

Artículo original

Percepción de apoyo familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio

Perception of Family Support in a Group of Patients with a Diagnosis of Acute Myocardial Infarction

Percepção de apoio à família em um grupo de pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio

Margarita Azucena Rocha Aguayo,* Omar Fernando Ramírez de la Roche,** Ana María Navarro García***

Resumen

Objetivo: explorar la percepción del apoyo familiar de un grupo de pacientes con Infarto Agudo al Miocardio (IAM) durante su estancia en un hospital general ubicado en la ciudad de México. **Material y métodos:** estudio cualitativo, se indagaron cuatro ejes temáticos y se entrevistaron a seis pacientes con diagnóstico de IAM identificados en la unidad coronaria del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, entre diciembre de 2007 y junio de 2009. **Resultados:** antes del IAM: en ambos sexos se presentó miedo y confusión causados por la incertidumbre. En hombres hubo negación como mecanismo de defensa. En mujeres preocupación por las responsabilidades incumplidas y sensación de muerte asociada al miedo. *Estancia en urgencias:* los hombres por diferentes razones recibieron atención antes que las mujeres. *Estancia en la unidad coronaria:* a los hombres casados los visitaron sus esposas de manera regular y los hijos de manera esporádica; a las mujeres las visitaron sus familiares directos de manera esporádica. *Percepción del apoyo familiar:* sólo las mujeres percibieron la sensación de desequilibrio, en un contexto en el que la enfermedad es una crisis que desorganiza el funcionamiento familiar e impacta a todos sus miembros. **Conclusiones:**

se encontró un tipo de respuesta familiar a la enfermedad conocida como tendencia centripeta, en la cual se presenta aumento en la cohesión de los miembros de la familia, en la que el paciente es el centro de las interacciones familiares.

Summary

Objective: to explore the perception of the family support in a group of patients that experienced an acute myocardial infarction (AMI), during their stay in a general hospital located in Mexico City. **Material and methods:** qualitative study, four thematic axes were inquired and six patients with identified diagnosis of AMI were interviewed in the coronary unit of the General Hospital of Mexico “Dr. Eduardo Liceaga”, between December 2007 and June 2009. **Results:** before the AMI: fear and confusion were shown in both female and male caused by uncertainty. In men, there was denial as a defense mechanism. In women, worrying for the unfulfilled responsibilities and sense of death associated to fear. *Stay in emergency room:* for different reasons men received attention earlier than women. *Stay in the coronary unit:* married men received the visit of their wives regularly and of their children sporadically; women were visited by their relatives sporadically. *Perception of family support:* only women perceived sense of imbalance, in a context in which the disease is a crisis that disrupts family functioning and had a great impact on

Palabras claves: percepción, infarto agudo al miocardio, familia
Key Words: perception, acute myocardial infarction, family
Palavras chave: percepção, infarto agudo do miocárdio, família

Recibido: 23/1/2012
Aceptado: 27/2/2012

*Especialista en medicina familiar, Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 58, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Maestro en sistemas de salud, División de Estudios de Posgrado (DEP), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). ***Especialista en medicina familiar

Este artículo debe citarse: Rocha-Aguayo MA, Ramírez OF, Navarro-García AM. Percepción de apoyo familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio. *Aten Fam.* 2012;19(3):61-66.

Correspondencia:
Margarita A. Rocha Aguayo
maguitoazucena@hotmail.com

all members. **Conclusions:** it was found a type of family response to the disease known as centripetal trend, which presents increase of cohesion on the members of the family, where the patient is the center of the family interactions.

