

La experiencia vivida de una mujer revascularizada por enfermedad coronaria: estudio de caso*

A experiência vivida de uma mulher revascularizada pela doença coronária: estudo de caso

The lived experience of a woman with revascularization by coronary disease: case study

• Inna Elida Flórez Torres¹ • Clara Victoria Giraldo Mora² • María Angélica Arzuaga Salazar³ •

*Estudio de caso derivado de la tesis doctoral *Significados de la experiencia vivida de mujeres con enfermedad cardiovascular revascularizadas*.

•1• Candidata a Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.
E-mail: iflorezt@unicartagena.edu.co

•2• Doctora en Sociología Médica. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
E-mail: victoria.giraldo@udea.edu.co

•3• Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
E-mail: maria.arzuaga@udea.edu.co

Recibido: 15/06/2016 Aprobado: 12/12/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n3.58378



Resumen

Objetivo: Comprender los significados de la experiencia vivida de una mujer revascularizada por enfermedad coronaria.

Metodología: Estudio de caso fenomenológico con perspectiva de género, realizado en Cartagena, Colombia, entre febrero y junio de 2015. El análisis temático estuvo guiado por el método de Van Manen.

Resultados: La experiencia del *cuero vivo* significó percibir el anuncio de la enfermedad, prever los estragos sobre la corporeidad y feminidad, y anticiparse al sufrimiento. Las *relaciones vividas* significaron mantener un diálogo con un ser superior, una conexión de ayuda y dependencia con los cuidadores, *Sentirse "al revés"*: de cuidadora a cuidada. La experiencia del *espacio vivido* significó la entrada al quirófano: *Atravesar la raya roja*; la estancia en la unidad de cuidado intensivo, recibir un cuidado en soledad; salir de ella, la alegría de ganar una lucha. El *tiempo vivido* significó un punto de quiebre entre el antes y el ahora, un tránsito temporal de la experiencia, y recuperarse para mantener el rol. Las *cosas vividas* significaron una preocupación anticipada y una pérdida del dominio del rol.

Conclusión: Los significados otorgados a la experiencia permiten comprender su particularidad existencial. Durante la espera para la cirugía, la mujer se anticipa a los efectos sobre el rol social, sus dinámicas e interacciones; al enfrentarse al procedimiento, vive una situación límite. Intervenciones sensibles al género son requeridas para reconocer las necesidades de la mujer en los diferentes contextos de cuidado.

Descriptores: Enfermedad Coronaria; Revascularización Miocárdica; Hermenéutica; Feminismo; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Comprender os significados da experiência vivida de uma mulher revascularizada pela doença das coronárias.

Metodologia: Estudo de caso fenomenológico com uma perspectiva de gênero, realizado em Cartagena, Colômbia, de fevereiro a junho de 2015. A análise temática foi guiada pelo método de Van Manen.

Resultados: A experiência do *corpo vivido* significou poder perceber o anúncio da doença, prever o caos na fisicalidade/feminilidade e antecipar-se ao sofrimento. As *relações vividas* significaram manter um diálogo com um ser superior, uma conexão de ajuda e dependência dos cuidadores, *Sentir-se "ao contrário"*: de cuidadora a cuidada. A experiência do *espaço vivido* significou a entrada à sala de cirurgia: *Atravessar a linha vermelha*; ficar na unidade de terapia intensiva significou receber cuidados sozinha; sair dela, a alegria de vencer uma luta. O *tempo vivido* significou um ponto de ruptura entre o antes e o agora, um trânsito temporário da experiência, e recuperar-se para retomar o papel. As *coisas vividas* significaram uma preocupação antecipada e uma perda de controle do papel.

Conclusão: Os significados atribuídos à experiência permitem compreender sua peculiaridade existencial. Durante o tempo de espera para a cirurgia, a mulher se anticipa aos efeitos sobre o papel social, suas dinâmicas e interações; quando confrontada com o procedimento, vive uma situação extrema. É preciso gerar intervenções sensíveis ao gênero a fim de reconhecer as necessidades das mulheres em diferentes contextos de cuidado.

Descritores: Doença das Coronárias; Revascularização Miocárdica; Hermenêutica; Feminismo; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To understand the meanings of the lived experience of a woman with revascularization by coronary disease.

