colocando al investigador próximo a las vivencias de los participantes (Ghiglione y Matalon, 2001).

Con el fin de poder analizar los datos recogidos con la mayor precisión posible, se registró las entrevistas con el uso de una grabadora, ya que esto evita la subjetividad de la transcripción y posibilita la retención de la totalidad de la información (Gil, 1994).

2.4.- Elaboración y testado de las preguntas

La primera etapa consistió en la composición del guión para la entrevista. Definido el tema e identificadas las personas que iban a ser entrevistadas, se delimitaron los objetivos en función de los objetivos del estudio, y así se seleccionaron dos bloques temáticos (factores que influyen en los sentimientos y emociones y la identificación de los mismos).

Antes de hacer la entrevista a los participantes finales del estudio, se testó el guión elaborado para ver cómo reaccionaban las personas al mismo y poder efectuar eventuales modificaciones. Para ello pedimos la respectiva autorización a un paciente que había sido sometido a cateterismo cardiaco y cumplía los criterios de selección de la muestra y a la vez mostraba interés en colaborar en el estudio sometiéndolo al pre-test de la entrevista.

Después de la lectura de la entrevista de testado, se verificó que existían discrepancias entre las respuestas y los objetivos de nuestro estudio, por lo que se introdujeron nuevos indicadores que facilitasen el análisis de las respuestas llegando así al esquema definitivo de la entrevista (Anexo I).

2.5.- Aplicación del instrumento de recogida de datos

Las entrevistas fueron planificadas según la disponibilidad de los participantes del estudio durante los meses de marzo/abril de 2015. Fueron realizadas en los domicilios de los participantes en el estudio, estando únicamente presentes los intervinientes, y con una duración media de 45 minutos.

Explicados los objetivos de la entrevista, solicitamos a los participantes en el estudio la autorización para grabar la entrevista, lo cual fue aceptado por todos.

2.6.- Consideraciones éticas

En el mes de enero se pidió autorización al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de León, ya que el Hospital de El Bierzo no cuenta con CEIC propio y se encuentra bajo la tutela del CEIC de León (Anexo II). Los integrantes de este estudio decidieron libremente participar en la investigación. Fueron invitados a participar e informados acerca de los aspectos referidos anteriormente.

Fue pedida autorización para grabar las entrevistas, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos de los participantes durante y después del estudio, no permitiendo el acceso a los datos totales del estudio para que la identidad y el derecho al anonimato de los participantes no fueran violados (Anexo III).

Durante el desarrollo de las entrevistas se dio libertad a las personas para decidir sobre la extensión de la información que darían, garantizando a través de esta fórmula el derecho a la intimidad.

2.7.- Organización y tratamiento de los datos

Después de realizar las entrevistas, se procedió a su transcripción en su integridad, respetando las informaciones aportadas por los entrevistados, para poder extraer su contenido y analizarlo (Anexo IV).

Los registros de las entrevistas fueron leídos varias veces y en diferentes momentos, para comprobar si se llegaba a las mismas conclusiones en cada una de ellas, haciendo una lectura fluctuante.

Se estableció que la totalidad de las respuestas dadas por los entrevistados constituirían el *corpus* de análisis.

En una primera etapa, se procedió a la identificación de expresiones significativas, que no son más que partes del texto que caracterizan hechos relacionados con la problemática estudiada; esta etapa corresponde con la fase de Categorización de los datos, que según Bardin (1996, p.18) "(...) es un proceso de tipo estructuralista y se divide en dos etapas: El inventario – aislar los elementos; la clasificación – repartir los elementos y, por tanto, buscar o imponer una organización de los mensajes extraídos".

Parafraseando a Bogdan y Biklen (1994, p.234), "(...) si el código (o categoría) está constituido por mucha información se puede dividir, para manipularse más fácilmente, estableciendo sub-códigos (o subcategorías) que lleven el análisis más lejos".

Según Bala (1986, p.111), "la elaboración de una sistema de categorías se puede hacer a priori o a posteriori, o mediante la combinación de estos dos procesos".

En este estudio se optó por la elaboración de un sistema de categorías a priori; Bardin (1996, p.119), afirma sobre este método que "se establece un sistema de categorías y estas se clasifican de la mejor manera posible, a medida que se van identificando. Este es un procedimiento (...) aplicable en el caso de organizar los datos obtenidos cuando éstos se correlacionan con los fundamentos teóricos hipotéticos establecidos."

En este estudio, haciendo referencia a lo anteriormente expuesto, el sistema de categorización se hizo atendiendo al encuadramiento teórico en lo que respecta a la clasificación de Choza (2003) hizo de los sentimientos y de la emociones.

Después de esta etapa se procedió a la codificación de los datos que, según Bardin (1996), consiste en una transformación de los datos del texto que permitan la representación de las características de su contenido, a través del recorte (selección de unidades), clasificación y agrupación (selección de categorías), las cuales permiten una descripción exacta de las características concretas del contenido. Atendiendo a esto se elaboró la tabla de análisis de las entrevistas (Anexo V).

El programa informático Welf-QDA de Análisis Cualitativo de Datos puede también ser utilizado para el tratamiento de los datos recogidos, siendo de gran ayuda y facilitando dicha tarea, puede verse ejemplificado en el Anexo VI.

3.- Resultados y discusión

Teniendo en cuenta la pregunta de investigación y el material recogido en las entrevistas, y con la intención de obtener resultados y direccionando el enfoque hacia la visión que los participantes tenían en relación a la situación a estudio, se atribuyeron dos temas, cinco categorías y veinte subcategorías, procediendo seguidamente a la elaboración de la tabla de sistema de categorías (Tabla 1), teniendo en cuenta los principios defendidos por Bardin (1995): exclusión mutua; pertinencia de categoría; objetividad; fidelidad y productividad.

Tabla 1- Tabla de Análisis: Temas, Categorías y Subcategorías

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A Factores que influyen en los sentimientos y emociones	A I Situación Bio-Psico-Social	A I 1 - Datos Socio-Demográficos
		A I 2 - Experiencias anteriores
		A I 3 - Patrones de vida alterados
	A II Conocimientos acerca del procedimiento	A II 1 - Posibles conocimientos anteriores
		A II 2 - Información transmitida por los profesionales
		A II 3 - Interacción con otras personas
		A II 4 - Tiempo de espera entre la información y emisión del diagnóstico
B Identificación de los sentimientos y emociones	B I Afectividad corporal	B I 1 - Frío
		B I 2 - Dolor
		B I 3 - Temblor
	B II Afectividad Psíquica	B II 1 - Miedo
		B II 2 - Ansiedad
		B II 3 - Impotencia
		B II 4 - Nerviosismo
		B II 5 - Esperanza

B Identificación de los sentimientos y emociones	B II Afectividad Psíquica	B II 6- Sufrimiento
		B II 7- Recelo
		B II 8- Angustia
		B II 9- Tristeza
	B III Afectividad espiritual	Sentimientos Transcendentes

3.1.- Factores que influyen en los sentimientos y emociones

A través de este trabajo, se persiguió identificar algunos factores (Tabla 2) que pueden, de algún modo, influir en los sentimientos, siendo estos mismos responsables por la forma en que cada persona puede sentir de formas diferentes idénticas situaciones. En este caso diferentes formas de sentir en personas sujetas a la misma prueba diagnóstica.

Tabla 2- Factores que influyen en los sentimientos y emociones: Categorías y Subcategorías

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A Factores que influyen los sentimientos y emociones	A I Situación Bio-Psico-Social	A I 1- Datos Socio-Demográficos
		A I 2- Experiencias anteriores
		A I 3- Patrones de vida alterados
	A II Conocimientos acerca del procedimiento	A II 1- Posibles conocimientos anteriores
		A II 2- Información transmitida por los profesionales
		A II 3- Interacción con otras personas
		A II 4- Tiempo de espera entre la información y emisión del diagnóstico

La estructura fisiológica humana es común para todas las personas, y eso garantiza la forma básica de los sentimientos; el carácter biopsicosocial es lo que condiciona los sentimientos. Las diferentes formas de sentir son producidas por fenómenos fisiológicos comunes, afectados por diferentes factores (Solomon, 2000).

Los sentimientos son reacciones normales de nuestro cuerpo y surgen sin pedir permiso. Son momentáneos y cambian con el paso del tiempo, pero cada persona tiene una manera diferente de sentir en situaciones idénticas, según sea su forma de pensar, según su formación y dependiendo de sus experiencias de vida (Chodorow, 2003).

A I- Situación Bio-Psico-Social

La situación Bio-Psico-Social es, probablemente, uno de los factores que condicionan los sentimientos. Estos son distintos y se configuran de manera distinta

según cada grupo social; no están configurados de la misma manera los sentimientos del hombre, de la mujer y del niño, y al mismo tiempo, entre los propios hombres también hay diferencias.

Según refiere Heller (1999), la expresión de los sentimientos varía considerablemente según la sociedad, nación, y estrato social.

Este factor se manifiesta al leer atentamente las entrevistas. La persona en cuestión, cuando se enfrenta a la realización de un cateterismo cardiaco, expresa diferentes sentimientos. La idea general que transmite, es la de una forma diferente de sentir el acto en sí y consecuentemente de expresar los sentimientos.

De la misma manera las **Experiencias anteriores**, pueden influir en los sentimientos.

Ya se mencionó con anterioridad que la hospitalización es responsable del distanciamiento de la persona de lo cotidiano, hacía un ambiente en principio desconocido.

Esto puede constituir una experiencia desagradable, por estar rodeada de condicionamientos negativos, como son el distanciamiento del entorno familiar, de los seres queridos, e incluso significar cierto grado de dependencia. Esta experiencia puede afectar de forma negativa, llevando a la persona a experimentar sentimientos como son el miedo o la carencia.

Manzoli (1996, p.27) afirma que “la hospitalización es uno de los eventos de la vida moderna que implica una profunda adaptación del hombre a los cambios que suceden en su día a día. Este reajuste se puede dar más fácilmente en ciertas personas; en otras, sin embargo, se presenta de forma difícil, exige más tiempo, gran esfuerzo y asistencia intensa.”

Por otro lado, y por lo que se extrajo de las entrevistas, el hecho de haber tenido ingresos anteriores, termina por facilitar la vivencia, y la forma como se siente:

-(...) Ahora no, ahora estuve perfectamente bien, no tuve así gran dificultad porque sabes, también las personas... ya las conocía, ya conocía a las personas, conocía a los médicos, conocía mucha gente del servicio, ellos propios me reconocían (...)" (E3, L96/99)

-(...) ya había mucha gente que se acordaba de mi hace cuatro años, entiendes... bueno, para mí eso me dejó también bastante tranquilo, cuando se va por primera vez, juro que se va con un poco de miedo (...)" (E3, L107/110)

La situación de enfermedad cardiaca termina por **Alterar los Patrones de Vida**. Las personas, en su día a día se sienten protegidas y seguras, porque se encuentran inmersas en una realidad conocida, que puede incluso ni ser la más favorable,

-(...) Marce, fue andar en posición de echado, es un... es un... es un trauma de la leche andar por el pasillo del Hospital y ver desde esa posición... no quieras saber lo que es... fue para mí un trauma (...)" (E3, L14/16)

pero enfrentan las situaciones de una forma diferente a lo que lo harían si estuviesen fuera de su "territorio", que habitualmente conocen bien. Estos factores también influyen en las diferentes maneras de sentir.

La aparición de problemas cardiacos, generalmente surge de manera súbita e inesperada, desencadenando sufrimiento emocional relacionado con una mezcla de varios sentimientos tales como: miedo a la muerte, a lo desconocido, a la soledad como también, depresión y angustia. Ya el conocido escritor Howard Lovecraft decía a este respecto que la emoción más antigua e intensa de la humanidad es el miedo, y el más antiguo e intenso de los miedos es el miedo a lo desconocido.

A estos sentimientos se asocia el súbito y brusco cambio en lo cotidiano de la persona.

-(...) nosotros vemos a las personas en una posición o en otra, y es completamente diferente, y quien está echado, ve las cosas completamente diferentes de quien está de pie (...)" (E3, L24/26)

-(...) al estar en aquella posición echado no reaccionas de la misma manera (...)" (E3, L138/139)

El paciente cardiaco, frecuentemente es una persona activa, tanto a nivel profesional, económico, social y familiar. Sentimientos como estos pueden comprometer el cuadro y recuperación de la persona enferma y hasta agravar su estado de salud y su pronóstico.

AII – Conocimientos acerca del Procedimiento

Al mismo tiempo las experiencias anteriores, o los **Posibles Conocimientos Anteriores** en relación al cateterismo también van a condicionar la manera de sentir de la persona.

Una persona que ya tenga conocimientos anteriores, ya sea porque alguien se lo haya explicado, incluso en conversaciones informales con amigos, va a vivir todo este

proceso de una manera diferente de quien va por primera vez. Por ejemplo, una persona que ya haya sido sometida a un cateterismo con anterioridad va a intentar reprimir o evitar ciertas situaciones que le generen sentimientos “menos agradables” durante el trascurso del procedimiento.

Respecto a esto, existe una autora que afirma lo siguiente: “El sentimiento no sólo escoge lo que es “importante para nosotros” en la percepción, tiene también un segundo sistema de selección. De entre las vivencias almacenadas a corto plazo en la memoria “repele” las que son insignificantes (aquellas en las que no estamos implicados) y transfiere para la memoria a largo plazo, aquellas en las cuales estamos implicados...” (Heller, 2005, p.124).

Ese mecanismo selectivo es lo que juega un papel determinante: ciertos datos son olvidados rápidamente, en cuanto otros son almacenados. Esta es una de las funciones homeostáticas del sentimiento: ser capaz de olvidar es tan importante como recordar. La función de selección puede ser espontánea, pero también puede ser consciente (Heller, 1999).

-“(...) No ya había oído hablar, ya había oído hablar. Bueno de una forma general, no pormenorizadamente (...)” (E1, L34/36)

-“(...) antes de que el médico se lo hubiese explicado, no sabía muy bien en lo que consistía la prueba?” –“No, era algo desconocido para mi (...)” (E2, L56/59)

-“(...) ellos me dijeron que iban a hacerme una limpieza y ponerme allí no sé que cosa (...)” (E2, L111/112)

-“(...) Como estaba diciendo, bueno, hice tres, y cualquiera de ellos fue totalmente diferente (...)” (E3, L3/4)

-“(...) para ellos no es... no es propiamente aquella operación de corte, de bisturí, de abrir, pero es otra cosa que... “bueno, si es una arteria que no funciona (...)” (E3, L111/113)

-“(...) Yo como ya había hecho otro (...)” (E3, L174)-“(...) ya lo había pasado una vez y ya sabía más o menos como era, de lo malo, lo mejor, exactamente (...)” (E3, L210/212)

El conocimiento previo (comunicación de la experiencia social) juega un papel muy importante en los sentimientos. Los sentimientos son provocados por un estímulo

presente. Los sentimientos pueden ser generados no sólo por un objeto o situación conocida, sino también por un objeto o situación desconocida, ya que somos incapaces de situarlos cognoscitivamente, porque somos incapaces de identificarlos (Heller, 1999).

La mayoría de las personas ingresadas deposita, en el equipo de salud, toda su confianza y esperanza para recuperarse. El equipo de salud tiene una gran influencia sobre el paciente, no pudiendo nunca ser dejada de lado la **Información Transmitida por los Profesionales.**

La identificación de las necesidades de las personas y familia después de un infarto agudo de miocardio es una etapa importante para posteriormente desarrollar intervenciones adecuadas a las mismas, de las cuales se destaca el tipo de información que puede ser facilitada.