Resumo

Objetivo: explorar a percepção do suporte familiar para um grupo de pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) durante a sua estadia em um hospital geral localizado na Cidade do México. **Material e métodos:** estudo qualitativo, quatro temas foram investigados e foram entrevistados seis pacientes com IAM identificados na unidade coronariana do hospital geral do México “Dr. Eduardo Liceaga”, entre dezembro de 2007 e junho de 2009. **Resultados:** antes do IAM: em ambos os sexos surgiu medo e confusão causada pela incerteza. Nos homens, houve negação como mecanismo de defesa. Na preocupação de mulheres por sentir responsabilidades não cumpridas e sensação de morte associada ao medo. *Internação em urgências:* homens, por várias razões receberam cuidados mais cedo do que as mulheres. *Na unidade coronariana:* os homens casados receberam visitas regulares das esposas; as visitas dos filhos foram mais esporádicas. *Percepção do apoio familiar:* só as mulheres percebem a sensação de desequilíbrio, num contexto em que a doença é uma crise que perturba o funcionamento da família e afeta a todos os seus membros. **Conclusões:** encontrado um tipo de resposta da família para a doença conhecida como centrípeta, em que há um aumento da coesão dos membros da família, e o paciente é o centro de interações familiares.

Introducción

Ante una enfermedad aguda-grave se pueden observar cambios en la funcionalidad de la familia y un estado de alteración que requiere una respuesta adaptativa que obliga la incorporación de cambios homeostáticos en breves lapsos, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentará al duelo

que en algunas ocasiones, será merecedor de apoyo terapéutico especializado. Entre las respuestas adaptativas a la enfermedad, que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como: negación, ira, tristeza o depresión; negociación de roles y flexibilización de límites entre otros.¹⁻³

Existe un tipo de respuesta que las familias presentan como efecto de la enfermedad, es el denominado tendencia centrífuga; se puede observar en familias cuyas conductas, en general, no están relacionadas con la situación de la enfermedad. En estos casos el cuidado del paciente enfermo es delegado a una sola persona, que regularmente corresponde al sexo femenino como puede ser la madre, esposa o hermana mayor, la cual absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad.⁴

Para conocer mejor la problemática que rodea a los pacientes con IAM es necesario destacar la importancia que tiene la intervención de un equipo multidisciplinario para el adecuado manejo de estos pacientes. Destaca el papel que juega el médico familiar en el abordaje y manejo de la crisis, así como su importancia en el seguimiento, consejería y, en su caso, referencia al segundo nivel de atención, para así efectuar una adecuada adaptación del individuo y su familia a las actividades diarias tanto sociales, familiares y laborales.

El apoyo familiar se ha estudiado por varios investigadores en diversas patologías, sobretudo relacionadas con aspectos depresivos,⁵⁻¹¹ en las cuales se resalta, de manera indirecta, la importancia del soporte familiar y de las redes de apoyo. Es importante conocer las percepciones y creencias que se relacionan con los hábitos de vida, y así recuperar las vivencias e imaginarios para entender la mirada y las perspectivas actuales de los pacientes sobre los procesos de salud y enfermedad en una cultura que tiene matices que están por explorar, esto con el fin de recuperar la memoria, los saberes y la experiencia de los sujetos de cuidado, como un aporte para la comprensión de los fenómenos de salud y vida.

Espitia-Cruz¹² identificó que en las personas que padecieron un evento coronario agudo el apoyo familiar, las relaciones sociales y familiares, las redes de apoyo social y el ambiente laboral influyeron y fueron definitivos para incluir hábitos saludables en la nueva perspectiva de vida. Buitrago¹³ en una investigación cualitativa describió la experiencia de los hombres en la etapa posinfarto agudo de miocardio durante los primeros seis meses de ocurrido el evento, para identificar la presencia de sintomatología que pueda sugerir estados depresivos; este investigador encontró una categoría llamada “preocupaciones de los familiares” con la cual ubicó las apreciaciones en relación con los sentimientos y emociones de intranquilidad vividos por los integrantes de la familia, y que lograron ser percibidos por el paciente durante la vivencia del IAM.

Patiño-Villada FA¹⁴ encontró en su estudio que en los participantes jubilados, que viven en familias nucleares, la depresión no se hizo presente. A su vez, la depresión se presentó en aquellas personas que no se sienten aceptadas dentro de sus familias, lo que hace notar la importancia de tener relaciones familiares funcionales.