Methodology: Phenomenological case study with a gender perspective. It was carried out in Cartagena, Colombia, from February to June 2015. The thematic analysis was guided by the Van Manen's method.

Results: The *lived body* experience meant perceiving the warning of disease; fore see the ravages of corporality/femininity, and anticipating the suffering. The *lived relations* meant maintaining a dialogue with a superior being, a connection of aid and dependence with caregivers and *Feeling "the other way around"*: from caregiver woman to woman cared. The *lived space* experience meant the entrance to the operating room: *To cross the red line*; the intensive care unit stay, receiving a care in solitude; to leave it, the joy of winning a battle. The *time lived* meant a break point between her previous and her present stay, a temporary transit of experience, and thus to recover in order to keep up her role. The *lived things* meant an anticipated concern and a loss of control of her role.

Conclusion: The meanings provided to the experience allow understanding its existential distinctiveness. During the waiting time for surgery, the woman anticipates the impact on the social role, on its dynamics and interactions; when facing the procedure, she experiences a limit situation. Gender-sensitive interventions are required in order to recognizing the needs of women in varying care contexts.

Descriptors: Coronary Disease; Myocardial Revascularization; Hermeneutics; Feminism; Nursing (source: DECS BIREME).

Introducción

A nivel mundial, las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) —a menudo consideradas sólo un problema masculino— son la principal causa de mortalidad en las mujeres y son responsables del 46% de las muertes en las de edad avanzada (1). En Estados Unidos y América Latina constituyen la principal causa de muerte y discapacidad prematura, situaciones favorecidas por la alta prevalencia de factores de riesgo, como la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad (2).

Entre las ECV, la Enfermedad Coronaria (EC) —también llamada *enfermedad isquémica del corazón*, en la que se agrupan la angina pectoris, la falla cardíaca isquémica y el infarto agudo de miocardio (3)— ocupa el primer lugar de las diez principales causas de defunción entre las mujeres en el mundo (1).

En Colombia, la incidencia de EC aumentó en un 8,2% en mujeres durante el periodo 2010-2014, lo que evidencia un problema de salud pública creciente (3). Durante el año 2015, ocupó el primer puesto entre las diez principales causas de defunciones, con 32 976 casos certificados, equivalentes al 16,3% (4). Por departamentos, la mortalidad y ocurrencia, si bien no muestran un patrón uniforme, aquellos con mayores tasas se encuentran ubicados en las regiones Andina y Caribe. En esta última, en el departamento de Bolívar, la tasa de mortalidad de mujeres por EC en el año 2014 correspondió al 45,47% (3).

La alta prevalencia de la EC se acompaña del aumento de la demanda de procedimientos de intervención y de la cirugía de Revascularización Miocárdica (RVM), cuyo objetivo es corregir la isquemia miocárdica por obstrucción de las arterias coronarias (5). Como tratamiento quirúrgico, se ha convertido en un procedimiento de rutina, lo que implica un desarrollo tecnológico progresivo en las últimas tres décadas (6). Sin embargo, se han descrito las repercusiones fisiológicas y las complicaciones de la RVM durante el posoperatorio. Además, el dolor como agente estresante en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), relacionado con factores como la incisión quirúrgica en la región del esternón y las actividades esperadas, puede

influir negativamente en la recuperación de la salud (7,8). La mediastinitis, con una incidencia de 1,4%, sigue siendo una complicación de baja prevalencia, con consecuencias devastadoras (9).

En relación con la experiencia de la RVM, Ariza (6) —sin diferenciar el género— señala como fuentes de estrés el sometimiento a ambientes cargados de estímulos estresores, como son el paso por la UCI, la dependencia de otras personas y de la tecnología, el aislamiento social y las preocupaciones por los resultados del procedimiento y la recuperación, por el futuro y por la vida personal y laboral.

Existen estudios sobre las diferencias de género en relación con la experiencia y la percepción de los síntomas de la EC, la búsqueda de ayuda (10), la calidad de vida y la recuperación de procedimientos invasivos y del tratamiento quirúrgico (11,12). No obstante, el conocimiento es limitado en cuanto a cómo la mujer otorga significados a la experiencia de la RVM.