“La eficacia de la información preparatoria en la reducción de la ansiedad de los pacientes que son sometidos a cateterismo cardiaco es apoyada por varios estudios. Esa intervención capacita a los pacientes para conocer el procedimiento en vez de ponerlos sobre aviso en términos amenazadores o realistas.” (Redman, 1996, p.52).

Así, las actuaciones del equipo de salud, deben dirigirse a cada persona, teniendo en cuenta inicialmente, el abordaje del significado que la realización del cateterismo cardiaco tiene para el paciente (sentimientos, expectativas), así como, cuales son los conocimientos que tiene sobre la misma. Por desconocer el significado que el cateterismo cardiaco tiene para la persona, el enfermero planea e implementa acciones, que muchas veces, no alcanzan lo que sería deseable. Esas acciones terminan por dirigirse más hacia el aspecto técnico de la prueba más que hacia la persona como un todo.

Waitzkin y Stoekle (citados en Fontaine et al, 1998, p.26) afirman que “la información de los pacientes puede influir en la calidad de los cuidados y la eficacia de los tratamientos. Los efectos positivos son, por ejemplo, la adhesión de los pacientes a las prescripciones, la prevención de las complicaciones y de las recaídas”. Esto está patente en los fragmentos de la entrevista que se siguen:

*-“(...) me dijeron que esto sería como un pasaporte hacía una vida nueva (...)”
(E1, L79/80)*

*-“(...) eso ayuda a la persona, pone a la persona más relajada (...)” (E3,
L317/318)*

-“(...) no sé si facilita o complica, el hecho de tener noción sobre alguna cosa puede ayudar en la comprensión y en la percepción de todo el desarrollo de un acto médico, pero después en el resultado final, y en la capacidad de resolución, no sé si facilita (...)” (E3, L377/381)

-“(...) creo que fue el cardiólogo el que me informó sobre la prueba que tenía que hacer (...)” (E4, L60/62)

-“(...) me dijeron poca cosa, sólo que tenía una vena obstruida y tenía que someterme a un cateterismo cardiaco (...)” (E5, L78/80)

Hay autores que destacan la importancia del papel de los enfermeros en relación a la persona con enfermedad coronaria, teniendo en cuenta sus acciones autónomas. Algunos afirman que “durante la recuperación de eventos coronarios, las enfermeras tienen muchas oportunidades para facilitar y aportar intervenciones psicosociales (...), es importante evaluar las fuentes de soporte social que puedan tener, así como la presencia de altos niveles emocionales negativos, incluyendo ansiedad, depresión y rabia.” (Fair y Froelicher, citados por Woods et al, 2005, p.53).

Muchas, personas que reciben mucha información, no están preparadas para ello, y se desencadenan intercorrientes a nivel emocional; “(...) la detección previa del nivel de ansiedad y de los estilos adaptativos individuales determinará si la información puede ser provechosa o no.” (Fontaine et al 1998, p.53).

Por eso es importante cuantificar el nivel de información que se dará, a través de lo que se dilucida durante el diálogo con la persona, utilizando preguntas abiertas que direccionen hacia las necesidades y sentimientos reales de la misma:

-“(...) me hizo una entrevista una enfermera, que pregunta... hace la historia, la anamnesis, hace toda la historia, la medicación que tomas y quién es que te envía y eso todo, bueno, y después, la persona termina relajándose un poco más (...)” (E3, L50/54)

Hay autores que afirman que “son muchas las ventajas de aportar información adecuada a las necesidades de cada paciente en especial las referidas a las especificidades de sus características disposicionales. Entre ellas se destaca (...): mayor satisfacción del paciente; mejor adhesión al tratamiento; disminución de la ansiedad y de la perturbación; recuperación más rápida (...)” (Melo, 2005, p.53/54).

Pero analizando las respuestas de las entrevistas, se vio que la opinión de la persona a la que se preguntaba, no siempre estaba de acuerdo con lo que se defiende:

-“(...) estaba con más ansiedad a pesar de saber qué es lo que tenía, o qué era lo que me iban a hacer (...)” (E3, L117/119)

-“(...) la gran mayoría de las personas prefieren saber lo que tienen y lo que les va a hacer, eso me parece que es una cosa que está más que probada, ahora no toda la gente reacciona de la misma forma (...)” (E3, L395/398)

Debemos de igual manera, como profesionales procurar que la información sea lo más aproximada a la realidad de manera que se puedan evitar respuestas como la que se transcribe a continuación:

-“(...) esto dicen que es una cosa simple pero sólo lo sabe quien está allí echado (...)” (E3, L56/58)

La **interacción con otras personas** constituye una forma de enseñanza interpersonal, a veces bastante eficaz. Según estudios efectuados por Kulik y Mahler, (citado por Redman, 1996, p.48), “(...) los pacientes que tenían un compañero de habitación que ya habían sido sometidos a cirugía antes de su propia operación estaban menos ansiosos en la fase pre-operatoria, eran más independientes en el post-operatorio y eran dados de alta 1,4 días antes de que pacientes con compañeros de habitación que nunca habían sido sometidos a cirugía”.

Este modo de enseñanza puede organizarse de manera informal por la coincidencia en el espacio y tiempo ocasional de personas en la misma situación, o de modo formal a través de grupos organizados.

-“(...) estaban allí dos señoras y un señor, pero no sé lo que pasó con ellos (...)” (E1, L200/201)

-“(...) a veces unos hablamos con los otros, hay personas que han hecho esos tratamientos para limpiar las venas y entonces más o menos comencé a pensar en ello (...)” (E2, L100/103)

-“(...) nunca llaman a una persona sola normalmente, llaman a tres o cuatro personas, la gente se sienta y habla, hablan los unos con los otros (...)” (E3, L331/333)

-“(...) había oído hablar por ingreso de otras personas (...)” (E6, L35/36)

En este contexto, se puede ver que las actitudes en relación al cateterismo son influidas por otras experiencias, también relacionadas con esta prueba, y que de un

modo general llevan al desarrollo de ideas positivas y a la desmitificación del mismo. También hay que aludir que este tipo de aprendizaje se concreta de forma mayoritariamente informal, lo que puede ser perjudicial, pues como refiere Redman (1996, p.48), "(...) la desventaja de este contexto es que la información equivocada pasa con facilidad". Lo que es apoyado por Woods et al. (2005, p.15/16), cuando dice "los pacientes, a veces, oyen "historias de horror" venidas de amigos o conocidos sobre las experiencias (...) y pueden, por tanto, necesitar de reafirmación (...)".

No obstante, la teoría de la Comparación Social, citada por Redman, (1996, p.48), "predice que las necesidades de evaluación de los individuos en situaciones de stress y poco habituales son mejor satisfechas en comparación con otros en situaciones semejantes". El desarrollo de un programa formal, en relación a la información facilitada por otras personas, vuelve los acontecimientos relacionados con el cateterismo cardiaco menos amenazadores en términos personales, principalmente si la otra persona describe no solo el diagnóstico en sí, sino también las sensaciones asociadas al mismo.

Otro aspecto a tratar, tiene que ver con el **Tiempo de espera entre la información y emisión del diagnóstico**.

"El equipo multidisciplinar de salud da la información a los pacientes, muchas veces en el mismo día en que se emite el diagnóstico. Wilson-Barnett (1980) sugiere que este puede no ser el mejor momento, ya que los pacientes pueden estar demasiado confusos para recibir y retener la información." (Hatchett y Thompson, 2006, p.54).

Dowling y O'keefe (citados por Hatchett y Thompson, 2006, p.150) "observaron que cuando se daba folletos a los pacientes pocos días antes del cateterismo cardiaco, la mayoría afirmaba sentirse más informada y más relajada después de leer la literatura."

Los conocimientos así como la antelación con que la persona es informada sobre el cateterismo juegan un papel fundamental en los sentimientos que se puedan generar: pueden disminuir la ansiedad, ya que esos conocimientos van a conseguir aproximar a la persona un poco más a la realidad desconocida que está viviendo (cateterismo), o pueden incrementarla (Heller, 1999).

Pero, las personas entrevistadas, consideraban que esto puede ser un contrasentido, ya que el hecho de saber anticipadamente lo que se le va a hacer podía generar sentimientos contradictorios:

-“(...) no sé si facilita o complica, el hecho de tener noción sobre alguna cosa puede ayudar en la comprensión y en la percepción de todo el desarrollo de un acto médico, pero después en el resultado final, y en la capacidad de resolución, no sé si facilita (...)” (E3, L377/381)

-“(...) Después yo como paciente “VIP” todavía me hicieron sentir más ansiedad, sabes por qué? Porque quedaba siempre para el último, yo iba al mismo tiempo, y estaba siempre una hora y tal esperando sentado en una butaca (...)” (E3, L158/161)

3.2.- Identificación de los sentimientos y emociones

Choza (2003) clasifica los sentimientos en tres niveles; que corresponden, efectivamente, a las tres categorías que hacen parte de esta temática, y que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 3: Identificación de los Sentimientos y Emociones: Categorías y Subcategorías

TEMAS	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
B Identificación de los sentimientos y emociones	B I Afectividad corporal	B I 1- Frío
		B I 2- Dolor
		B I 3- Temblor
	B II Afectividad Psíquica	B II 1- Miedo
		B II 2- Ansiedad
		B II 3- Impotencia
		B II 4- Nerviosismo
		B II 5- Esperanza
		B II 6- Sufrimiento
		B II 7- Recelo
		B II 8- Angustia
		B II 9- Tristeza
	B III Afectividad espiritual	Sentimientos Transcendentales

BI- Afectividad Corporal

Según Choza (2003), esta categoría corresponde a las sensaciones o sentimientos corporales, teniendo su origen cerca de las estructuras esenciales primarias de la persona: el cuerpo y los sentimientos.

Esta categoría surge en el cuerpo del análisis, siendo reconocida por los entrevistados en la expresión de sentimientos de dolor, frío y temblor, durante la realización del cateterismo. Este tipo de sentimientos es clasificado por Choza, (2003), como Sentimientos Sensibles, correspondiendo las emociones que captamos con los órganos de los sentidos y con los receptores corporales; son sentimientos actuales,

que se manifiestan sólo en el presente y están relacionados con el estímulo que los desencadena, en este caso estímulos relacionados con el procedimiento en sí.

En relación al sentimiento de **Frío**, éste es nombrado en las siguientes unidades de registro:

-“(...) hacía un frío por todos aquellos pasillos, no hay consideración alguna (...)” (E2, L 178/180)

-“(...) al frío que cogí (...)” (E3, L149/150)

-“(...) Era mismo frío (...)” (E3, L152)

-“(...) Después tuvieron que calentarme en el servicio porque yo estaba mismo frío, estaba mismo con frío (...)” (E3, L155/157)

-“(...) Estaba quedándome blanco y lleno de frío y dije (...)” (E4, L203)

Esta sensación/sentimiento aparece frecuentemente durante el cateterismo, cuando la persona es sujeta a este tipo de examen, se coloca en una camilla desnuda y parcialmente cubierta con una sábana (Redman, 1996). Según estudios realizados citados por Redman (1996), en relación a las sensaciones asociadas a la realización del cateterismo cardiaco, el 40% de los pacientes que participaron en estos estudios manifestaron haber sentido frío durante la realización del cateterismo, en una zona específica del cuerpo o de manera general.

Según Choza (2003, p.37), “... para sentir corporalmente, el objeto físico que provoca ese sentimiento tiene que estar presente...”, y en este caso, son muchos los estímulos que pueden inducir al sentimiento de frío, (frío en la región inguinal asociado a la desinfección de la región de punción; frío en la habitación...).

Así mismo el sentimiento de **dolor** sobreviene de un estímulo que lo provoca. En este caso se trata de un dolor inducido, que según Fernandes (2000), tiene una trayectoria diferente de otros tipos de dolor, ya que se inicia en un momento predeterminado, volviéndose previsible. Este sentimiento fue verbalizado en las siguientes unidades de registro, dadas por los entrevistados:

-“(...) pero ahí es cuando se siente, ahí cuando hay bastante obstrucción se siente más (...)” (E3, L72/73)

-“(...) pero ahí es cuando se siente, ahí cuando hay bastante obstrucción se siente más (...)” (E3, L80/81)

-“(...) es mismo así un dolor bastante insoportable (...)” (E3, L83)

-“(...) eran los músculos todos doloridos (...)” (E3, L223)

-“(...) con muchos dolores, dolores generalizados (...)” (E3, L233)

-“(...) lo que me hacía estar más confuso era ese dolor, incluso un hormigueo por las manos (...)” (E5, L 150/151)

-“(...) era un dolor, una cosa insoportable, parecía como los cilindros de un coche que no arrancaban (...)” (E6, L125/127)

Carapinheiro, citada en Fernandes (2000, p.7), dice que: “El hombre (aprende) a reconocer la sensación de dolor y la asocia a un sistema de significados, de sentidos y de valores. Por eso mismo, se puede afirmar que el hombre hace el dolor, lo que permite afirmar, simultáneamente, que el dolor no puede constituir un simple dato biológico, pero puede ser objeto de un proceso de humanización, variable en el espacio y en el tiempo.”

Por este motivo hay que identificar y considerar al dolor, no sólo en el sentido de su alivio, sino haciendo parte de una actuación de enfermería que ha de ser cada vez más humana. En este sentido y según Redman (1996), es también una sensación importante, formando parte de la información sensorial que puede ser dada a la persona que va a hacer un cateterismo, siendo habitual desencadenarse durante el procedimiento, cuando se extrae y se introduce el catéter y se inyecta contraste, descrito como dolor en el pecho, lo que corresponde con lo que fue descrito por los entrevistados.

En relación al **Temblo**r, este está directamente relacionado con la sensación de frío, conforme se observa en las siguientes unidades de registro:

-“(...) me dejó los brazos dormidos y las manos y comencé a temblar (...)” (E1, L150/151)

-“(...) sólo sé que la otra vez después de tres horas temblaba como una vara verde! Después tuvieron que calentarme en el servicio porque yo estaba mismo frío (...)” (E3, L154/157)

BII- Afectividad Psíquica

A esta categoría corresponden lo que consideramos sentimientos propiamente dichos y que consisten fundamentalmente en reacciones psíquicas: ira o miedo, tristeza o alegría, pesar o decepción (Choza, 2003).