El objetivo de este trabajo es explorar la percepción de apoyo familiar y de los eventos en la unidad coronaria de un grupo de pacientes que sufrieron IAM durante su estancia hospitalaria en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Material y métodos

Investigación cualitativa. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a un grupo heterogéneo sobre procedencia y edad a seis pacientes con diagnóstico de IAM, todos captados en la unidad coronaria del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, entre diciembre de 2007 y junio de 2009. El tipo de muestra fue por conveniencia. Para recopilar la información se diseñó y aplicó una guía de entrevista. La guía se desglosó en 17 preguntas y ubicó cuatro momentos: antes del evento, estancia en urgencias, estancia en unidad coronaria y percepción del apoyo familiar. Estos aspectos permi-

ten acceder a la experiencia, expectativas, intereses y percepciones de los sujetos entrevistados, ya que los miembros de la familia recrean actos, acciones y emociones de acontecimientos que corresponden a los diferentes lugares en donde se encontraban durante la evolución del padecimiento.

Para el análisis se utilizaron las fases propuestas por Miles⁷ en las que distinguen tres etapas fundamentales: obtención de la información; captura, transcripción, ordenamiento de la información e interpretación, así como estructuración de los datos. Los cuatro momentos mencionados se separaron en matrices (ejemplo, matriz 1).

Por cada matriz construida se utiliza la codificación abierta para obtener las categorías correspondientes (ejemplo, matriz 2).

Resultados

Del grupo estudiado la mitad fueron hombres, todos casados con familias nucleares. Las mujeres presentaron menor escolaridad (Tabla 1). Se mantuvo la privacidad en cuanto al nombre del paciente.

Antes del evento (IAM). El grupo afectado se hallaba en dos espacios que definen lo masculino y lo femenino: trabajo y hogar. Las tres personas que se encontraban laborando estaban acompañadas por compañeros de trabajo. El paciente masculino que se localizaba en casa estaba con su esposa. La paciente femenina se encontraba acompañada por su nuera y la otra, por una vecina.

Independientemente del lugar donde se encontraran los aquejados, todos dieron aviso de los primeros síntomas a las personas con las cuales vivían en ese momento. Los hombres avisaron a las respectivas cónyuges. Las mujeres dieron aviso a sus hijos o hermanos según fuera el caso.

En ambos géneros se presentó miedo y confusión causados por la incertidumbre; en los hombres se presentó negación como mecanismo de defensa; en las mujeres encontramos preocupación por las responsabilidades que ya no podrían realizar y sensación de muerte asociada al miedo:

Matriz 1. Antes del evento (IAM)