La fenomenología y los estudios de género pretenden encontrar modos de discurso que puedan descubrir el significado en la vida cotidiana (13). La fenomenología hermenéutica de Van Manen se enfoca en comprender las experiencias vividas y descubrir sus significados; integra elementos de la fenomenología eidética o descriptiva y de la fenomenología hermenéutica, cuyo estudio es la interpretación. De la primera corriente, el teórico retoma conceptos de Husserl, como el mundo de la vida, la esencia, el método de la reducción; de la segunda, el carácter existencial, especialmente el pensamiento de Heidegger, que reconoce a la persona como un ser en el mundo (13, 14).

Para Van Manen, las experiencias vividas y las estructuras de significado constituyen la complejidad del mundo de la vida. Sobre este último, el autor concibe cinco existenciales, que son guías interpretativas del fenómeno o categorías que lo integran (13, 14), mediante los cuales los seres humanos experimentan el mundo: el cuerpo vivido, el espacio vivido, el tiempo vivido, la relación humana vivida y las cosas vividas —o materialidad—.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo del presente estudio fue comprender los significados de la experiencia vivida de una mujer revascularizada por EC.

Metodología

Estudio de caso cualitativo-fenomenológico-interpretativo con perspectiva de género, para el cual se empleó el método de Van Manen. Se desarrolló en Cartagena, Colombia, entre febrero y junio de 2015. Mediante un muestreo intencional, se seleccionó y se entrevistó en profundidad a una participante considerada un caso rico en información: cartagenera, de 64 años, revascularizada en el año 2006, casada, de estrato socioeconómico 4, mestiza, católica, con estudios de bachillerato, ama de casa y que ejerce los roles de esposa/madre.

Como criterio de selección, se tuvo en cuenta que la participante portara el fenómeno en estudio y presentara condiciones físicas y mentales que le permitieran narrar su experiencia de acuerdo con los nueve años de haber transcurrido la cirugía. Los referentes fenomenológicos destacan que el concepto de *experiencia vivida* posee un significado filosófico y metodológico, dado que anuncia la intención de explorar directamente las dimensiones originales o *prerreflexivas* de la existencia humana (14): “El tiempo objetivo, como toda otra instancia trascendente, no es un dato fenomenológico. El punto de partida se encuentra en la inmanencia de la conciencia. En este sentido, el tiempo objetivo será explicitado a partir de las vivencias que lo constituyen” (15).

La entrevista empezó con la siguiente pregunta: *Por favor, ¿podría hablarme sobre su experiencia del infarto y la cirugía del corazón?*

El análisis se inició con la transcripción de la entrevista, su lectura y relectura para alcanzar la inmersión en el fenómeno. Posteriormente, mediante las aproximaciones de lectura detallada —línea por línea—, selectiva —frase o grupo de frases— y holística —el texto como un todo—, fueron identificadas las primeras unidades temáticas y luego agrupadas en patrones temáticos guiados por los existenciales (14,16).

De acuerdo con la propuesta de Van Manen, las frases recurrentes, las raíces etimológicas y las metáforas fueron analizadas mediante memos. Por corresponder a un estudio de caso, no se alcanzaron a estructurar categorías comprensivas. La interpretación se logró mediante una revisión sobre los temas emergentes.

Para mantener el rigor metodológico, se tuvieron en cuenta los criterios de credibilidad, confirmabilidad y dependabilidad (17). Para garantizar la fiabilidad y la credibilidad de las interpretaciones, la entrevista fue transcrita por la investigadora, respetando todas las expresiones lingüísticas de la participante; luego, la entrevista le fue devuelta y validada. El análisis fue realizado por la investigadora y triangulado con las asesoras de la tesis, investigadoras de dos disciplinas psicología y enfermería. Los resultados fueron socializados en un taller de análisis a nivel doctoral. A continuación se presentan los ejemplos textuales de la participante y su concordancia con las interpretaciones. Se considera viable alcanzar la confirmabilidad una vez que se haya descrito la ruta metodológica (17).