Dentro de esta categoría fueron identificados por los sujetos del estudio, varios sentimientos/emociones. El **Miedo** surge como una de las subcategorías, identificada por las siguientes unidades de registro:

-“(...) *La tercera vez me vi peor, parecía que me iba a desmayar, me quedé como tonto, y comencé a sentir mucho miedo (...)*” (E1, L100/102)

-“(...) *se siente miedo, un miedo asustador (...)*” (E2, 98)

-“(...) *cuando se va por primera vez, juro que se va con un poco de miedo (...)*” (E3, L109/110)

-“(...) *hay un miedo, hay mismo miedo (...)*” (E3, L114)

-“(...) *mismo aquel miedo de lo que podrá suceder (...)*” (E3, L124/125)

-“(...) *yo miedo... sí, creo que tuve miedo (...)*” (E3, L54)

-“(...) *cuando comencé a ver la cara de ellos, vi luego, y ahí sí tuve miedo en serio (...)*” (E3, L63/64)

-“(...) *tal vez sintiese más miedo en el primero...miedo de lo desconocido tal vez...del propio acto en sí, si iba a tener dolor, recelo de lo que el procedimiento pudiese revelar (...)*” (E3, L92/94)

-“(...) *miedo es algo que todos sentimos, y quien diga lo contrario miente. Nos podemos hacer una idea de lo que va a pasar pero no lo sabemos a ciencia cierta, si miedo, miedo a lo que pueda pasar (...)*” (E4, L100/103)

-“(...) *claro que se siente miedo (...)*” (E6, L/90)

El miedo es considerado por Slepoy (1998, p.103), como “... una emoción entre las más arcaicas, provocada por la percepción de un peligro. Al contrario que los animales, que reaccionan ante el peligro inmediato y real, el hombre tiene miedo también de simples recuerdos, o pensamientos, o fantasía de una situación peligrosa”, lo que se deduce de las situaciones más arriba referidas es que el miedo aflora principalmente por la anticipación a una situación o acontecimiento. Otras definiciones encuentran semejanzas con la anterior; según el Diccionario de Psicología y

Psiquiatría Longman's (citada por Souza, 2004, p.57), el miedo es definido como: "... una emoción intensa, provocada por una amenaza identificada, engloba una situación de tensión desagradable, un fuerte impulso de huir, y reacciones fisiológicas, como latidos del corazón acelerados, tensión muscular y, en general, movilización del organismo para defenderse o luchar. El miedo no es provocado sólo por un peligro directo, sino también por situaciones y objetos que representan ese peligro."

La misma autora (2004, p.58), nos dice además que "(...) al observar los miedos que se viven hoy, se entiende que ellos hacen alusión principalmente a las cosas que pueden venir a suceder y no tanto a las cosas que están sucediendo en el momento", lo que refuerza las situaciones que fueron relatadas.

El miedo es fundamental para la supervivencia humana y surge normalmente asociado a la ansiedad y a la angustia (Slepoj, 1998), lo que remite hacia la subcategoría siguiente, la **Ansiedad**. Según Fontaine et al (1998, p.159), "La ansiedad forma parte de la vida normal del ser humano y está fuertemente influenciada por las capacidades de adaptación de la persona y por los acontecimientos de la vida. (...). Exactamente por tener que enfrentar amenazas tan graves, se prevé que una ansiedad importante constituye un componente fundamental de su vivencia".

También Grazziano y Bianchi, (2004, p.170), refiere que "la ansiedad primaria es conceptualizada como un fenómeno adaptativo necesario al hombre para hacer frente a las situaciones cotidianas, con duración en intensidad que varían de unos individuos a otros y de acuerdo con las diferentes situaciones", caracterizándose por una serie de manifestaciones físicas como taquicardia, sudoración, hiperventilación, etc., y también psicológicas, evidenciadas por aprehensión, alerta e inquietud.

Algunas de estas características, se manifiestan en las siguientes expresiones de las unidades de registro:

-“(...) en principio es una sensación extraña, que te van a meter algo ahí a dentro, y comienzas a pensar y a ponerte nervioso (...)” (E2, L65/67)

-“(...) sabe que esto está complicado... usted aun va a pasar un mal rato, y nosotros también...” y yo pensé “joder”...y las cosas aumentando... y ahí la ansiedad aumentó (...)” (E3, L66/69)

-“(...) ahora en términos de ansiedad,... sentí mucho eso, sentí eso curiosamente y estaba con más ansiedad a pesar de saber qué es lo que tenía, o qué era lo que me iban a hacer (...)” (E3, L116/119)

-“(...) en términos de ansiedad costó más (...)” (E3, L123/124)

-“(...) el hecho de saber el diagnóstico, aumentó a mi ansiedad (...)” (E3, L127/128)

-“(...) todavía me hicieron sentir más ansiedad (...)” (E3, 158/159)

-“(...) la persona siempre va pensando, imaginando, siempre pensando en lo que pasará, si todo saldrá bien (...)” (E6, L72/73)

De acuerdo con Grazziano y Bianchi, (2004, p.170), “la interpretación de un estímulo interno o externo como amenazador o peligroso desencadenará una reacción emocional que está caracterizada por estado de ansiedad”. Lo que, también es apoyado por Fontaine et al (1998, p.159), cuando dice que “la ansiedad deriva generalmente de la anticipación de una amenaza”. En el caso de este estudio, son varios los estímulos que llevan al sentimiento de ansiedad, antes y durante el cateterismo, lo que es defendido por diferentes autores. Grazziano y Bianchi, (2004, p.169), dicen que “(...) clientes citados para cualquier prueba diagnóstica (...) presentan las mismas inquietudes: ansiedad relacionada a la amenaza de la integridad física y al bienestar, y también implicaciones derivadas del resultado diagnóstico”.

El sentimiento de **Impotencia**, también está integrado en la afectividad psíquica y surge en función de una situación o acontecimiento. Se traduce por incapacidad en reaccionar, y consecuentemente en participar activamente en las intervenciones a que está sujeto. Según Castro (1998, p.151) la impotencia es la “(...) convicción adquirida de que el paciente tiene poco o ningún control sobre su vida. Puede tener origen en lo desconocido o por las situaciones que suceden... se manifiesta en las siguientes unidades de registro:

-“(...) nos sentimos impotentes, con miedo de lo que podrá pasar (...)” (E3, L11/12)

-“(...) vaya no tenía capacidad, mira estoy aquí... estoy aquí echado hagan con migo lo que quieran (...)” (E3, L44/46)

-“(...) todo se junta, a veces uno quiere llorar unas lágrimas, pero a veces no se consigue (...)” (E4, L40/41)

-“(...) miraba para mí y veía a una persona enferma... qué es lo que podría hacer?, no tenía posibilidad de nada (...)” (E5, L51/53)

De acuerdo con Phaneuf (2005, p.185), “el sentimiento de impotencia crea una frustración profunda, una impresión de que le sobrepasa la situación”, lo que se puede ver en las situaciones descritas. También de acuerdo con la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (citado por Fernandes et al, 2006, p.19), el sentimiento de impotencia significa “(...) la falta de control en una situación presente o acontecimiento inmediato, reducción de la capacidad de escoger, incapacidad de actuar por el convencimiento de que sus acciones no van a afectar significativamente a los resultados.”

El sentimiento de **Nerviosismo/tranquilidad**, se ve en las siguientes unidades de registro:

-“(...) comencé a sentir el sudor escurrir por la cabeza abajo (...)” (E1, L72/73)

-“(...) no había nada que me pudiese tranquilizar en esos momentos, no era dueño de mis actos, no me controlaba (...)” (E2, L78/80)

-“(...) y después, la persona termina relajándose un poco más (...)” (E3, L53/54)

-“(...) para mí eso me dejó también bastante tranquilo (...)” (E3, L109)

-“(...) Eso de alguna forma me dejó más descansado (...)” (E3, L210)

-“(...) no fui capaz de portarme bien, no me porté, entiendes (...)” (E3, L414/415)

-“(...) al ser programado parece como que fuera menos grave, y parece como que vas más tranquilo (...)” (E5, L101/103)

-“(...) las palabras que me dijo el médico terminaron por tranquilizarme algo, estaba que no cabía en mí (...)” (E6, L62/64)

“La **Esperanza** no es producto de la voluntad del ser humano, sino de una espontaneidad, cuyas raíces escapan a él, ya que la esperanza no es genuinamente una manifestación del hombre, no se encuentra una razón que la explique, ni una estructura de la vida biológica ni en la vida intelectual”. (Santos, citado por Souza, 2004, p.71).

Esta subcategoría, fue seleccionada por haber sido identificada en diversos discursos, como siendo un factor importante para la aceptación del diagnóstico y, como medio de alcanzar una situación deseada, conforme se verifica en las unidades de registro:

-“(...) de cualquier manera todo lo que me explicaron facilitó la situación y me dio esperanza para continuar adelante con mi vida (...)” (E1, L301/303)

-“(...) es nuestra vida la que está en juego, si nosotros ya estamos sufriendo, queremos cualquier cosa que nos salve (...)” (E3, L141/143)

-“(...) “pero tú vas a pie?” y yo dije, vaya sólo faltaba no tengo ningún problema, pero yo propio estaba con dudas, pero a lo mejor no, puede que sólo vaya hasta aquí... y esto hace con que la persona se sienta con más confianza, y diga así, “al final no estoy muriéndome jolín! (...)” (E3, L325/329)

-“(...) la esperanza es la última cosa que desaparece y la persona eventualmente puede tener la consciencia de que la meta podrá quedar por ahí, pero nosotros no hacemos mucho caso, porque la esperanza es siempre superior a todo eso (...)” (E3, L275/278)

-“(...) eso ayuda a la persona, pone a la persona más relajada, para vivir aquella experiencia que, puede ponernos tensos, pero con eso después comienza a aumentar la esperanza, comienza a aumentar no? (...)” (E3, L317/320)

-“(...) todas las personas tienen esperanza, pero ante una situación tan grave, a veces no sabes qué pensar, creo que todo esto te traspasa (...)” (E5, L202/204)

-“(...) al oír que todo iba según lo esperado, ahí es cuando comencé a tener esperanzas (...)” (E6, L198/199)

Según Gropman (citado por Souza, 2004, p.81) “(...) la esperanza no cura, pero da ánimos para que el ser humano continúe luchando por su mejoría, ya que los que tienen esperanza recuperan más rápido la salud y tiene mayor tasa de supervivencia. Ella da energías para que el cuerpo continúe funcionando, mismo cuando las esperanzas son irrisorias. Nutrir esperanza es reconocer, basándose en la realidad, que mismo con dificultad es posible encontrar un camino que lleve al encuentro de días mejores.”

Por este motivo una de las formas de ayudar a la persona que va a ser sometida a cateterismo cardiaco es fomentar la esperanza, que según Obayuwana (citado por Baptista et al 2004, p.40), “(...) es una estrategia importante para ayudar al paciente a lidiar con los momentos críticos de su vida, porque lo ayuda a redefinir objetivos personales y a crear expectativas futuras”, lo que se puede identificar en lo que fue referenciado por los entrevistados.

Conforme Polak (citado por Souza, 2004, p.71), "(...) la esperanza contribuye no solamente a la recuperación de la salud, sino para alejar los recuerdos del periodo de mayor sufrimiento, que, al ser incorporado, grava sus marcas en el cuerpo". Estos conceptos pueden ayudar a comprender la importancia que constituye el cultivo de ese sentimiento en las personas que están ante una amenaza para su salud, en el sentido de mantener en ellos encendida la llama de la vida.

El **Sufrimiento** hace parte de nuestra vida cotidiana, desde el nacimiento hasta la muerte. Así es natural que sea referido por los entrevistados. La Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera lo define (citado por Fernandes et al, 2006, p.19) como "(...) sentimientos prolongados de gran pena asociados al martirio y a la necesidad de tolerar condiciones devastadoras, por ejemplo síntomas físicos crónicos como el dolor, desasosiego o lesión, estrés psicológico crónico, mala reputación o injusticia." Las siguientes unidades de registro pueden ilustrar las ideas manifestadas por los participantes en el estudio:

-"(...) sufría por toda mi familia, estaba en una situación límite (...)" (E1, L14/15)

-"(...) no saber lo que estaba pasando es lo que me consumía, y sufría por todo ello (...)" (E2, L6/8)

-"(...) y fue realmente en términos de sufrimiento... fue el más difícil (...)" (E3, L5/6)

-"(...) yo no sentí mucho eso ahora, fue más un sufrimiento, un sufrimiento propiamente dicho por el estado clínico (...)" (E3, L114/116)

-"(...) es nuestra vida la que está en juego, si nosotros ya estamos sufriendo, queremos cualquier cosa que nos salve (...)" (E3, L141/143)

-"(...) cuando me llevaban para hacer el cateterismo y salía de la habitación le dije a mi mujer que no sufriera, que todo acabaría bien (...)" (E5, L11/13)

El sufrimiento está muchas veces asociado a un sentimiento de pérdida, y una de las pérdidas más temidas por el paciente es la pérdida de la salud. En este caso pueden manifestarse dos tipos de sufrimiento: el sufrimiento físico y el psicológico. Baptista et al (2004, p.38), dice que, "(...) el sufrimiento físico puede venir del dolor resultante de la patología y/o de las técnicas cruentas frecuentemente realizadas en los pacientes...". En relación al sufrimiento psicológico, los mismos autores (2004, p.38) dicen "(...) que puede surgir de la falta de información que el paciente tiene ya sea

relativa a su situación clínica, o al tipo de tratamientos que le van a ser aplicados...”, los dos tipos de sufrimientos están implícitos en los testimonios dados.

A pesar del sufrimiento ser por definición desagradable para la persona, de este pueden derivarse aspectos positivos, siendo también una oportunidad de crecimiento, tal como refiere McIntyre (citado por Baptista et al, 2004), a través de la desestructuración externa (alteraciones de la rutina, de las relaciones y de las funciones de la persona) y de la desestructuración interna (alteraciones al nivel de percepción que la persona tiene de sí misma, de sus capacidades de enfrentar el problema y del modo como se siente en relación a sí misma). No obstante para que ocurra este crecimiento, la persona tiene que ser capaz de utilizar sus recursos internos y externos, pasando de una posición pasiva a otra activa, teniendo como finalidad lidiar con el sufrimiento resultante de la hospitalización. En este contexto es importante el estímulo de otras personas, entre las cuales se encuentra el enfermero por su actuación interpersonal. Según Watson (citada por Batista et al, 2004, p.39), “este apoyo interpersonal, se reviste de una importancia fundamental, para ayudar a la persona a encontrar significado en su existencia, en la desarmonía y en el sufrimiento, promoviendo el autocontrol, la elección y la autodeterminación en las decisiones de salud/malestar.”

El **Recelo** está asociado al sentimiento de miedo y aparece en las siguientes unidades de registro, manifestadas por los participantes en el estudio:

-“(...) si tuve aquel recelo que toda la gente siente (...)” (E3, L54/55)

-“(...) Yo después ya tenía algún recelo, ahí ya tenía recelo (...)” (E3, L197)

También el sentimiento de **Angustia** forma parte de la afectividad psíquica. Como refiere Slepj, (1998), este estado emocional es análogo al miedo, y puede ser provocado por una amenaza interior. La angustia domina a la consciencia, llevando al Yo a sentirse impotente y a permanecer absorto en el miedo de ser anulado. Este tipo de angustia se considera primaria, aparece en los niños, donde el Yo no se encuentra estructurado de forma a responder adecuadamente a los estímulos que se presentan del exterior hacía el interior. En el adulto, puede aparecer en situaciones de peligro real, o interior, reactivando el miedo, o la capacidad de control. Como está patente, en las expresiones de las entrevistas:

-“(...) estoy aquí... estoy aquí echado hagan conmigo lo que quieran (...)” (E3, L45/46)

-“(...) Aumenta la ansiedad, aumenta aquella angustia, miedo, uno comienza a sentirse así (...)” (E3, L170/171)

-“(...) me angustiaba la idea de quedar tocado para el resto de mi vida (...)” (E4, L55/56)

-“(...) son sentimientos que están presentes aunque no seas pesimista, porque en esta situación, la angustia (...)” (E6, L14/16)

Como refiere Damásio (1995), la esencia de la **tristeza** es la percepción conjugada, estados conjugables negativos y de pensamientos que se yuxtaponen, que llevan a una alteración en el estilo y eficiencia del proceso del pensamiento. Siguiendo el pensamiento del mismo autor (1995), cuando los estados corporales negativos se repiten con frecuencia o son persistentes, aumenta la proporción de pensamientos asociados a las situaciones negativas, el estilo y la eficiencia del raciocinio son afectados.