Informantes	¿En dónde se encontraba cuando empezó a sentirse mal?	¿Con quién estaba en ese momento?	¿A quién le avisaron primero?	¿Qué sensaciones y/o pensamientos tuvo en ese momento?
Francisco	Me encontraba en la clínica, acababa de llegar	Estaba ahí un compañero médico internista	Cuando llegué al hospital ya estaba aquí mi esposa y mi hija	La verdad uno nunca piensa que le pueda pasar algo. Como si fuéramos inmunes, y aparte uno tiente al destino
Guillermo	Pus estaba en mi casa a mi edad ya casi ni salgo	La que me trajo fue mi esposa, yo no quería venir		Cuando me dijo mi esposa que podría ser del corazón me asuste
Javier	Estaba en el trabajo, ya llevaba como dos horas de haber llegado	Estaba recibiendo instrucciones de donde me tocaba hacer hoy las entregas cuando paso todo	Supongo que a mi esposa, ahí en la oficina tienen todos los teléfonos de los familiares	Tenía mucho dolor en el pecho y no sabía bien lo que estaba pasando, y cuando íbamos camino al hospital sentí mucho miedo, sabía que algo no andaba bien
Carmen	Fui a recoger a mi nieta a la escuela y cuando regresamos me puse a hacer la comida como siempre, sólo que me desmayé	Mi nuera estaba a mi lado	Mi hijo Roberto	Pues todo fue muy confuso... (silencio) no sabía lo que estaba pasando. De lo que me acuerdo es que ya tenía tiempo sintiéndome mal y de repente ya estaba en el hospital
Gudelia	Estaba en la vecindad, iba entrando, iba llegando del mercado	No recuerdo mucho, lo que me dijo la vecina (Bertha), como vivimos en una vecindad, nada más oyó un ruido fuerte y que se asomó y fue cuando me vio tirada en el suelo	Le habló a mi hermana a su trabajo	Al principio Bertha me asustó y luego me sentí preocupada y con mucho miedo porque nunca me había desmayado y mi hermana se tardaba en llegar, pensaba que a lo mejor ya llegaba y me encontraba muerta o vuelta a desmayar
Isabel	En la casa donde trabajo	No estaban los señores, sólo la servidumbre, estaban la cocinera y la otra empleada doméstica	Intentaron hablarle a mi hermano, pero por su enfermedad, mejor les di el teléfono de mi hermana Lina	Al principio estaba confundida y asustada, pero cuando el dolor se hizo más fuerte me dio mucho miedo, sentía que iba a morir

Matriz 2. Antes del evento (IAM)

Preguntas	Categorías	
¿En dónde se encontraba cuando empezó a sentirse mal?	Hombres	Trabajo, hogar
	Mujeres	Hogar, trabajo
¿Con quién estaba en ese momento?	Hombres	Compañeros del trabajo, esposa
	Mujeres	Nuera, vecina, compañeros del trabajo
¿A quién le avisaron primero?	Hombres	Esposa
	Mujeres	Hijo, hermanos
¿Qué sensaciones y/o pensamientos tuvo en ese momento?	Hombres	Negación, miedo, confusión, dolor, susto
	Mujeres	Confusión, miedo, preocupación, sensación de muerte, susto

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Nombre	Género	Edad (años)	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Tipo de familia
Francisco	Masculino	55	Casado	Licenciatura	Médico	Nuclear
Guillermo	Masculino	75	Casado	Analfabeta	Albañil	Reconstituida
Javier	Masculino	44	Casado	Bachillerato	Empleado	Nuclear
Carmen	Femenino	69	Separada	Primaria	Hogar	Extensa
Gudelia	Femenino	46	Separada	Primaria	Hogar	Extensa
Isabel	Femenino	58	Soltera	Primaria	Empleada doméstica	Equivalente familiar

La verdad uno nunca piensa que le pueda pasar algo. Como si fuéramos inmunes, y aparte uno tiente al destino (Hombre de 55 años).

Estancia en urgencias. Respecto al tiempo de atención, ningún paciente da una unidad de tiempo específica. De los hombres uno ingreso directo a la unidad coronaria, otro llegó a urgencias en ambulancia, y el tercero también pasó antes a urgencias por presentar en ese momento dolor torácico intenso. Todas las mujeres esperaron turno para ser atendidas:

Pasó harto tiempo, había mucha gente. ¿Siempre debe haber así de mucha, verdad? Pero así bien no sé cuánto tardamos, pasaron un resto antes que yo... (Gudelia 46 años).

Los hombres, por diferentes razones, recibieron atención antes que las mujeres, lo que repercute en el establecimiento del diagnóstico y en el inicio del tratamiento:

Me empezó a doler más el pecho y me dejaron pasar antes que otras personas (Guillermo de 75 años).

En relación con la información dada por los médicos, uno de los hombres recibió el diagnóstico de infarto, mientras que otro desconocía toda información ya que menciona:

A mí no me dijeron nada, se lo dijeron a mi mujer.