La *reflexividad*, entendida como la conciencia del investigador y su situación con la conexión en la investigación, inició con la introspección de la investigadora (18), consignada en notas reflexivas sobre las motivaciones, el interés con el fenómeno y la relación con la vida personal y profesional, explicitando preconcepciones, creencias, conocimientos y sesgos (14,18).

Dada la característica idiográfica del estudio de caso, se reconoce como limitación la transferibilidad de los resultados a otras experiencias similares.

El estudio se consideró de riesgo mínimo. Según el acta n° CEI-FE 2015-1 del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, se contempló el consentimiento informado, la autorización para grabar la entrevista, la confidencialidad y la discreción en el manejo de la información mediante un seudónimo.

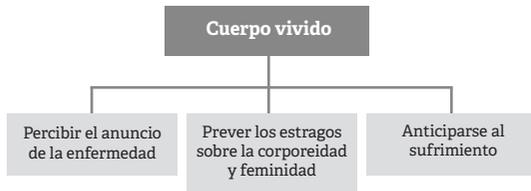
Resultados

Las estructuras de significados de la experiencia vivida se describen y se interpretan a la luz de los cinco existenciales:

El cuerpo vivido

La experiencia del cuerpo vivido significó percibir el anuncio de la enfermedad, prever los estragos sobre la corporeidad y la feminidad y anticiparse al sufrimiento (ver Figura 1).

Figura 1. Patrón temático del existencial el *cuerpo vivido*



Fuente: datos del estudio

Percibir el anuncio de la enfermedad. El anuncio de la enfermedad es percibido mediante manifestaciones corporales vagas e inespecíficas, las cuales se mantienen en privado en la medida en que son toleradas y permiten el ejercicio cotidiano del rol. Al convertirse en limitantes, provocan una irrupción en la vida de la mujer y la opresión es reconocida como una señal de alarma ante la cual ella rompe el silencio. Este hecho se materializa en una acción concreta, que es la búsqueda de ayuda:

Esa noche sentía una molestia pasajera. Me sentí como fastidiada; sentía como algo raro en mi cuerpo, pero no les dije nada. Yo seguía en mis actividades; tampoco quise alarmarlos. Al día siguiente, estaba en la cocina terminando el almuerzo, cuando me dio esa opresión... Yo quería seguir y almorzar con mis hijos, pero no podía más... Les dije lo que me estaba pasando. El cuerpo no me dejaba seguir; todos corrieron y me llevaron al hospital [MP].

Prever los estragos sobre la corporeidad y la feminidad. Ante el diagnóstico de la enfermedad y al recibir la noticia de la cirugía, se generan preocupaciones relacionadas con la suspensión transitoria del

rol y con el tiempo de hospitalización. Valora en su imaginario la magnitud y las consecuencias corporales relacionadas con ser mujer, a la vez que dirige las preocupaciones hacia los efectos sobre su imagen al quedar marcada con una cicatriz de gran tamaño, visible, que perturba su estética corporal y deja una huella. Queda la impresión prolongada en el tiempo de una experiencia dolorosa, agresiva, peligrosa:

Cuando el médico dice que tenían que operarme, en esos momentos a mí me preocupaba todo: no poder hacer mis cosas, el tiempo que debía seguir hospitalizada... Mi cuerpo no sería el mismo después de una cirugía tan grande... Me preocupaba una cicatriz muy grande en el pecho. Sí, porque eso se ve feo... Yo me voy a bañar en el mar, y que me vean esa raja en el pecho como un ciempiés [MP].

Anticiparse al sufrimiento. En la vivencia previa a la cirugía, la mujer transita en el sufrimiento desde lo imaginario a lo real y experimenta miedos relacionados con el riesgo de morir y con la posibilidad de no superar la cirugía y de presentar complicaciones. En el posoperatorio, al enfrentar la realidad, experimenta la sensación dolorosa como centro de su existencia y, en consecuencia, direcciona su comportamiento motivada por el sufrimiento, el miedo y el dolor:

En la experiencia de la cirugía, mi cuerpo fue el que más sufrió con todo lo que me estaba pasando. Antes de entrar al quirófano, le pedía a Dios que cuando abriera los ojos y despertara de la cirugía no me diera ningún malestar ni dolor en ninguna parte. Cuando

desperté, me sentía toda dolorida. No podía mover mi cuerpo; estaba toda llena de aparatos; tenía un brazalete que se inflaba en mi brazo. Para moverme, me dolía todo; me daba miedo que se reventara un punto por dentro o algo. Yo estaba quietecita y callada [MP].

cuando despierte me devuelvas a mi familia... No me quiero morir. Yo quiero volver, y voy a volver a mi casa a ver a mis hijos. Amo mi hogar. Te amo a ti, Señor» [MP].