De acuerdo con Goleman (2006, p.24), “una de las principales funciones de la tristeza es ayudarnos a adaptarnos a una pérdida significativa (...). La tristeza acarrea una rotura de energía y del entusiasmo por las actividades de la vida, sobretodo diversiones y placeres y, a medida que se acentúa y se aproxima de la depresión, ralentiza el metabolismo del cuerpo.” Este sentimiento se encontró en las siguientes unidades de registro:

-“(...) me llenaba una sensación de tristeza que no podía explicarlo (...)” (E1, L58/59)

-“(...) quedé un poco triste de no poder resolver el problema de una sola vez, pero lo comprendí (...)” (E3, L214/216)

-“(...) estaba en un estado tan malo, tan triste, que yo mismo no tenía la capacidad para mantener la calma (...)” (E3, L415/416)

-“(...) de camino hacía la sala de cateterismos me sentía triste, porque no sabía si volvería a ser lo mismo de antes (...)” (E4, L81/83)

-“(...) se te pasan muchas cosas por la cabeza, y te sientes triste porque quizá no puedas arreglar cosas que tienes pendientes (...)” (E5, L232/234)

-“(...) triste, muy triste (...)” (E6, L20)

BIII- Afectividad espiritual

Este nivel de sentimientos hace referencia al centro del alma del hombre, y por eso tiene un marcado carácter espiritual (Choza, 2003).

Según Fernandes et al (2006, p.10), “la espiritualidad es un factor importante en la vida de las personas, especialmente en lo que hace referencia al campo de la salud.” Serrao (2006, p.39), refiere “(...) el bienestar del espíritu puede coexistir con el malestar físico o social, por ejemplo.” Así y según Frias (citado por Fernandes et al, 2006, p.11) “(...) la espiritualidad es vista con frecuencia como un puente entre la pérdida de la esperanza y la búsqueda de la vida con significado, (...) pudiendo darle a la persona una base para ayudarla a vencer una situación de enfermedad potencialmente fatal y, cuando esa fatalidad sucede, la persona trata de encontrar un alivio para los miedos, para las preocupaciones, encontrar una finalidad y un reajuste de las pequeñas alegrías del día a día.”

Von Hildebrand, describió tres tipos de afectividad espiritual: la primera constituida por las respuestas afectivas al valor, la segunda derivada de una conmoción que provoca en nuestro interior la contemplación de acciones ágiles y la tercera denominada como sentimientos poéticos y estéticos. Es en este último tipo de afectividad espiritual donde se encuadra lo que fue referido por los seis sujetos del estudio, una vez que parece existir “(...) el sentimiento de una expectativa indefinida más feliz, toda una clase de presentimientos y el sentimiento de vivir la vida en plenitud” (Choza, 2003, p.43), como se puede ver reflejado en las siguientes unidades de registro:

-“(...) yo estaba en un estado tal de, de... no era inconsciente, era perfectamente consciente, pero estaba en un estado tan, tan deplorable, como si estuviese ausente, yo no conseguía tener un sentimiento definido, era una mezcla de ellos (...)” (E3, L40/43)

-“(...) Hay una aceptación, a pesar de todo, es una aceptación mejor, porque, porque... es nuestra vida la que está en juego (...)” (E3, L140/142)

-“(...) hay una mezcla de sentimientos (...)” (E3, L11)

-“(...) viví muchas experiencias pero en estos últimos años, por tanto todo lo que viniera para mí era ganancia, pero también tenía la noción de que podría ser... morir, quiero decir podría alguna cosa correr mal (...)” (E3, L257/260)

-“(...) yo tenía la consciencia que podría pasar algo malo (...)” (E3, L267/268)

Watson (2002, p.116/117), incluye la espiritualidad como un concepto central en la práctica de enfermería: “el problema en la enfermería es no estudiar ni desarrollar

ideas sobre cuidar, está relacionado con la cuestión del materialismo versus espiritualidad. La teoría de enfermería y del cuidado transpersonal se basa en la premisa de que la enfermería necesita desarrollar una tradición científica relacionada con un vasto océano, no establecido (por la ciencia), de potencialidades humanas y que llamamos potencialidades espirituales". Así uno de los medios para llegar a la espiritualidad de la persona será a través del desarrollo del cuidado transpersonal en enfermería, que para la autora, es un medio de comunicación y liberación de los sentimientos humanos. El cuidado transpersonal es, por tanto, un medio de progreso donde el individuo se mueve en dirección a un elevado sentido del ser y de la armonía con su mente, cuerpo y alma.

Como se puede verificar la prestación de cuidados de enfermería debe englobar la identificación de las necesidades espirituales, favoreciendo la expresión de sentimientos y emociones. Según Phaneuf (2005, p.17), "la enfermería que es sensible a sus propios sentimientos puede serlo también en relación a los de la persona cuidada, lo que le permite manifestar empatía y proceder de manera a que ella se sienta comprendida y (capaz de ir en dirección a un nivel superior de funcionamiento y de crecimiento)".

4.- Conclusiones

Los sentimientos referidos con mayor frecuencia por las personas entrevistadas fueron el dolor, el miedo, la ansiedad y la esperanza.

El dolor está asociado a la afectividad corporal, siendo identificado como una sensación, que es habitual que aparezca durante el procedimiento del cateterismo cardiaco, o después del mismo, derivado del periodo de inmovilidad a que la persona está sujeta tras la prueba.

En las manifestaciones hechas por los entrevistados aflora, principalmente, el miedo al anticiparse a una situación o acontecimiento, asociado a la realización de procedimientos invasivos.

En cuanto a la ansiedad, se desencadena, principalmente como consecuencia de las implicaciones derivadas del resultado del diagnóstico, y relacionadas con la realización del procedimiento en sí, ya que en experiencias anteriores la realización del mismo había sido difícil.

Los entrevistados identifican la esperanza como un estado de ánimo importante para la aceptación del procedimiento y como medio para alcanzar una situación deseada.

Puede ser influido por la forma de ser y de estar de los profesionales sanitarios que reciben y acogen a la persona que va a ser sometida a cateterismo cardiaco, ayudándolo a establecer objetivos personales y a tener expectativas futuras.

La situación bio-psico-social, como factor que influye en los sentimientos, permite concluir que el hecho de que los entrevistados hayan tenido experiencias anteriores de ingreso facilitó la vivencia actual y la forma cómo se sintieron, especialmente en relación al ambiente donde fueron sometidos al cateterismo cardiaco. El hecho de que la profesión de uno de los participantes estuviera relacionada con el campo de la salud, también facilitó la vivencia y la forma como se encontró en el lugar donde se realizaba el procedimiento y la relación con los profesionales de salud que le atendieron.

Uno de los aspectos más relevantes es que a uno de ellos le generó un sentimiento inespecífico, asociado a la alteración de los patrones de vida, el hecho de ir echado en posición horizontal (en una camilla), lugar donde normalmente ejercía su actividad profesional, pues era enfermero. La alteración de los patrones de vida se refleja cuando entran en juego circunstancias de la vida de los sujetos ojeadas desde otro punto de vista.

En cuanto a los conocimientos acerca del procedimiento, como factor que influye en los sentimientos, se puede destacar, que la información transmitida por los profesionales fue importante para los entrevistados, para la comprensión y percepción del desarrollo del acto médico. No obstante, piensan que no facilitan nada en los sentimientos relacionados con el resultado final de la prueba y en la capacidad de resolución de esos sentimientos, esto dependerá del tipo de información que reciban de manera adecuada e individualizada. La interacción formal con otras personas en la misma situación, también es considerada por los entrevistados, como una forma de sentirse más acompañados.

En cuanto al tiempo de espera que transcurre entre la información y la realización del cateterismo cardiaco, se verificó que, los entrevistados consideran que tener información anticipadamente puede generar sentimientos contradictorios, generando principalmente un nivel mayor de ansiedad.

Por todo ello, cuidar es apoyo, relación, comunicación y estar con el otro; es en este contexto donde se pone de manifiesto que la identificación de los sentimientos de orden espiritual es una tarea compleja, pero que es importante desarrollar, en el sentido de llevar a la persona a un nivel más elevado de comprensión y aceptación

tanto de los factores inherentes a la propia enfermedad, como de la simple realización de pruebas invasivas, en este caso la realización del cateterismo cardiaco.

5.- Perspectiva de futuro

Como sugerencias, considerando la pertinencia de este estudio, y la importancia del mismo, sería relevante:

- Transferir este conocimiento a la formación de futuros profesionales de salud.
- La presentación del trabajo y la divulgación de los resultados en publicaciones científicas, congresos relacionados con la temática...
- Dar continuidad al trabajo realizando otros estudios relacionados con esta temática tan amplia, hacia vertientes como puedan ser:
 - o Integración de la familia en el proceso de cuidados versus manifestación de sentimientos y emociones de la persona sometida a cateterismo cardiaco.
 - o Información a la persona sometida a cateterismo cardiaco y su implicación en la forma como esta siente.
 - o Realizar un mapa conceptual en el que se relacionen unos sentimientos con otros así como con los factores que los desencadenan.

6.- Referencias Bibliográficas

- Aleixo, L. (1998). Aspectos Psicológicos da Doença Coronária. *Sinais Vitais*, 21, 35–38.
- Baptista, I. , Vieira, M. y Leal, L. (2004). O Sofrimento da Pessoa Hospitalizada. *Nursing*, 193, 37-41.
- Bardin, L. (1996). *El Análisis de Contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Bartolomé, M. (1992). Investigación Cualitativa en Educación. ¿Comprender o transformar? *Revista de Investigación Educativa*, 20, 7-36.
- Bogdan y Biklen (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Cainé, J. (2005). O Mal do Coração – A experiência do enfarte e o regresso a casa. *Sinais Vitais*, 60, 37 – 41.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.

- Choza, J. (2003). *Sentimientos y Comportamientos*. Murcia: Universidad Católica San Antonio.
- Chodorow, N.J. (2003). *El Poder de los Sentimientos: La Significación Personal en el Psicoanálisis, el Género en la Cultura*. Argentina: Paidós.
- Collière, M. (2001). *Cuidar... El Primer Arte de la Vida*. Barcelona: Masson.
- Collière, M. (1999). *Promover la Vida*. Lisboa: Madrid: McGraw Hill.
- Cruz, J. J. C. (1999). Qualidade de Vida do Indivíduo após Enfarte Agudo do Miocárdio. *Sinais Vitais*, 24, 35-107
- Damásio, A. (2005). *El Error de Descartes*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Damásio, A. (2003). *O Sentimento de Si – O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Mem Martins: Publicações Europa América, Lda.
- Castilla del Pino C. (2003). *Teoría de los Sentimientos*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor – O Quotidiano do Trabalho de Dor no Hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandes, C., Monteiro, C. y Alves, J. (2006). Espiritualidade no Cuidar. *Informar*, 36, 10-20.
- Fernandes, O. y Lopes, M. (2002). Corpo, Saúde e Doença: Que Representações dos Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 6, 4-17.
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora
- Fontaine, O., Kurbertus, H. y Étienne, A.M. (1998). *Stress e Cardiologia*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fortin, M.F. (1999). *El proceso de investigación: de la concepción a la realización*. México: McGraw-Hill.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação Social: Da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: ciência.
- Ghiglione, R. y Matalon, B. (1992). *O Inquérito*. Oeiras: Celta Editora
- Gil, A. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.

- Goleman, D. (2000). *La Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Kairos.
- Grazziano, E., Bianchi, E. R. (2004). Nível de Ansiedade de Clientes Submetidos a Cineangiografiografia e de Seus Acompanhantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 12(2), 168-174.
- Hatchett, R. y Thompson, D. (2005) *Enfermagem Cardíaca – Um Guia Polivalente*. Loures: Lusociência
- Heidegger, M. (2006). Introducción a la fenomenología de la religión. México: Fondo de Cultura Económica
- Heller, A. (1999). *Teoría de los Sentimientos Filosofía y Cultura Contemporánea*. México: Ediciones Colocan, S. A.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital*. Loures: Lusociência
- Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós.
- Manzoli, M.C. (1996). *Da Enfermagem Psiquiátrica á Saúde Mental*. Guanabara: Koogan.
- Martins, M. L. y Lourenço, M.S. (1996). A Arte de Comunicar. *Servir*, 44, 64-68.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o Doente – Certezas e Incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Miles, M. B. E. y Huberman, A. M. (1991). *Analyse des Dones Qualitatives. Le Recueil de Nouvelles Méthodes*. Bruxelles: DeBoeck
- Moniz, J.N.M. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa – A Prática de Cuidados Como Experiência Formativa*. Loures: Lusociência
- Palacios-Ceña, D. y Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Revista de Enfermería Intensiva*, 21(2), 68-73.
- Phaneuf, M. (2001). *La planificación de los Cuidados enfermeros: Un sistema integrado y personalizado*. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

- Polit, D. y Hungler, B.P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill
- Polo, L. (1998). Los Sentimientos Humanos. *Revista Internacional d'Humanitats*, 3.
- Quivy, R. y Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de Investigación en Ciencias Sociales*. México: Limusa-Noriega Editores.
- Redman, B. (2003). *A Prática de Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência
- Roper, N., Logan, W. y Tierney, A. J. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Slepoj, V. (1998). *Compreender os Sentimentos*. Lisboa: Editorial Presença
- Solomon, R. C. (2000). *Breve Historia de la Filosofía*. Madrid: Alianza Editorial S. A.
- Streubert, H. y Carpenter, D. (1999). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia (US): Lippincott.
- Silva, J. (1986). *Metodologias das Ciências Humanas*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Van Manen, M. (2006). Writing qualitatively or the demands of writing. *Qualitative Health Research*, 16 (5), 713-722.
- Vaz, C. y Catita, P. (2000). Cuidar no serviço de urgência. *Nursing*, 147, 14-17.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um novo paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Woods, S., Froelicher, E. S. S. y Motzer, S. U. (2005). *Enfermagem em Cardiologia*. São Paulo: Editora Manole.
- WHO, World Health Statistics. (2011). World Health Organization.

7.- Anexos

Anexo I. Guion de la entrevista

BLOQUES TEMÁTICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CUESTIONES A ABORDAR	INDICADORES
A- Legitimación y motivación para la entrevista	Legitimar la entrevista Motivar al entrevistado	Informar a las personas acerca de las líneas generales de la investigación; Solicitar su colaboración, evidenciando el carácter indispensable de esa colaboración para el éxito del trabajo; asegurar la confidencialidad de las informaciones prestadas y que la entrevista tiene la finalidad exclusiva de recoger la información necesaria para el desarrollo de un trabajo académico; pedir autorización para grabar la entrevista.	Tiempo medio previsto para la entrevista: 40 minutos. Responder de modo claro, breve, conciso y preciso a todas las preguntas del entrevistador: Esclarecer las dudas del entrevistado sin desviarse de los objetivos específicos de cada Bloque.
B- Caracterización de los participantes en el estudio, y de la situación de la enfermedad	Analizar de que manera la situación social y cultural de la persona va a influir en la vivencia de la prueba	Datos Sociodemográficos Descripción/relato de la situación que motivó el ingreso	Sexo Edad Origen/Residencia Formación Profesión Enfermedad súbita Ingreso programado ¿Por qué?