Las mujeres son más explícitas en sus respuestas, sólo mencionan los síntomas que presentaron en ese momento. No recibieron diagnóstico. Todos los pacientes relatan que les realizaron interrogatorio, exploración física y estudios de laboratorio y gabinete.

Referente a la visita familiar, ninguno contestó las preguntas con claridad. Todos los pacientes concuerdan en no haber

pasado más de 24 horas en el servicio de urgencias, además narran que se le permitió la entrada a un familiar para darle informes y recoger sus pertenencias al ser internados.

En ambos géneros se presentó miedo y sensación de muerte. Las mujeres siguieron dando respuestas más explícitas y largas, lo que indica que están mejor informadas, sin embargo refieren haber sentido confusión y nerviosismo, debido a que la información que poseen no la consideraron de utilidad.

Estancia en unidad coronaria.

Información proporcionada por médicos: los hombres emplearon solamente terminología médica, mientras que las mujeres ofrecieron respuestas más uniformes y explicaron con sus propias palabras su padecimiento. Sobre el tratamiento recibido, los hombres hablaron con el argot propio de la profesión; uno de ellos que es médico relató:

Me prepararon para la colocación del Stent.

El otro que es albañil mencionó:

Parte de mi corazón no estaba funcionando bien porque no le llegaba sangre que se había tapado la vena y que tenían que destaparla.

Nuevamente las mujeres ofrecieron respuestas más uniformes y refirieron el paso de:

Medicamentos por la vena.

Sólo un hombre mencionó la colocación de stent, esto debido a su nivel socioeconómico y profesión (médico), además de poseer diversos contactos que agilizaron todo el proceso.

Cabe señalar que la concepción de los pacientes, según la vía de administración de los medicamentos, fue muy variada. Por

ejemplo, el medicamento intramuscular actúa más rápido y es mejor que el administrado vía oral. En cuanto al medicamento intravenoso lo asociaron a un padecimiento grave que necesita la toma de medidas extremas. Por lo tanto, la vía de administración está asociada con la gravedad del padecimiento.

Todos los hombres eran casados y los visitaban sus esposas de manera regular, mientras que los hijos los visitaban de manera esporádica debido a las actividades que realizaban.

La que viene diario es mi esposa y mis hijos han venido un par de veces, ya sabe, tienen cosas que hacer (Javier de 44 años).

Esto se debe a que sus familias son tradicionales y ellos son los encargados del aporte económico familiar. A las mujeres las visitaron sus familiares directos, sin embargo eran visitas esporádicas, al tratarse de familias extensas, en las cuales las pacientes no trabajan y los familiares son el sustento económico familiar:

Sólo vienen mis hijos y mi nuera, se van turnando (Carmen de 69 años).

Al indagar sobre los cuidados recibidos, definidos como solicitud o requerimiento de especial atención, la percepción de los hombres está determinada principalmente por su sensación de bienestar y la describen de manera muy general. Las mujeres, al tener un rol de género de cuidadoras, saben que una persona enferma necesita de mayor atención y cuidados especiales. Son más informativas y descriptivas. Ambos géneros refieren inicio de actividad física, dato que concuerda con la bibliografía, la cual indica que entre más rápido inicie el paciente con una actividad física su rehabilitación será más favorable. Las sensaciones percibidas por los hombres se basan, principalmente, en la amenaza básica a la integridad y temor a la pérdida del control de sus funciones:

No puedo pararme ni hacer de la pipi, tengo que hacerlo aquí en la cama y es muy incomodo, en ocasiones me suben la cama para poder medio sentarme. Y todavía no me dan de comer bien (Guillermo de 75 años).

Esto puede explicarse por el rol de proveedores que tienen en la familia. Asimismo puede relacionarse con la vergüenza y el temor de sentirse vulnerables, cualidad propia del sexo femenino. En las mujeres predomina el miedo, ya que existe el temor a no soportar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento. Presentan sensación de muerte y ansiedad, además de remordimiento por las cosas que quedaron pendientes y creen no podrán resolver.