Las relaciones humanas vividas

Éstas significaron mantener un diálogo con un ser superior, una conexión de ayuda y dependencia con los cuidadores y sentirse “al revés”: de cuidadora a cuidada (ver Figura 2).

Figura 2. Patrón temático del existencial *las relaciones humanas vividas*



Fuente: datos del estudio

Mantener un diálogo con un ser superior. La realidad de la cirugía genera una reflexión existencial con un ser superior, que tiene el poder de determinar la vida o la muerte. Aboga por su mediación y por su intersección durante la cirugía. Esta relación se sustenta por el temor a morir y por el deseo de seguir viviendo, de compartir y continuar las relaciones vividas con las personas significativas. En la fe se refuerza las ganas de vivir:

Antes de la operación, yo decía: «Señor, dirige a los médicos para que hagan la operación. Opérame tú. Te voy a pedir con todo mi corazón y con toda mi alma que

Una conexión de ayuda y dependencia con los cuidadores. En las relaciones humanas vividas con el equipo de salud, se establece un vínculo de dependencia para superar la cirugía y alcanzar la recuperación. En el contexto del cuidado recibido, una relación de apoyo y proximidad con sus cuidadores formales se manifiesta mediante actitudes concretas, como la presencia, la atención, la diligencia, la comunicación y la reafirmación:

Después de la cirugía estuve tranquila. Las enfermeras me iban a ver; los médicos estaban muy pendientes de mí, me controlaban a cada rato, me tomaban muestras. Todos estaban muy pendientes de mí, llegaban temprano, me saludaban, me decían que lo peor lo había superado. Y, de verdad, sin todas esas atenciones, yo no lo hubiera logrado. Todos me daban fuerzas para seguir luchando. Pude superar el infarto y la cirugía. Ellos fueron muy importantes para salir adelante [MP].

Sentirse “al revés”: de cuidadora a cuidada. De regreso a casa, la mujer valora la incondicionalidad del cuidado recibido de sus familiares en el proceso de recuperación. La experiencia de ser cuidada es grata al ser apoyada, acompañada por sus hijos y su esposo. Se reconoce un apoyo familiar con amor, buenos sentimientos y preocupaciones. El evento significó transformarse en el ser vulnerable que necesita ser cuidado; una experiencia nueva en la que transita de proveedora a receptora de cuidados y asume el rol de persona cuidada:

Ya en mi casa, después de la operación, se sintieron muy preocupados todos, principalmente mis hijos. Yo me sentía como *al revés*, viendo que ellos me cuidaban tanto... Vivían pendientes de mí; estaban pendientes de las medicinas, de que comiera bien; me ayudaban; me acompañaban en todo. En esos momentos, sentí mucho el amor de mis hijos. Todo eso fue muy valioso en aquellos momentos de mi recuperación [MP].

El espacio vivido

La experiencia del espacio vivido significó la entrada al quirófano: “Atravesar la raya roja”; la estancia en la unidad de cuidado intensivo, recibir un cuidado en soledad; salir de ella, la alegría de ganar una lucha (ver Figura 3).

Figura 3. Patrón temático del existencial el espacio vivido



Fuente: datos del estudio

La entrada al quirófano: “Atravesar la raya roja”. En el contexto del quirófano, la mujer experimenta un momento crucial y crítico por la cercanía a la muerte; toma conciencia de la finitud de su vida; se percibe y se acepta como un ser mortal. El quirófano significó la vivencia de una situación límite dada por la inminencia de la cirugía y las expectativas de superarla, el peligro y el riesgo de morir; un ambiente de desolación en el

que se contrasta el silencio y la agitación de la rutina con la autorreflexión sobre las posibilidades de una realidad inevitable. Se apela a un ser superior que tiene el poder de salvarla y le otorga esperanza:

Estuve tranquila hasta la sala de recuperación cuando me estaban preparando, pero cuando sentí que era inevitable *atravesar la raya roja* del quirófano, todo se me vino encima. Es cuando te enfrentas a la realidad de lo que se acerca...; y temblaba no sé si por el frío o por el miedo. Allí todos corrían. Pensaba nuevamente en que me podía quedar, en que yo podía no volver más... Si vivía, Dios me daba una nueva oportunidad [MP].