<p>C- Identificar los factores que influyen en los Sentimiento y Emociones</p>	<p>Identificar/Analizar los factores que desencadenan o condicionan los sentimientos y emociones</p>	<p>¿Cómo tuvo conocimiento de la necesidad de la realización del Cateterismo Cardiaco?</p> <p>¿En qué momento fue informado de la necesidad de la realización del Cateterismo Cardiaco?</p>	<p>¿Quién le informo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Fue el médico? - ¿Fue el enfermero? - ¿Ambos? <p>¿Qué le explicaron?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Finalidad del Cateterismo? - ¿Preparación previa? - ¿Procedimiento? - ¿Camino a seguir entre las instituciones? - ¿Riesgos? - ¿Cuidados post cateterismo? <p>¿Cómo se lo explicaron?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Información oral? - Información escrita? <p>¿Qué sabía con anterioridad del Cateterismo Cardiaco?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Experiencias anteriores? - ¿Relatos de otros? ¿De quien? <p>¿En el mismo día?</p> <p>¿La víspera?</p> <p>¿Horas antes?</p>
--	--	---	---

<p>D- Identificación de los Sentimientos</p>	<p>Identificar cuales son los Sentimientos y emociones que esta persona vivenció/experimentó</p> <p>Identificar cuales son los Sentimientos y emociones que esta persona vivenció/experimentó</p>	<p>¿Qué sintió cuando supo que iba a ser sometido a un Cateterismo cardiaco?</p> <p>¿Esos Sentimientos eran en relación a que?</p> <p>¿Qué facilitó o dificultó más la realización del Cateterismo Cardiaco?</p>	<p>Sentimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo - Recelo - Ansiedad - Sosiego - ... <p>¿Procedimiento?</p> <p>¿Dolor?</p> <p>¿Información recibida?</p> <p>¿Diagnóstico?</p> <p>¿Resultados de la prueba?</p> <p>¿Con el tiempo de espera?...</p>
--	---	--	--

Anexo II. Carta Autorización al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

Carta de autorización al CEIC para la realización de la investigación

Al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de León

Marcelino Candelero Fidalgo con nº DNI 71506429G Enfermero, prestando servicios en el Hospital El Bierzo de Ponferrada, vengo por este medio pedir autorización para llevar a cabo el proyecto de investigación que lleva por título “Sentimientos y Emociones de la persona sometida a cateterismo cardiaco”, investigación que se llevará a cabo con pacientes que hayan sido sometidos a cateterismo cardiaco ingresados en el Servicio de Cardiología del Hospital de El Bierzo, teniendo en cuenta la normativa ética vigente.

El trabajo de investigación atiende a los objetivos del Curso de Master en Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de León, del cual soy alumno en el curso 2014/2015.

Sin otro particular, quedo a su entera disposición en caso de ser necesario aportar más información al respecto, agradeciendo desde ya,

Atentamente

Marcelino Candelero Fidalgo

Anexo III. Consentimiento informado para participación en el estudio

Consentimiento informado para la participación en el estudio

Usted ha sido invitado para participar en el trabajo de investigación titulado “Sentimientos y emociones de la persona sometida a cateterismo cardiaco”, que tiene como objetivo general conocer los sentimientos/emociones de la persona sometida a cateterismo cardiaco. A través de ello podremos entender mejor el proceso y así prestar mejores cuidados y de calidad.

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted tiene la libertad de recusar, o, aceptar participar, y desistir en cualquier momento.

Las informaciones que usted dé podrán ser divulgadas o publicadas, sin que su nombre aparezca, asegurando así la confidencialidad. En vez de usar su nombre se utilizará un código.

Las entrevistas serán grabadas con una grabadora para que no se pierda ninguna información y después serán transcritas en papel.

Yo _____, he leído y comprendido el texto anterior y la naturaleza y objetivo del estudio al que he sido invitado a participar. Entiendo que soy libre para desistir de la participación en el estudio cuando quiera, sin justificar mi decisión y sin que esto me afecte de alguna manera.

Acepto participar voluntariamente en el estudio

Firma del participante

Firma del investigador

León a _____ de _____ de 2015

Anexo IV. Entrevista Número 3

Entrevista 3: *E₃*

Lugar de la entrevista: *Domicilio del entrevistado.*

Duración: *40 minutos*

Línea	Texto	Observaciones
1	P1 – Hola Antonio. Eres enfermero, trabajas aquí en este Hospital.	Sexo: Masculino; Edad: 50 años; Residencia: Ponferrada
2	Háblanos un poco acerca del cateterismo cardiaco que hiciste.	
3	R1 – Como estaba diciendo, bueno, hice tres, y cualquiera de ellos	
4	fue totalmente diferente. En el primero no tuve tiempo de pensar	
5	aunque estaba... y fue probablemente... y fue realmente en	
6	términos de sufrimiento... fue el más difícil, porque... en fin aquí	
7	en Ponferrada intenté hacer... fui a hacer la prueba de esfuerzo en	
8	la consulta, quedé ingresado y fui de urgencias para allá, y el	
9	hecho de ir de urgencias, dificulta muchísimo la aceptación en	
10	relación a las cosas, sentimos que el mundo se desmorona a	
11	nuestros pies. De repente hay una mezcla de sentimientos en	
12	nuestra cabeza: nos sentimos impotentes, con miedo de lo que	
13	podrá pasar... lo que me costó mucho y es una cosa que me marcó	
14	siempre, sabes lo que fue Marce, fue andar en posición de echado,	
15	es un... es un... es un trauma de la leche andar por el pasillo del	
16	Hospital y ver desde esa posición... no quieras saber lo que es...	
17	fue para mi un trauma...	
18	P1 –... Nosotros trabajamos en esta profesión y no nos damos	
19	cuenta...	
20	R1 –... Nadie se da cuenta de lo que es... es más pienso... a	
21	demás hace unos días fui al Hospital estaba una señora echada, que	

22	era A., la iban a operar, yo entré, hablé con ella... no se que más...	
23	y no conocí a la señora.	
24	P1 – Exactamente...	
25	R1 – Ves... nosotros vemos a las personas en una posición o en	
26	otra, y es completamente diferente, y quien está echado, ve las	
27	cosas completamente diferentes de quien está de pie, ese fue un	
28	detalle que me incomodó bastante. Después en relación a la	
29	prueba, el cateterismo... bueno no llegué a tener tiempo, me	
30	acuerdo vagamente, estar allí, pero no me acuerdo de lo que ellos	
31	me dijeron ni de lo que ellos hablaron, sólo se que ... sólo me	
32	acuerdo de un médico que era el más mayor de los que estaban allí,	
33	era el Dr. ..., el dijo así “bueno... déjalo no vale la pena porque este	
34	no tiene probabilidad ninguna de que consigamos hacer el	
35	cateterismo”, después dijo el Dr. ... que el ya en ese momento ya	
36	estaba allí, “bueno, aun es joven tiene 46 años, viene recomendado	
37	de... , es enfermero... vamos a intentarlo”, con su paciencia lo	
38	consiguió, meter los seis stents...	
39	P1 – Cuando el otro dijo que no tenía probabilidad... que fue lo	
40	que sentiste?	
41	R1 – Bueno... yo estaba en un estado tal de, de... no era	
42	inconsciente, era perfectamente consciente, pero estaba en un	
43	estado tan, tan deplorable, como si estuviese ausente, yo no	
44	conseguía tener un sentimiento definido, era una mezcla de ellos,	
45	de... poder arrepentirme, poder pensar fuese o no fuese, vaya no	
46	tenía capacidad, mira estoy aquí... estoy aquí echado hagan con	

47	migo lo que quieran, hay un sentimiento de angustia, entiendes, no,	
48	no... no tenía esa capacidad, ahora no, ahora fue diferente, andaba	
49	desde ya hacía un tiempo para acá así con aquel dolor pre-cordial	
50	diariamente... fui, fui... según ellos pensaban... ellos tienen un	
51	recorrido, los pacientes siguen un recorrido, me hizo una entrevista	
52	una enfermera, que pregunta... hace la historia, la anamnesis, hace	
53	toda la historia, la medicación que tomas y quien es que te envía y	
54	eso todo, bueno, y después, la persona termina relajándose un poco	
55	más, yo miedo... si, creo que tuve miedo,... si tuve aquel recelo	
56	que toda la gente siente, porque esto dicen que es una cosa simple	
57	pero sólo lo sabe quien está allí echado, hay siempre el recelo de	
58	cualquier cosa, y entonces, yo fui bien... sólo cuando ellos	
59	comenzaron... cuando comenzaron la fase del cateterismo, el	
60	cateterismo tiene la fase del propio cateterismo diagnostico y	
61	después la terapéutica, el diagnostico es fundamentalmente	
62	conseguir meter el introductor, que es una guía, no? Por donde	
63	después inyectan el contraste, para ver donde están las lesiones, y	
64	yo cuando comencé a ver la cara de ellos, vi luego, y ahí si, tuve	
65	miedo en serio, dije luego, esto al final está un poco peor de lo que	
66	pensaba, después hicieron el cateterismo, que fue lo que hace un	
67	poco referí, y el me dijo así, “sabe... Antonio sabe que esto está	
68	complicado... usted aun va a pasar un mal rato, y nosotros	
69	también...” y yo pensé “joder”...y las cosas aumentando... y ahí	
70	la ansiedad aumentó, después vino otro médico., comenzó a	
71	intentar pasar el dicho introductor, aquella porquería no pasaba,	

72	después el dijo, “esto sólo con escoplo y martillo”, después lo	
73	consiguió, iba consiguiendo desobstruir, pero ahí es cuando se	
74	siente, ahí cuando hay bastante obstrucción se siente más, pero	
75	cuando es la fase más dura es más tarde, cuando ellos hacen... el	
76	introduccion, después tienen que hacer una ligera presión para	
77	desentupir, meten un balón, que es para, para... distender el canal	
78	de la arteria, y después es entonces cuando meten el stent, y	
79	cuando introducen el stent, vaya, aquello hace unas presiones que	
80	ellos describen, y ahí cuando ellos cuentan hasta llegar a aquellas	
81	presiones, aquello hace mismo daño, hace una presión, en el	
82	pecho... un dolor... un dolor terrible...	
83	P1 – Entonces... es un dolor tipo infarto?	
84	R1 – Exactamente, es mismo así un dolor bastante insoportable,	
85	después... “bueno, ya va a pasar”, y de hecho, comienza a calmar	
86	y a pasar, y pasa rápidamente...	
87	P1 – El hecho de haber hecho el primer cateterismo crees que...	
88	crees que la persona va más tranquila, o los sentimientos son	
89	diferentes... como se siente en el primero, y como se siente	
90	después en los otros?	
91	R1 – Bueno, por aquello que yo percibí... en relación a mi, es	
92	como te digo, yo iba un poco anestesiado y un poco inconsciente,	
93	no, no se definir la situación... talvez sintiese más miedo en el	
94	primero...miedo de lo desconocido talvez...del propio acto en si, si	
95	iba a tener dolor, recelo de lo que el procedimiento pudiese revelar.	
96	P1 – Pero en este no!	

97	R1 – Ahora no, ahora estuve perfectamente bien, no tuve así gran	
98	dificultad porque sabes, también las personas... ya las conocía, ya	
99	conocía a las personas, conocía a los médicos, conocía mucha	
100	gente del servicio, ellos propios me reconocían... no se lo que es	
101	en términos normales para el paciente, pero pienso, que, por la	
102	edad, por la profesión, por el propio diagnóstico dejé huella...	
103	P1 – Nuestros compañeros acaban por identificarse con la persona	
104	enferma...	
105	R1 – Si, si.... Y muchos me reconocían, quiero decir, yo se que	
106	ahora, aun ahora cuando hice aun estos, sobretodo el último, a mi	
107	ya había mucha gente que me reconocía, pueden no haberme	
108	reconocido al principio, pero después en el segundo ya había	
109	mucha gente que se acordaba de mi hace cuatro años, entiendes...	
110	bueno, para mi eso me dejó también bastante tranquilo, cuando se	
111	va por primera vez, juro que se va con un poco de miedo, porque a	
112	pesar de hablarles de cateterismo, cateterismo para ellos no es...	
113	no es propiamente aquella operación de corte, de bisturí, de abrir,	
114	pero es otra cosa que... “bueno, si es una arteria que no funciona...	
115	no se que... hay un miedo, hay mismo miedo, yo no sentí mucho	
116	eso ahora, fue más un sufrimiento, un sufrimiento propiamente	
117	dicho por el estado clínico, ahora en términos de ansiedad,... sentí	
118	mucho eso, sentí eso curiosamente y estaba con más ansiedad a	
119	pesar de saber que es lo que tenía, o que era lo que me iban a	
120	hacer... sentí más en el último... era, era una arteria que ya estaba,	
121	era la circunfleja que ya estaba bien entupida, tenía una	

122	obstrucción ellos iban a darle setenta, pero después acabaron por	
123	noventa, una obstrucción de 90%... pero yo ahí ya sabía que iban	
124	derechos al asunto, pero de cualquier manera ahí costó más, en	
125	términos de ansiedad costó más, y mismo aquel miedo de lo que	
126	podrá suceder, será que... porque, vaya, había estado tres horas,	
127	fue oír todo aquello, que decían y nosotros oímos que es más	
128	difícil que... “que es mejor escoplo e martillo”... Si, creo que el	
129	hecho de saber el diagnóstico, aumentó mi ansiedad... talvez el	
130	miedo de no conseguir resolver mi problema... recelo de quedar	
131	incapacitado... creo yo.	
132	P1 – Cuando ellos dijeron eso, que es lo que pensaste, que	
133	probablemente no conseguirían hacer el cateterismo...?	
134	R1 – ...Que no conseguirían...	
135	P1 – Que es lo que sentiste en ese momento?... Viste tu vida	
136	retroceder...?	
137	R1 – Vaya, yo ahora voy a tener que someterme a una anestesia	
138	general, y a una intervención de aquellas complicadas que yo no	
139	quería... pero bueno... al estar en aquella posición echado no	
140	reaccionas de la misma manera como si estuvieses en la consulta	
141	recibiendo la noticia... Hay una aceptación, a pesar de todo, es una	
142	aceptación mejor, porque, porque... es nuestra vida la que está en	
143	juego, si nosotros ya estamos sufriendo, queremos cualquier cosa	
144	que nos salve, vaya, si va a ser más difícil o no, y nosotros	
145	sabemos lo que es una cirugía, que la van a hacer con tigo	
146	dormido... e nosotros allí estamos, tenemos la consciencia de todo,	