Las dos personas mayores de 60 años (hombre y mujer) refirieron sentir soledad, sentimiento que se explica por la etapa del ciclo individual en el que se encuentran, caracterizado por retiro y muerte:

Me sentí muy asustada, todavía no sé por qué me pasó esto... A veces me siento muy sola (Carmen de 69 años).

Percepción del apoyo familiar. Todos los pacientes mencionaron haber percibido apoyo familiar. Los hombres sólo refieren apoyo moral, esto basado en el hecho de que la familia está presente, brindándoles palabras de aliento y deseos de mejoría:

Sí, los veo preocupados por mi salud y mi mujer dice que aunque va haber cambios vamos a salir adelante (Guillermo de 75 años).

Por su parte, las mujeres refieren mayor sensación de seguridad y de no encontrarse solas para enfrentar la enfermedad:

Mi hermana está al pendiente de mí y cuando viene le dan los informes y me dice que voy mejorando y que espera que pronto me vaya a casa. Sin ella no me sentiría tan bien, me echa muchas porras y dice que va hacer todo lo que pueda para ayudarme y cuidarme, que tengo que ponerme bien para ya irnos (Gudelia de 46 años).

Respecto a las sensaciones producidas por la visita, en los hombres predominó la sensación de bienestar:

Son unos policías (sonrisa), no van a dejarme en paz (sus familiares) hasta que acate todas las indicaciones médicas (Francisco de 55 años).

En tanto que las mujeres presentan más síntomas de ansiedad por la separación; esto sólo es referido al término de la visita:

Me siento acompañada pero al mismo tiempo se que se van a ir en un rato y eso me angustia (Isabel de 58 años).

En ambos géneros se presentó alegría y sensación de devaluación, lo cual se explica por el temor a la pérdida funcional, a la pérdida del amor y a la aprobación dentro del núcleo familiar. Sobre el trato familiar, los hombres relatan recibir mayores atenciones de las que usualmente les dan sus parejas y sobretodo sus hijos:

Pues veo que mis hijos se preocupan más por mí y preguntan cómo sigo y ella (esposa) también se ha preocupado más por mí y lo que necesito, me trae varias cosas para distraerme (Guillermo de 75 años).

Las mujeres describieron una mejoría en la comunicación y pautas transaccionales entre los miembros de la familia. Sólo ellas percibieron la sensación de desequilibrio, en un contexto en el cual la enfermedad es una crisis que desorganiza el funcionamiento familiar e impacta a todos sus miembros:

Cuando salga voy a tener que seguir tomando medicamentos y seguir viniendo al doctor (lágrimas). Y quien sabe si pueda seguir haciendo todas mis cosas (Carmen de 69 años).

Se encontró un tipo de respuesta familiar a la enfermedad conocida como tendencia centrípeta, ésta refleja un aumento en la cohesión de los miembros de la familia, en la cual el paciente es el centro de las interacciones familiares; esto se aprecia en el testimonio de una de las pacientes internadas:

... ahorita que estoy aquí metida siento que nos llevamos un poco mejor, platicamos mucho más, tratan de distraerme y me cuentan todo lo que pasa en la casa y que mis sobrinos me extrañan. Siento que nos hemos acercado más. Ojalá todo siga así cuando salga (Mujer de 46 años).

Sobre los cambios futuros en la vida familiar, después del alta hospitalaria, los hombres mencionaron mejorar el autocuidado, situación que por razones culturales no se efectúa con frecuencia. Refieren realizar cambios, ya sea de trabajo o disminución de la jornada laboral, esto debido a que son los proveedores de la familia. Algunos de los cambios de hábitos son el dejar de fumar e ingerir alcohol. Las mujeres tienen una visión más amplia que incluye las posteriores visitas al médico, modificación de hábitos

en la alimentación, disminución de la actividad física y la toma de medicamentos:

Ya me dijeron que no puedo estar haciendo muchos esfuerzos por lo de mi corazón que está débil, además de estar tomando medicinas y ya no puedo comer chucherías ni garnachas, necesito más verduras, agua y bajar de peso. Van a ser muchísimos cambios pero son para estar mejor (Mujer de 58 años).