La estancia en la UCI: recibir un cuidado en soledad. En la uci la participante es consciente de su existencia. Ésta es percibida como condicionada al riesgo de complicaciones: una experiencia angustiante y en soledad. El cuidado es valorado como una señal que advierte la complejidad de la situación y la necesidad de dependencia de otros para superar las amenazas. Esta situación conlleva a una percepción del tiempo detenido, vinculada a la persistencia del peligro respecto a su condición:

Cuando salí de la cirugía, me pasaron a la Unidad de Cuidados Intensivos. Allí desperté y después me quitaron el tubo; estuve en un cubículo especial, solita. Escuchaba que el médico

decía: «Cuidado con esta paciente, que no se le suba la presión. ¿Cómo va el sangrado?». Las enfermeras entraban a cada rato, me controlaban mucho. Sentía que la situación aún era complicada. Todo era igual: el día y la noche; todo el tiempo las alarmas... [MP].

Salir de la uci: la alegría de ganar una lucha. La experiencia de salir de la uci significó un anclaje a la vida; sentirse salvada, vencer la lucha contra la soledad, poder estar con otros en contextos de menor complejidad; salir al encuentro familiar y percibirse a sí misma en condiciones favorables para interactuar, habitar y coexistir:

Después, me pasaron a una habitación en Intermedios, donde estuve pocos días, y luego a la sala de hospitalización. Sentía que podía cantar victoria; el sólo hecho de recibir visitas por más tiempo, ver a mis hijos... Sentía que Dios me estaba dando una oportunidad de seguir viviendo [MP].

El tiempo vivido

Éste significó un punto de quiebre entre el antes y el ahora; un tránsito temporal de la experiencia y recuperarse para mantener el rol (ver Figura 4).

Figura 4. Patrón temático del existencial *el tiempo vivido*



Fuente: datos del estudio

Un punto de quiebre entre el antes y el ahora. La vivencia temporal de los momentos críticos de la experiencia significó una ruptura súbita que delimita un antes y un ahora. El antes la mujer lo reconoce como la normalidad y bienestar; el ahora, como la huella en la existencia que transforma su vida y el sentido de sí misma:

La cirugía me partió la vida en dos: antes del infarto, yo me sentía normal, bien, y de repente me dicen que me tienen que operar... ¡y del corazón!, ¡no, tremendo! A mí la cirugía me partió la vida en dos: yo era otra mujer antes de la cirugía. No soy la misma; ahora valoro más mi salud, mi familia, todo lo que Dios me ha dado [MP].

Un tránsito temporal de la experiencia. En la vivencia, la participante transita en una dimensión circular del tiempo: pasado, presente y futuro interactúan de manera inseparable. En el presente, a la señal corporal de la cirugía le adjudica un sentido libertador de la muerte. La experiencia resignifica la vida; el futuro está ligado a la esperanza de su propia existencia:

La cirugía marca la vida para siempre. Ahora, después de todo, me veo diariamente la cicatriz y digo: «Salvaste mi vida; estoy viviendo de nuevo». Cuando me dio el infarto, nunca pensé que la cirugía me daría la oportunidad de seguir viviendo [MP].

Recuperarse para retomar su vida y su rol. El hecho de recuperarse se asume como una tarea personal con responsabilidad; un acto consiente y voluntario. La mujer asume una actitud de autocuidado ante la necesidad de retomar su vida y su rol. Ingresar y permanecer transitoriamente en un programa de entrenamiento físico permite recuperar la autonomía y la capacidad funcional. Éstas son reconocidas como la meta de haber alcanzado el desempeño del rol habitual y la propia existencia:

Yo busqué para recuperarme. Estuve como un mes en el programa de rehabilitación y después de ese tiempo me sentía mucho mejor. Empecé a hacer mis oficios, mis labores como antes; me sentía viva, recuperada, feliz de atenderlos nuevamente [MP].