147	no? Lo que también no ayuda mucho...	
148	Vaya, es complicado estar allí, no se si ellos tienen esa actitud con	
149	todos los otros pacientes, pero con migo hablaron abiertamente...	
150	lo que después me cansó mucho fue, desde la posición, al frío que	
151	cogí, el dolor, el no se que... vaya fue muy difícil...	
152	P1 – Y ese frío era físico, o era un frío “psíquico”...	
153	R1 – Era mismo frío, era, porque yo ahora en el tercero ya les dije,	
154	vaya hay calentadores, y el Dr. Dijo... “ ah... si aquí tenemos lo	
155	que quieras?” vaya, no, no es lo “que yo quiera” sólo se que la otra	
156	vez después de tres horas temblaba como una vara verde! Después	
157	tuvieron que calentarme en el servicio porque yo estaba mismo	
158	frío, estaba mismo con frío. En términos de tecnología ellos	
159	tienen!... Después yo como paciente “VIP” todavía me hicieron	
160	sentir más ansiedad, sabes por qué? Porque quedaba siempre para	
161	el último, yo iba al mismo tiempo, y estaba siempre una hora y tal	
162	esperando sentado en una butaca, por qué? Porque... yo sólo	
163	después que me enteré, entraba el personal... y eh! No se qué!	
164	Espere! Después, comencé a entender y el último día había un	
165	enfermero que ya me conocía de hace cuatro años, y dijo “ ah,	
166	parece el de hace cuatro años!” y me dijo vaya para aquella sala...	
167	porque es una sala con mejores condiciones, con mejor tecnología,	
168	con un intensificador de imagen con más capacidad, con más esto,	
169	no se que... y después estaba el equipo...	
170	P1 – Pero el hecho de estar a la espera aumenta la ansiedad?	
171	R1 – Aumenta la ansiedad, aumenta aquella angustia, miedo, uno	

172	comienza a sentirse así...	
173	P1 – Y, en el momento que nos dicen que tenemos que hacer un	
174	cateterismo, que es lo que la gente siente en esa altura?	
175	R1 – Yo como ya había hecho otro, en aquellas circunstancias, y	
176	nunca nadie me había hablado del cateterismo, nunca nadie me	
177	había hablado de nada, no? Y sólo me sentía mal, nuestros	
178	compañeros del Hospital, me aguantaron allí durante tanto tiempo,	
179	y a veces me tenía que sentar... bueno, y cuando yo fui en aquel	
180	estado deplorable, sólo me acuerdo de haberme sentado y ver todo	
181	dando vueltas, vaya, no tengo bien aquella percepción de lo que es	
182	“tienes que hacer un cateterismo” ahora no, ahora cuando fui al	
183	médico, y el dijo, “bueno, entonces...” le conté toda la historia de	
184	las desventuras que había tenido, y... bueno, como iba a decir...	
185	P1 – ... Del poco acompañamiento...	
186	R1 – ... no digo relación, pero por lo menos digo... nunca hubo un	
187	entendimiento entre médico y paciente, entre mi y el médico,	
188	nunca hubo, y cuando el dijo, “claro lo entiendo perfectamente	
189	...parece que lo estoy viendo en un libro, porque todo lo que me	
190	está diciendo es exactamente de la forma que viene descrito en los	
191	libros” vaya, lo que yo pensé en ese momento, en el medio de todo	
192	hay alguien que está usando un poco la cabeza, después el dijo, “de	
193	cualquier manera usted va a hacer el cateterismo, no va a servir de	
194	mucho, pero va a servir para darnos una orientación, pero usted va	
195	a pasar por todo esto, usted va a tener que hacer forzosamente	
196	cateterismo, ya sabe que el cateterismo podrá ser diagnóstico o	

197	terapéutico, que es lo que sería lo ideal, no se que....”	
198	Yo después ya tenía algún recelo, ahí ya tenía recelo, por qué?	
199	Porque muchos médicos eran de la opinión, que yo hablé con	
200	algunos, eran de la opinión de que yo ya tenía demasiados stents	
201	en un espacio muy, muy corto en aquellas arterias, ya tenía seis, y	
202	fue una de las preguntas que yo hice, entonces el cateterismo	
203	terapéutico esta vez, no va a servir de nada, no? “no, no...” pero	
204	hay esta opinión así... que ya tengo demasiados stents, “no, no,	
205	eso no funciona así, mientras un individuo tenga la posibilidad de	
206	hacer desobstrucción de las arterias a través del cateterismo, no se	
207	hace cirugía, eso es un error, porque después de la cirugía hecha,	
208	las cosas se complican, porque ya no hay la misma facilidad, de	
209	llegar y hacer el cateterismo y resolver, a partir de ahí se	
210	complican las cosas”.	
211	Eso de alguna forma me dejó más descansado, el cateterismo ya lo	
212	había pasado una vez y ya sabía más o menos como era, de lo	
213	malo, lo mejor, exactamente...	
214	Y ya está terminó por ser así, terminé por ir allí, fue de hecho muy	
215	difícil, pasé todas aquellas horas un poco complicadas, quedé un	
216	poco triste de no poder resolver el problema de una sola vez, pero	
217	lo comprendí... jo! están allí tres horas llevando radiación, que fue	
218	una de las cosas que yo pasé y eso que no lo consiguieron,	
219	probablemente fue la fase que más me costó tanto en uno como en	
220	otro, no se por qué, no se explicarlo porque, y aún pregunté al	
221	médico, por qué quedo con tantos dolores después del cateterismo?	

222	Dolor sobretodo que comienza en la región lumbar, aunque en	
223	aquel, en el que estuve tres horas, los dolores eran más	
224	generalizados, eran los músculos todos doloridos, y el médico, “no	
225	se, probablemente por haber recibido tanta radiación, no se, pero	
226	nosotros también la llevamos, pero de hecho es que yo también	
227	estoy con dolores...” el también lo confirmó.	
228	Yo sólo se decir, que la primera vez que hice el cateterismo hace	
229	cuatro años, pasé la noche más difícil de mi vida, porque, el	
230	contraste debió ser tanto, con tantas nauseas, tanto vómito, tanto	
231	dolor, tanto mal estar, después yo tenía la consciencia de que no	
232	podía moverme, tenía que estar lo máximo posible quieto, fue de	
233	lo más horroroso que pasé, ahora tuve esa complicación durante	
234	unas ocho diez horas, con muchos dolores, dolores generalizados,	
235	pero sobretodo a nivel de la región lumbar.	
236	P1 – Y después la presión que se tiene al estar en la posición de	
237	reposo que se tiene que hacer durante doce horas, no?	
238	R1 – Es porque ellos meten el introductor, y no lo retiran, el	
239	introductor queda, vete tu a saber, cuatro o cinco horas allí dentro,	
240	y después en las cuatro o cinco horas siguientes a la retirada del	
241	introductor, ponen un apósito muy compresivo, que va desde la	
242	región lumbar, da una vuelta, con un rollo que hace presión, y	
243	después aún ponen un saco de arena, y... jooo... esa pierna no se	
244	puede mover, incluso para pasar para la cama, la pierna tiene que	
245	mantenerse en aquella posición, es un poco complicado, no? pero	
246	fue... a pesar de todo el cateterismo tiene mucha ventajas , es muy	

247	bueno, pienso que debe de ser de los tratamientos que más vidas	
248	han salvado, porque antes de esta técnica mucha gente se fué con	
249	los “angelitos” sin saber lo que tenían, y ahora la gente llega allí, si	
250	se consigue hacer cateterismo diagnostico y terapéutico es una	
251	maravilla, si no se consigue, sabe que tiene que ser operado, tiene	
252	que hacer un bypass...	
253	P1 – Cómo se siente la gente ante la expectativa de los resultados	
254	de un cateterismo, como se queda...?	
255	R1 – Ya entiendo, pero hay preguntas para las cuales es difícil	
256	buscar respuesta...es muy difícil...	
257	P1 – ... Termina por ser una mezcla de sentimientos... no?	
258	R1 – Y... es porque yo tenía la consciencia de que viví muchas	
259	experiencias en estos últimos años, por tanto todo lo que viniera	
260	para mi era ganancia, pero también tenía la noción de que podría	
261	ser... morir, quiero decir podría alguna cosa correr mal, vaya y yo	
262	tenía la consciencia de eso, entiendes? Sobretudo porque por mi	
263	estado, porque toda la gente dice que ya hace cuatro años ellos lo	
264	hablaban y me veían y me echaban la bronca “cómo es posible un	
265	tipo de estos con esta edad está en este estado lastimable, con unas	
266	arterias que no valen para nada parecen unos hilos, y después	
267	nunca fui seguido por nadie, no fui a ningún sitio, no hice ninguna	
268	terapia”, no hice no se el qué... y quiere decir yo tenía la	
269	consciencia que podría pasar algo malo, y mira, es como yo te	
270	digo, quiere decir, no me asusté así verdaderamente, nunca viví esa	
271	situación de hoy pasa o revienta, porque, perdona, mismo con los	

272	pacientes que tenemos allí, eh... mismo aquellos pacientes	
273	oncológicos, que nosotros miramos para ellos... este individuo	
274	está verdaderamente mal, este hombre va a vivir días o semanas,	
275	horas, no sabemos, pero el individuo piensa que no, que es capaz	
276	de vivir una vida... y eso... la esperanza es la última cosa que	
277	desaparece y la persona eventualmente puede tener la consciencia	
278	de que la meta podrá quedar por ahí, pero nosotros no hacemos	
279	mucho caso, porque la esperanza es siempre superior a todo eso...	
280	P1 – Acaba siempre por haber un resto de esperanza, que las	
281	cosas...	
282	R1 – Es, que esas cosas van a ser superadas...	
283	P1 – Exactamente...	
284	R1 – Eh... pienso que la idea es más o menos esa, es difícil de	
285	describir pero, yo no sentí... no, no voy a quedar por aquí, pero si	
286	ellos no lo consiguen ellos están por en cima de todo, van a ser	
287	mis amigos y van a resolver y... de hecho, yo noté eso, fue lo que	
288	noté...esperanza...	
289	P1 – Y así ese optimismo acaba por ayudarnos a pasar aquel	
290	tiempo...	
291	R1 – Exactamente...	
292	P1 – Dime sólo otra cosa, cuando se está haciendo el cateterismo,	
293	cuando yo digo cateterismo, desde que se va para allí. Qué es lo	
294	que piensas que es más... lo que facilita nuestra vida allí adentro?	
295	Quiero decir con esto, en términos de... que es lo que nos ayuda a	
296	pasar aquellos momentos menos buenos... en términos, no sé...	

297	R1 – Bueno, es así ellos tienen una cosa muy buena, que yo creo,	
298	tienen varias cosas muy buenas en aquel Hospital...	
299	P1 – En relación con eso, qué es lo que nos hace sentir cosas	
300	buenas y cosas malas?	
301	R1 – Yo, en realidad, puntos negativos, yo personalmente no los	
302	puedo apuntar en términos de, de... que puedan interferir	
303	negativamente en el tratamiento del individuo, no, no los noté...	
304	ah... tienen varias cosas buenas, que son las siguientes, un	
305	individuo normalmente cuando es, ingresado por este método, que	
306	ellos llama camino ordinario, es llamado para estar allí en torno a	
307	las once, medio día, e irá a hacer el cateterismo entorno a las	
308	cuatro, seis o siete de la tarde, ah... entra, viene luego el pasar por	
309	aquella entrevista que hace nuestra compañera, después pasa para	
310	la planta para ocupar una cama, después viene otra enfermera que	
311	canaliza una vena, no? Con abocaths, después te rasuran, te van	
312	explicando todo, se va hablando, y cuando llega la hora de ir...	
313	P1 – Piensas que el hecho de ir explicando todo es importante?,	
314	nos ayuda a pasar...	
315	R1 – Lo es, y sobretodo eso, yo vi eso en aquellas personas que	
316	iban allí, yo veía como reaccionaban las personas... ahora me	
317	estaba acordando de un chico que era de Sudamérica, vino para	
318	hacer un cateterismo, y... eso ayuda a la persona, pone a la	
319	persona más relajada, para vivir aquella experiencia que, puede	
320	ponernos tensos, pero con eso después comienza a aumentar la	
321	esperanza, comienza a aumentar no?... y después hay otra cosa,	

322	nosotros aquí que obligatoriamente los pacientes tienen que ir al	
323	quirófano en una camilla, allí van todos a pie, excepto si un	
324	individuo estuviese incapacitado, sino van todos a pie, y hasta fue	
325	una cosa que mi hermana me dijo, vino a propósito de Francia	
326	(Paris) para visitarme, y dijo, “pero tu vas a pie?” y yo dije, vaya	
327	sólo faltaba no tengo ningún problema, pero yo propio estaba con	
328	dudas, pero a lo mejor no, puede que sólo vaya hasta aquí... y esto	
329	hace con que la persona se sienta con más confianza, y diga así, “al	
330	final no estoy muriéndome jolín!” Yo aún puedo ir a pie, llegué	
331	allí, después allí hay un celador, que dice “siéntese allí” entonces	
332	te sientas... nunca llaman a una persona sola normalmente, llaman	
333	a tres o cuatro personas, la gente se sienta y habla, hablan los unos	
334	con los otros, y pensé que eso era una forma de evitar aquel trauma	
335	que yo tenía de andar por ahí de paseos y perdiendo el tiempo	
336	como en otras ocasiones... es una sensación extraña...	
337	P1 – La sensación de aislamiento también desaparece, no?	
338	R1 – Exactamente, desaparece, vi eso muy bien, después te tratan	
339	muy bien... creo que tienen una unidad muy buena, para el post-	
340	cateterismo tienen una unidad muy buena, nunca van directamente	
341	para la planta, van siempre para la unidad, está muy... en términos	
342	físicos y no sólo, está mucho mejor ahora que hace cuatro años,	
343	tiene gente, te garantizo, que quedé sorprendido con el personal	
344	que trabajaba allí, personal de enfermería, gente joven	
345	extremamente simpática, con una capacidad, de, de... yo quedé	
346	realmente sorprendido, porque eran compañeras con una	

347	capacidad, con una paciencia para lidiar con las personas que es de	
348	loar, que es de León, que es de Ponferrada, que es de no sé	
349	donde... lo ves?... “como es que esta gente a las cuatro, cinco de la	
350	mañana tenía paciencia para estar aquí hablando de esa manera?”,	
351	porque... como ellos van retirando los dispositivos pasadas	
352	aquellas horas del procedimiento... aquello es toda la noche, es	
353	mismo toda la noche, no hay... y eso es tan reconfortante, aunque	
354	no estén hablando con nosotros directamente... yo que estaba en	
355	la cama y al lado estaba oyendo hablar con un señor de Babia, no	
356	se... ya no me acuerdo en concreto de donde era... el hombre que	
357	era así un poco sordo, pero era una enfermera joven de veinti	
358	pocos años, 23,24 o 25 años, hizo pasar, entre comillas, dio la	
359	posibilidad a aquella persona de pasar en esos momentos unos	
360	cuantos minutos en una conversación con una disposición y siendo	
361	tan agradable, que hasta yo mismo que estaba con dolores, hasta	
362	me sentí mejor...no fue nada con migo, pero fue como si lo	
363	hubiese sido... y después en la planta ya no hay ese cuidado,	
364	tienen un volumen de enfermos mayor, 10, 15 pacientes por día...	
365	ahí es más movido, mira tienen una comida que es un espectáculo,	
366	tiene una cocina con sabores, que yo quedé admirado, como es que	
367	estos individuos, que es un servicio de Cardiología, tienen una	
368	comida tan sabrosa, con sabor, tan bien atemperada y con un	
369	aspecto... jo!... te deja...quedar en el cielo...	
370	P1 – Todo eso nos ayuda...	
371	R1 – Son pormenores que cuentan, y después la gente de broma...	