Discusión

La enfermedad aguda se vive de manera diferente entre los pacientes y depende de factores como el sexo, la edad y la etapa del ciclo de vida que cursa la familia. Una característica del médico familiar es su capacidad para abordar problemas de salud sin la restricción de la edad o el sexo de sus pacientes, además de tener una visión amplia del individuo en su medio.

La crisis paranormativa desencadenada por la cardiopatía isquémica, en los pacientes estudiados, pone en evidencia cómo las familias echan a andar mecanismos de adaptación inmediatos. Dependerá de los roles que desempeñan los integrantes y la flexibilidad para modificarlos, así como de la permeabilidad de sus límites, para que los individuos asuman su nuevo papel de enfermos y modifiquen su estilo de vida, también para que sus familias acepten que su paciente no es el mismo que antes del suceso agudo y apoyen los cambios necesarios para proteger su salud. Algunos de los pacientes reconocieron que tenían conductas dañinas para la salud, por lo que podían explicarse los motivos por los cuales se enfermaron, sin embargo otros pacientes no encontraban el origen de su problema y mostraban mayor sorpresa al presentar una enfermedad grave.

Desde el inicio del padecimiento el apoyo familiar estuvo presente y, conforme avanzó el proceso de atención y resolución de la cardiopatía, las familias se fueron organizando para permanecer al lado del paciente, incluso estos podían esperar que el apoyo se mantuviera constante una vez que egresaran del hospital, lo que refleja el papel central de la familia en la recuperación

de los pacientes; es así como el trabajo médico –tecnológico institucional– al mismo tiempo que el trabajo familiar influyen en la mejoría de los pacientes. En este fenómeno radica la importancia del enfoque de la medicina familiar, ya que los enfermos no son individuos aislados y el apoyo familiar no es una necesidad exclusiva para los integrantes menos competentes, los que “sostienen” a su familia también pueden requerir ser apoyados. Cuando el médico familiar atiende al paciente, también debería atender a la familia.¹²⁻¹⁴

Conclusiones

El IAM es un padecimiento estigmatizado y culturalmente tiene una concepción diferente a cualquier otra enfermedad, pues se trata de un órgano vital el cual, al ser afectado, puede producir la muerte de una forma aguda. Es cierto que la recuperación, rehabilitación e integración del individuo es un trayecto largo, pero con la ayuda de un equipo multidisciplinario y el apoyo familiar culminará con éxito.

Encontramos que esta enfermedad afecta a las personas durante la etapa productiva de sus vidas, por lo general cuando la familia ya está formada y es imprescindible el apoyo económico del jefe de familia. La enfermedad es percibida como discapacidad, las limitaciones que ésta impone y la incapacidad para realizar actividades van acompañadas de una pérdida en la calidad de vida. El enfermo cardíopata es considerado como una persona limitada. Los factores de riesgo asociados con patologías del corazón no forman parte de la preocupación cotidiana, pues el cuidado de la salud predomina una escasa cultura preventiva.

El perfil que tiene el médico familiar le permite intervenir en todas las etapas de la evolución de la enfermedad. La atención que ofrece es con un enfoque de riesgo, integral y de manera continua. La relación médico-paciente tiene un papel primordial en todos los niveles de atención, ya que encontramos la falta de información como un importante generador de ansiedad.

El paciente crónico tiene que enfrentarse a la posible discapacidad y asumir emocionalmente el sufrimiento y pronóstico de su enfermedad. Estas son razones que convierten al médico familiar en un profesional experimentado, tanto en el abordaje psicosocial como en las difíciles relaciones transferenciales, que se observan en enfermos con dolor y en pacientes con deficiencia y que están próximos a morir.