Las cosas vividas

Las cosas vividas significaron una preocupación anticipada y una pérdida del dominio del rol (ver Figura 5).

Figura 5. Patrón temático del existencial *las cosas vividas*



Fuente: datos del estudio

Una preocupación anticipada. Durante la hospitalización, la mujer en su imaginario se conecta y se preocupa por su pertenencia primera: el contexto del hogar, la familia y las tareas domésticas; recorre y recrea los espacios, seres y objetos ligados a su cotidianidad, los cuales proporcionan armonía y sentido existencial. Las cosas vividas significaron una anticipación expresada en pensamientos y preocupaciones por los asuntos y por las relaciones significativas:

En el hospital, pensaba tanto en mi casa, en cómo la iba a encontrar, en mis tres hijos, en mis matricas y en el perro; quién lo estaría sacando por las tardes... Porque yo lo paseaba todos los días y eso lo disfrutaba. Me decían que todo estaba bien. No dejaba de pensarlos [MP].

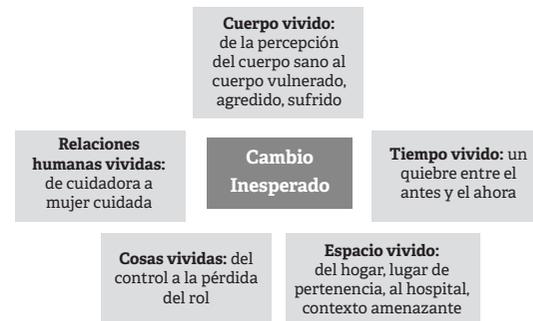
Una pérdida del dominio del rol. Las cosas vividas significaron una pérdida del vínculo y del dominio de las prácticas cotidianas. Los objetos, la rutina y los asuntos de los que la mujer se ocupaba diariamente son vistos a partir de una relación de propiedad; valora la ausencia de aquellos, percibiéndose ella imprescindible en lo contextual y en las responsabilidades para con los demás:

No dejaba de pensar en mi casa, en mi jardín, en mis hijos y en mi esposo... Pensaba tanto en quién los estaría ayudando... No dejaba de preocuparme por mis obligaciones con ellos. La mamá hace falta en la casa [MP].

La cirugía le marca la vida a uno para siempre. Yo no soy la misma después de la cirugía [MP].

Al integrar los patrones temáticos de cada existencial y relacionar los resultados entre los cinco existenciales para comprender la experiencia como un todo, la enfermedad y la revascularización significaron un cambio inesperado en la vida de la mujer (ver Figura 6):

Figura 6. La experiencia vivida de la mujer revascularizada por EC



Fuente: datos del estudio

Cuando me dieron la noticia, ¡imagínesel!, se me vino el mundo encima. Eso fue una impresión muy fuerte para mí. En un instante, el infarto me cambió la vida [MP].

Discusión

En la experiencia del cuerpo vivido, las manifestaciones que anuncian la enfermedad son percibidas por la mujer como *vagas e inespecíficas*; le permiten continuar el ejercicio del rol y se mantienen en privado hasta que son limitantes. Desde la perspectiva de género, se reconoce que la mujer ha estado sub-representada en la investigación cardiovascular y ha sido considerada como un mini-hombre (19). Céspedes identificó once subgrupos de mujeres caracterizadas por sintomatología atípica de la EC y estrategias inadecuadas de manejo de los síntomas (19). La complejidad de la identificación de la EC en las mujeres se acentúa a través de los síntomas atípicos, los cuales se convierten en los típicos del género femenino y dan lugar a un retraso o a un diagnóstico erróneo (19-22).

Cuando me destaparon la herida del pecho, me puse a llorar; me entró una nostalgia... [MP].

Ellos [los hijos] me cuidaron mucho. Yo me sentía *al revés* [MP].