372	tratándonos así la gente nunca más se quiere ir, la gente quedaría	
373	aquí el resto de la vida...	
374	P1 – Y crees que el saber lo que te van a hacer, termina por	
375	ayudar?	
376	R1 – No se si facilita...	
377	P1 – Es una lanza de dos puntas... no?...	
378	R1 – Yo ahí no se si facilita o complica, el hecho de tener noción	
379	sobre alguna cosa puede ayudar en la comprensión y en la	
380	percepción de todo el desarrollo de un acto médico, pero después	
381	en el resultado final, y en la capacidad de resolución, no se si	
382	facilita...	
383	No pienso mucho eso porque... por varias razones, por aquellas	
384	que ya fueron referidas, hasta mismo por los médicos, porque	
385	nosotros aquí por ejemplo en Ponferrada, toda la gente tiene la idea	
386	concreta de que los médicos fuera del quirófano son una cosa y	
387	dentro otra, no sé, yo te garantizo una cosa, aquel hombre a demás	
388	de la paciencia que tuvo con migo, se veía que también la tenía con	
389	el técnico, con el enfermero, con toda la gente, y ...	
390	Son todo cosas que contribuyen para que las cosas se desarrollen	
391	de una forma más armoniosa...	
392	P1 – Entonces a veces es preferible no saber lo que es que... la	
393	ignorancia a veces nos ayuda a sentir las cosas de maneras	
394	diferentes, no?	
395	R1 – Bueno, Marce es complicado... porque es así, hoy en día, y	
396	está más que probado, que la gran mayoría de las personas	

397	prefieren saber lo que tienen y lo que se les va a hacer, eso me	
398	parece que es una cosa que está más que probada, ahora no toda la	
399	gente reacciona de la misma forma, y el hecho de nosotros andar	
400	diariamente a canalizar venas, y no tener bien la idea de que aquel	
401	paciente o el otro es más sensible al pinchazo, que duele más o	
402	menos, y que después una duele menos, y después viene otra que	
403	hace el mismo trabajo, y a lo mejor con más técnica y más perfecta	
404	y duele más, por qué?... por otra razón, no?... después eso son	
405	cosas que son difícil de explicar, entiendes?... tu sabes, cualquier	
406	persona lo sabe, no?... un pinchacillo, yo acostumbraba a decir a	
407	veces, “si , un pinchacillo, que es como si fuese un mosquito, pero	
408	duele!” ahora hay cosas que la gente sabiendo... estamos	
409	precavidos y nuestra reacción también se vuelve más favorable...	
410	nuestra reacción... la otra vez yo me acuerdo no reaccioné muy	
411	bien al cateterismo, al cateterismo en si, al tratamiento, pero no	
412	reaccioné de una forma consciente, de eso tengo la noción, se que	
413	allí se enfadaron con migo, ese tal Dr..., y al día siguiente llegó	
414	allí, y dijo “usted se portó mal”... yo tenía la noción de que no me	
415	había portado mal, quiero decir, yo me porté mal, porque no fui	
416	capaz de portarme bien, no me porté, entiendes... porque yo estaba	
416	en un estado tan malo, tan triste, que yo mismo no tenía la	
417	capacidad para mantener la calma, y... porque yo sabía lo que era	
418	infectar el campo... esto y aquello... pero yo tengo la noción en	
419	que hubo una altura en que perdí esa capacidad, pero eso de	
420	acusarme de que yo me porte mal, es un poco complicado, y eso	

421	ahí no funciona bien, funciona mucho mejor cuando dice, yo se	
422	que esto es difícil pero mantenga la calma... mantenga la calma	
423	que nosotros lo vamos a conseguir... ahora si dice, vamos esté	
424	quieto, usted está sólo portándose mal, no se que... ahí un	
425	individuo deja de tener la capacidad para ser tan paciente, tan	
426	racional y las cosas comienzan a ir peor... quiero decir, en vez de	
427	haber una continuidad hacia el mismo objetivo... comienza a	
428	funcionar exactamente lo contrario, y eso es malo para el paciente	
429	y para quien está con el...	
430	P1 – Eso es Antonio...	

Anexo V. Tabla de análisis subcategorías y transcripciones

SUBCATEGORIAS	TRANSCRIPCIONES
AI 1 – Datos Socio-Demográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Lugar de Residencia - Profesión
AI 2 – Experiencias de ingreso	<p>-“(...) En el primero no tuve tiempo de pensar aunque estaba... y fue probablemente... y fue realmente en términos de sufrimiento... fue el más difícil, porque... en fin aquí en Ponferrada intenté hacer... fui a hacer la prueba de esfuerzo en la consulta, quedé ingresado y fui de urgencias para allá, y el hecho de ir de urgencias, dificulta muchísimo la aceptación en relación a las cosas, sentimos que el mundo se desmorona a nuestros pies. De repente hay una mezcla de sentimientos en nuestra cabeza: nos sentimos impotentes, con miedo de lo que podrá pasar (...)” (E3, L3/13)</p> <p>-“(...) Ahora no, ahora estuve perfectamente bien, no tuve así gran dificultad porque sabes, también las personas... ya las conocía, ya conocía a las personas, conocía a los médicos, conocía mucha gente del servicio, ellos propios me reconocían (...)” (E3, L97/100)</p> <p>-“(...) ya había mucha gente que se acordaba de mi hace cuatro años, entiendes... bueno, para mi eso me dejó también bastante tranquilo, cuando se va por primera vez, juro que se va con un poco de miedo (...)” (E3, L108/111)</p>
AI 3 – Patrones de vida alterados	<p>-“(...) andar en posición de echado, es un... es un... es un trauma de la leche andar por el pasillo del Hospital y ver desde esa posición... no quieras saber lo que es... fue para mi un trauma (...)” (E3, L14/17)</p> <p>-“(...) nosotros vemos a las personas en una posición o en otra, y es completamente diferente, y quien está echado, ve las cosas completamente diferentes de quien está de pie (...)” (E3, L25/27)</p> <p>-“(...) al estar en aquella posición echado no reaccionas da la misma manera como si estuvieses en la consulta recibiendo la noticia (...)” (E3, L139/141)</p> <p>-“(...) Y sólo me sentía mal, nuestros compañeros del Hospital, me aguantaron allí durante tanto tiempo, y a veces me tenía que sentar... bueno(...)” (E3, L177/179)</p> <p>-“(...) viví muchas experiencias en estos últimos años, por tanto</p>

<p>AI 3 – Patrones de vida alterados</p>	<p><i>todo lo que viniera para mi era ganancia (...)</i>” (E3, L258/260)</p>
<p>AII 1 – Posibles conocimientos anteriores</p>	<p>-“(...) <i>No ya había oído hablar, ya había oído hablar. Bueno de una forma general, no pormenorizadamente (...)</i>” (E1,L34/36)</p> <p>-“(...) <i>antes de que el médico se lo hubiese explicado, no sabía muy bien en lo que consistía la prueba?</i>” –“ <i>No, era algo desconocido para mi (...)</i>” (E2, L56/59)</p> <p>-“(...) <i>ellos me dijeron que iban a hacerme una limpieza y ponerme allí no se que cosa (...)</i>” (E2, L11/112)</p> <p>-“(...) <i>Como estaba diciendo, bueno, hice tres, y cualquiera de ellos fue totalmente diferente (...)</i>” (E3, L3/4)</p> <p>-“(...) <i>porque yo ahora en el tercero ya les dije (...)</i>” (E3, L153)</p> <p>-“(...) <i>para ellos no es... no es propiamente aquella operación de corte, de bisturí, de abrir, pero es otra cosa que... “bueno, si es una arteria que no funciona (...)</i>” (E3, L112/114)</p> <p>-“(...) <i>Yo como ya había hecho otro (...)</i>” (E3, L175)</p> <p>-“(...) <i>ya lo había pasado una vez y ya sabía más o menos como era, de lo malo, lo mejor, exactamente (...)</i>” (E3, L211/213)</p> <p>-“(...) <i>Yo sólo se decir, que la primera vez que hice el cateterismo hace cuatro años, pasé la noche más difícil de mi vida (...)</i>” (E3, L228/229)</p> <p>-“(...) <i>el hecho de tener noción sobre alguna cosa puede ayudar en la comprensión y en la percepción de todo el desarrollo de un acto médico, pero después en el resultado final, y en la capacidad de resolución, no se si facilita (...)</i>” (E3, L378/382)</p>
<p>AII 2 – Información transmitida por los profesionales</p>	<p>-“(...) <i>me dijeron que esto sería como un pasaporte hacía una vida nueva (...)</i>” (E1, L79/80)</p> <p>-“(...) <i>me hizo una entrevista una enfermera, que pregunta... hace la historia, la anamnesis, hace toda la historia, la medicación que tomas y quien es que te envía y eso todo, bueno, y después, la persona termina relajándose un poco más (...)</i>” (E3, L51/55)</p> <p>-“(...) <i>dicen que es una cosa simple pero sólo lo sabe quien está allí echado (...)</i>” (E3, L56/57)</p> <p>-“(...) <i>estaba con más ansiedad a pesar de saber que es lo que tenía, o que era lo que me iban a hacer(...)</i>” (E3, L118/120)</p> <p>-“(...) <i>eso ayuda a la persona, pone a la persona más relajada (...)</i>” (E3, L318/319)</p> <p>-“(...) <i>no se si facilita o complica, el hecho de tener noción</i></p>

<p>AII 2 – Información transmitida por los profesionales</p>	<p><i>sobre alguna cosa puede ayudar en la comprensión y en la percepción de todo el desarrollo de un acto médico, pero después en el resultado final, y en la capacidad de resolución, no se si facilita (...)</i> (E3, L378/382)</p> <p><i>-“(...) la gran mayoría de las personas prefieren saber lo que tienen y lo que se les va a hacer, eso me parece que es una cosa que está más que probada, ahora no toda la gente reacciona de la misma forma (...)</i> (E3, L396/399)</p> <p><i>-“(...) creo que fue el cardiólogo el que me informó sobre la prueba que tenía que hacer (...)</i> (E4, L60/62)</p> <p><i>-“(...) me dijeron poca cosa, sólo que tenía una vena obstruida y tenía que someterme a un cateterismo cardiaco (...)</i> (E5, L78/80)</p>
<p>AII 3 – Interacción con otras personas</p>	<p><i>-“(...) estaban allí dos señoras y un señor, pero no se lo que pasó con ellos (...)</i> (E1, L200/201)</p> <p><i>-“(...) a veces unos hablamos con los otros, hay personas que han hecho esos tratamientos para limpiar las venas y entonces más o menos comencé a pensar en ello (...)</i> (E2, L100/103)</p> <p><i>-“(...)nunca llaman a una persona sola normalmente, llaman a tres o cuatro personas, la gente se sienta y habla, hablan los unos con los otros (...)</i> (E3, L332/334)</p> <p><i>-“(...) había oído hablar por ingreso de otras personas (...)</i> (E6, L35/36)</p>
<p>AII 4 – Tiempo de espera entre la información y la realización del cateterismo</p>	<p><i>-“(...) yo como paciente “VIP” todavía me hicieron sentir más ansiedad, sabes por qué? Porque quedaba siempre para el último, yo iba al mismo tiempo, y estaba siempre una hora y tal esperando sentado en una butaca (...)</i> (E3, L159/162)</p>
<p>BI 1 – Frío</p>	<p><i>-“(...) hacía un frío por todos aquellos pasillos, no hay consideración alguna (...)</i> (E2, L 178/180)</p> <p><i>-“(...) al frío que cogí (...)</i> (E3, L149/150)</p> <p><i>-“(...) Era mismo frío (...)</i> (E3, L152)</p> <p><i>-“(...) Después tuvieron que calentarme en el servicio porque yo estaba mismo frío, estaba mismo con frío (...)</i>. (E3, L155/157)</p> <p><i>-“(...) Estaba quedándome blanco y lleno de frío y dije (...)</i> (E4, L203)</p>
<p>BI 2 – Dolor</p>	<p><i>-“(...) pero ahí es cuando se siente, ahí cuando hay bastante obstrucción se siente más (...)</i> (E3, L72/73)</p> <p><i>-“(...) pero ahí es cuando se siente, ahí cuando hay bastante obstrucción se siente más (...)</i> (E3, L80/81)</p> <p><i>-“(...) es mismo así un dolor bastante insoportable (...)</i> (E3, L83)</p>

<p>BI 2 – Dolor</p>	<p>-“(...) eran los músculos todos doloridos (...)” (E3, L223)</p> <p>-“(...) con muchos dolores, dolores generalizados (...)” (E3, L233)</p> <p>-“(...) lo que me hacía estar más confuso era ese dolor, incluso un hormigueo por las manos (...)” (E5, L 150/151)</p> <p>-“(...) era un dolor, una cosa insoportable, parecía como los cilindros de un coche que no arrancaban (...)” (E6, L125/127)</p>
<p>BI 3 – Temblor</p>	<p>-“(...) me dejó los brazos dormidos y las manos y comencé a temblar (...)” (E1, L150/151)</p> <p>-“(...) sólo se que la otra vez después de tres horas temblaba como una vara verde! Después tuvieron que calentarme en el servicio porque yo estaba mismo frío (...)” (E3, L154/157)</p>
<p>BII 1 – Miedo</p>	<p>-“(...) La tercera vez me vi peor, parecía que me iba a desmayar, me quedé como tonto, y comencé a sentir mucho miedo (...)” (E1, L100/102)</p> <p>-“(...) se siente miedo, un miedo asustador (...)” (E2, 98)</p> <p>-“(...) cuando se va por primera vez, juro que se va con un poco de miedo (...)” (E3, L109/110)</p> <p>-“(...) hay un miedo, hay mismo miedo (...)” (E3, L114)</p> <p>-“(...) mismo aquel miedo de lo que podrá suceder (...)” (E3, L124/125)</p> <p>-“(...) yo miedo... sí, creo que tuve miedo (...)” (E3, L54)</p> <p>-“(...) cuando comencé a ver la cara de ellos, vi luego, y ahí si, tuve miedo en serio (...)” (E3, L63/64)</p> <p>-“(...) talvez sintiese más miedo en el primero...miedo de lo desconocido talvez...del propio acto en si, si iba a tener dolor, recelo de lo que el procedimiento pudiese revelar (...)”. (E3, L92/94)</p> <p>-“(...) miedo es algo que todos sentimos, y quien diga lo contrario miente. Nos podemos hacer una idea de lo que va a pasar pero no lo sabemos a ciencia cierta, si miedo, miedo a lo que pueda pasar (...)” (E4, L100/103)</p> <p>-“(...) claro que se siente miedo (...)” (E6, L/90)</p>
<p>BII 3 – Ansiedad</p>	<p>-“(...) en principio es una sensación extraña, que te van a meter algo ahí a dentro, y comienzas a pensar y a ponerte nervioso (...)” (E2, L65/67)</p> <p>-“(...) sabe que esto está complicado... usted aun va a pasar un mal rato, y nosotros también...” y yo pensé “joder”...y las cosas aumentando... y ahí la ansiedad aumentó (...)” (E3, L66/69)</p> <p>-“(...) ahora en términos de ansiedad,... sentí mucho eso, sentí eso curiosamente y estaba con más ansiedad a pesar de saber</p>