El médico familiar puede ser una pieza clave en el adecuado manejo de las crisis, teniendo en cuenta que todo tipo de crisis implica un importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere de un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares. Podemos afirmar que: la labor de educación sanitaria que puede desarrollar el médico familiar en el control de los factores de riesgo clásicos (tabaquismo, dislipidemias e hipertensión arterial) debe ser prioritaria. Es necesario fomentar la conciencia de que el costo de la prevención es significativamente menor al costo de su tratamiento. El paciente coronario, aunque tiene una relación frecuente con el cardiólogo a lo largo de la evolución de la enfermedad, debe mantener un contacto permanente con el médico familiar, por lo que el conocimiento de los aspectos psicosomáticos del paciente coronario es una necesidad primordial en la asistencia primaria. Hay problemáticas importantes que requieren de la atención conjunta del grupo familiar para asesorarlo y ayudarlo, o para que tenga una adecuada percepción del problema. En tal sentido la terapia familiar, asociada con el trabajo médico, puede hacer un aporte significativo. La asistencia psicológica a la familia debe hacerse antes, durante y después de la enfermedad. El médico debe tener una actitud fluida con el paciente y su familia, captar las relaciones entre ellos, la dinámica interna y evitar los malentendidos. Se ha de preguntar y escuchar todo lo que pudiera ayudar a descargar temores, problemas y tensiones.

Referencias

1. Strain J, Grossman S. Psychological Care of the Medically I: A Primer in Liaison Psychiatry, Nueva York: Appleton-Century-Crofts;1975.
2. Huerta-González JL. Estudio de la salud familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Programa de actualización continua en medicina familiar. Libro 1. Distrito Federal, México: Intersistemas;2000.p.28-30.
3. Kornblit A. Somática familiar en enfermedad orgánica y familia. 2a. ed. España:Gedisa;1996.
4. Fernández-Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM. 2004 nov-dic;(47)6:251-54.
5. Van den Brink RH, Van Melle JP, Honig A, Schene AH, Crijns HJ, Lambert FP, y col. Treatment of depression after myocardial infarction and the effects on cardiac prognosis and quality of life: rationale and outline of the Myocardial Infarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT). Am Heart J. 2002 Aug;144(2):219-25.
6. Ximenes-Neto FR, Félix RMS, Oliveira EM, Jorge MSB. Concepcões, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. Enferm Glo. 2009 Jun;(16):123-129.
7. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. 2a ed. Thousand Oaks, California: Sage;1994.
8. Da Silva-Paiva G, De Oliveira-Lopes MV. Respuestas humanas identificadas en pacientes con infarto agudo del miocardio, ingresados en una unidad de terapia intensiva. En: Enfermería en cardiología.2005;(36)22-27.
9. JMH Strik J, Denollet J, Lousberg R, Honing A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. J Am Coll Cardiol. 2003 nov;(42):1801-1807.
10. Ziegelstein RC, Fauebach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. Arch Intern Med. 2000 Jun;(160)12:1818-23.
11. Álvarez-Ramírez LY, Flórez-Gallo L, Mateus D. Validación convergente de la narrativa prototipo de la depresión en grupos de adultos intermedios y tardíos en Bucaramanga. Revista Diversitas Pensamiento Psicológico. 2007 ene-jun;(3)8:75-84.
12. Espitia-Cruz SE, Rincón-Orsorio F. Percepciones y creencias en personas que padecieron un evento coronario agudo. av.enferm.2011; xxix(2):307-318.
13. Buitrago LA. Experiencias de los hombres durante la etapa posinfarto de miocardio y presencia de estados depresivos. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2011;(8)1:42-51.
14. Patiño-Villada FA, Arango-Velez EF, Lopera-Orrego NA, Ortiz-Colorado NA, Pérez-Alzate E, Santamaría-Olaya JJ, y col. Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de actividad física. IATREIA. 2011 sep-nov(24)3:238-249.