<p>BII 3 – Ansiedad</p>	<p><i>que es lo que tenía, o que era lo que me iban a hacer (...)</i> (E3, L116/119)</p> <p><i>-“(...) en términos de ansiedad costó más (...)</i> (E3, L123/124)</p> <p><i>-“(...) el hecho de saber el diagnóstico, aumentó a mi ansiedad (...)</i> (E3, L127/128)</p> <p><i>-“(...) todavía me hicieron sentir más ansiedad (...)</i> (E3, 158/159)</p> <p><i>-“(...) la persona siempre va pensando, imaginando, siempre pensando en lo que pasará, si todo saldrá bien (...)</i> (E6, L72/73)</p>
<p>BII 4 – Impotencia</p>	<p><i>-“(...) nos sentimos impotentes, con miedo de lo que podrá pasar (...)</i> (E3, L11/12)</p> <p><i>-“(...) vaya no tenía capacidad, mira estoy aquí... estoy aquí echado hagan con migo lo que quieran (...)</i> (E3, L44/46)</p> <p><i>-“(...) todo se junta, a veces uno quiere llorar unas lágrimas, pero a veces no se consigue (...)</i> (E4, L40/41)</p> <p><i>-“(...) miraba para mí y veía a una persona enferma... qué es lo que podría hacer?, no tenía posibilidad de nada (...)</i> (E5, L51/53)</p>
<p>BII 5 – Tranquilidad</p>	<p><i>-“(...) comencé a sentir el sudor escurrir por la cabeza abajo (...)</i> (E1, L72/73)</p> <p><i>-“(...) no había nada que me pudiese tranquilizar en esos momentos, no era dueño de mis actos, no me controlaba (...)</i> (E2, L78/80)</p> <p><i>-“(...) y después, la persona termina relajándose un poco más (...)</i> (E3, L53/54)</p> <p><i>-“(...) para mí eso me dejó también bastante tranquilo (...)</i> (E3, L109)</p> <p><i>-“(...) Eso de alguna forma me dejó más descansado (...)</i> (E3, L210)</p> <p><i>-“(...) no fui capaz de portarme bien, no me porté, entiendes (...)</i> (E3, L414/415)</p> <p><i>-“(...) al ser programado parece como que fuera menos grave, y parece como que vas más tranquilo (...)</i> (E5, L101/103)</p> <p><i>-“(...) las palabras que me dijo el médico terminaron por tranquilizarme algo, estaba que no cabía en mi (...)</i> (E6, L62/64)</p>

<p>BII 6 – Esperanza</p>	<p>-“(...) de cualquier manera todo lo que me explicaron facilitó la situación y me dio esperanza para continuar a delante con mi vida (...)” (E1, L301/303)</p> <p>-“(...) es nuestra vida la que está en juego, si nosotros ya estamos sufriendo, queremos cualquier cosa que nos salve (...)” (E3, L141/143)</p> <p>-“(...) “pero tu vas a pie?” y yo dije, vaya sólo faltaba no tengo ningún problema, pero yo propio estaba con dudas, pero a lo mejor no, puede que sólo vaya hasta aquí... y esto hace con que la persona se sienta con más confianza, y diga así, “al final no estoy muriéndome jolín! (...)” (E3, L325/329)</p> <p>-“(...) la esperanza es la última cosa que desaparece y la persona eventualmente puede tener la consciencia de que la meta podrá quedar por ahí, pero nosotros no hacemos mucho caso, porque la esperanza es siempre superior a todo eso (...)” (E3, L275/278)</p> <p>-“(...) eso ayuda a la persona, pone a la persona más relajada, para vivir aquella experiencia que, puede ponernos tensos, pero con eso después comienza a aumentar la esperanza, comienza a aumentar no? (...)” (E3, L317/320)</p> <p>-“(...) no se si tenía esperanza, pero si confiaba en que me iban a salvar (...)” (E4, L298/299)</p> <p>-“(...) todas las personas tienen esperanza, pero ante una situación tan grave, a veces no sabes qué pensar, creo que todo esto te traspasa (...)” (E5, L202/204)</p> <p>- “(...) al oír que todo iba según lo esperado, ahí es cuando comencé a tener esperanzas (...)” (E6, L198/199)</p>
<p>BII 7 – Sufrimiento</p>	<p>-“(...) sufría por toda mi familia, estaba en una situación límite (...)” (E1, L14/15)</p> <p>-“(...) no saber lo que estaba pasando es lo que me consumía, y sufría por todo ello (...)” (E2, L6/8)</p> <p>-“(...) y fue realmente en términos de sufrimiento... fue el más difícil (...)” (E3, L5/6)</p> <p>-“(...) yo no sentí mucho eso ahora, fue más un sufrimiento, un sufrimiento propiamente dicho por el estado clínico (...)” (E3, L114/116)</p> <p>-“(...) es nuestra vida la que está en juego, si nosotros ya estamos sufriendo, queremos cualquier cosa que nos salve (...)” (E3, L141/143)</p> <p>-“(...) cuando me llevaban para hacer el cateterismo y salía de la habitación le dije a mi mujer que no sufriera, que todo acabaría bien (...)” (E5, L11/13)</p>

<p>BII 8 – Recelo</p>	<p>-“(...) si tuve aquel recelo que toda la gente siente (...)” (E3, L54/55)</p> <p>-“(...) Yo después ya tenía algún recelo, ahí ya tenía recelo (...)” (E3, L197)</p>
<p>BII 9 – Angustia</p>	<p>-“(...) estoy aquí... estoy aquí echado hagan con migo lo que quieran (...)” (E3, L45/46)</p> <p>-“(...) Aumenta la ansiedad, aumenta aquella angustia, miedo, uno comienza a sentirse así...” (E3, L170/171)</p> <p>-“(...) me angustiaba la idea de quedar tocado para el resto de mi vida (...)” (E4, L55/56)</p> <p>-“(...) son sentimientos que están presentes aunque no seas pesimista, porque en esta situación, la angustia (...)” (E6, L14/16)</p>
<p>BII 10 – Tristeza</p>	<p>-“(...) me llenaba una sensación de tristeza que no podía explicarlo (...)” (E1, L58/59)</p> <p>-“(...) quedé un poco triste de no poder resolver el problema de una sola vez, pero lo comprendí (...)” (E3, L214/216)</p> <p>-“(...) estaba en un estado tan malo, tan triste, que yo mismo no tenía la capacidad para mantener la calma (...)” (E3, L415/416)</p> <p>-“(...) de camino hacía la sala de cateterismos me sentía triste, porque no sabía si volvería a ser lo mismo de antes (...)” (E4, L81/83)</p> <p>-“(...) se te pasan muchas cosas por la cabeza, y te sientes triste porque quizá no puedas arreglar cosas que tienes pendientes (...)” (E5, L232/234)</p> <p>-“(...) triste, muy triste (...)” (E6, L20)</p>
<p>BIII – Sentimientos trascendentes</p>	<p>-“(...) yo estaba en un estado tal de, de... no era inconsciente, era perfectamente consciente, pero estaba en un estado tan, tan deplorable, como si estuviese ausente, yo no conseguía tener un sentimiento definido, era una mezcla de ellos (...)” (E3, L40/43)</p> <p>-“(...) Hay una aceptación, a pesar de todo, es una aceptación mejor, porque, porque... es nuestra vida la que está en juego...” (E3, L140/142)</p> <p>-“(...) hay una mezcla de sentimientos (...)” (E3, L11)</p> <p>-“(...) viví muchas experiencias pero en estos últimos años, por tanto todo lo que viniera para mi era ganancia, pero también tenía la noción de que podría ser... morir, quiero decir podría alguna cosa correr mal (...)” (E3, L257/260)</p> <p>-“(...) yo tenía la consciencia que podría pasar algo malo (...)” (E3, L267/268)</p>

Anexo VI. Ejemplo de análisis cualitativo de datos con Weft-QDA

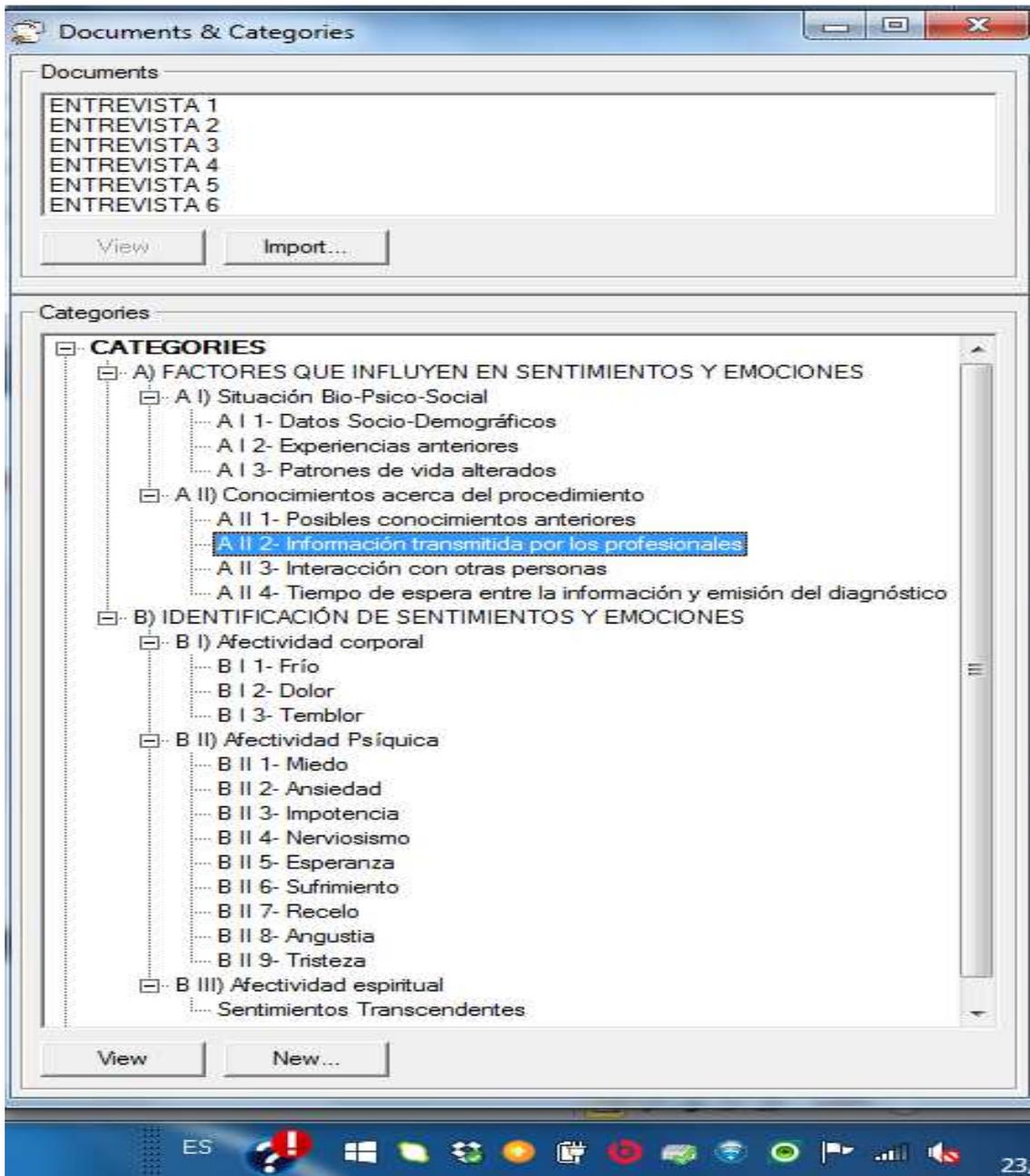


Figura 1. Entrevistas importadas y categorización jerárquica con el Programa informático Weft-QDA 1.0.1 para el análisis cualitativo de datos.

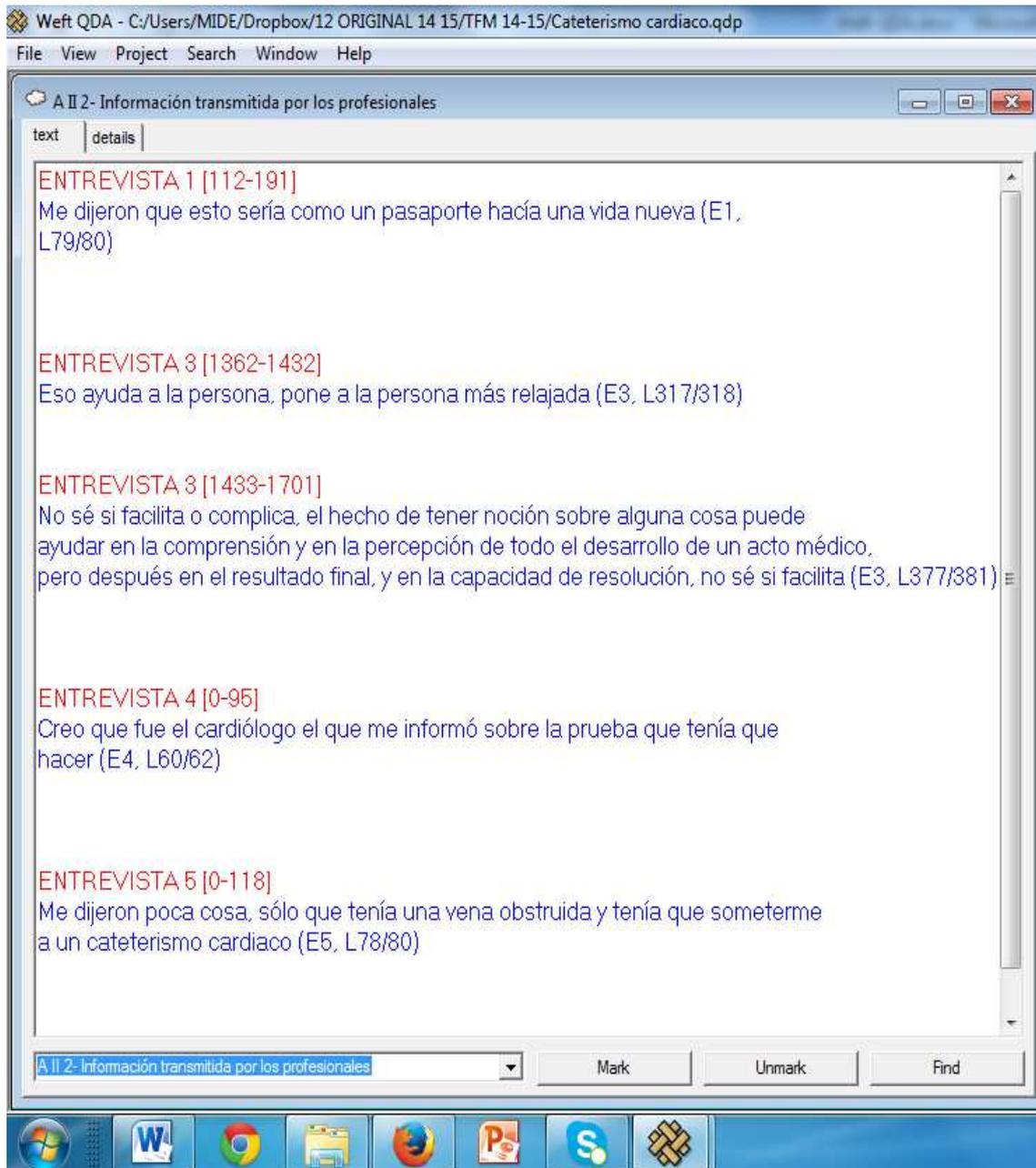


Figura 2. Ejemplo de transcripciones recuperadas para la subcategoría “Información transmitida por los profesionales” con el Programa informático Weft-QDA.