Ante la limitación corporal de “el cuerpo no me dejaba seguir” que provoca la opresión como señal de alarma, la mujer rompe el silencio y conduce la acción de

No dejaba de pensar en mi casa, en mis hijos y en mi esposo; y yo en el hospital... [MP].

búsqueda de ayuda. Estos resultados son consistentes con la teoría sustantiva del diálogo entre lo público y lo privado en la experiencia de mujeres sometidas a RVM (23). Lo privado envuelve el proceso interior en el que tratan de preservar la normalidad. Los síntomas son integrados a la cotidianidad; son ignorados y minimizados para salvaguardar el papel de la mujer en la familia. Lo público hace referencia a la forma como ellas exponen la naturaleza de su condición y manejan las interacciones con la familia y los profesionales de la salud (23).

El diagnóstico de la enfermedad y la noticia de la cirugía provocan una irrupción en el mundo cotidiano de la mujer y en sus interacciones, la cual le genera preocupaciones relacionadas con el ejercicio del rol y con su imagen corporal: la mujer se anticipa al sufrimiento. Según la fenomenología de la existencia corpórea, el cuerpo es una dimensión del propio ser que permite comprender a la mujer como sujeto de capacidades y percepciones, de modos de expresión, como sujeto de espacio y de tiempo (24).

La experiencia de la mujer como un ser encarnado es fruto de una relación, y todas las relaciones están corporeizadas, pues el cuerpo es vehículo del ser-en-el-mundo: el cuerpo intuye, experimenta, padece y siente (24-26). El significado que la participante le otorga a la huella de la cirugía al emplear el símil "esa raja en el pecho como un ciempiés" hace referencia a una experiencia dolorosa, agresiva, de gran magnitud, que supone una amenaza y un peligro en la vida cotidiana. La literatura señala que las construcciones de las mujeres, al dar sentido y conceptualizar la RVM, se centran a menudo en la esternotomía, la cual es percibida como un acto brutal que encarna el procedimiento para las mujeres, el miedo a morir y el temor a las complicaciones o a las discapacidades (27).

A la experiencia de la cirugía, la participante le atribuye un sentido de relación y reflexión existencial con un ser superior que tiene el poder de determinar la vida o la muerte. Este diálogo se sustenta por el temor a morir. El tema existencial de las relaciones humanas vividas es, en un sentido amplio, el otro experimentado en su alteridad, las relaciones con los demás en el espacio interpersonal compartido. En este espacio se busca la experiencia con el otro, lo social, para un sentimiento de propósito en la vida, de significado, de base para vivir, como es el caso de la experiencia religiosa del otro absoluto, es decir, Dios (14, 28). La coexistencia implica una relación con otro, con alguien; es abrirse ontológicamente a la intersubjetividad, a la realización conjunta con otro ser personal (28).

El miedo a morir y el hecho de reconocer la cirugía como una amenaza para la vida han sido descritos por Banner *et al.* y Moore *et al.* Las mujeres de estos estudios temían a lo desconocido; manifestaron, antes de la cirugía, miedo a morir, a no saber qué hacer después, a los efectos de la enfermedad sobre su vida y relaciones (23,29).

En el proceso de recuperación en el hogar, la mujer transita de cuidadora a cuidada y se entrega al cuidado familiar, se transforma en el ser vulnerable que necesita cuidados. En relación con el sentido ontológico del cuidado, Heidegger (30) reconoce dos orientaciones posibles del *Dasein* a su existencia: "la propiedad y la impropiiedad, bien la huida ante sí mismo y de sus posibilidades más propias, bien la apropiación de estas posibilidades que se manifiesta como responsabilidad en la forma de un querer tener conciencia" (30). A la luz de la fenomenología heideggeriana, en su recuperación, la mujer revascularizada se permite a sí misma ser dominada por otros a quienes

les transfiere las posibilidades de cuidar de sí, se muestra limitada y dependiente de los demás. Para ella esta condición es infrecuente (31).

Como un ser vulnerable, Sentirse “al revés” constituye para la mujer un tránsito que invierte su rol social como proveedora de cuidados familiares. Gilligan hace un aporte a la comprensión del cuidado femenino culturalmente asociado a los roles de género. La ética del cuidado, al darse en el contexto privado, considera las dinámicas de la vida cotidiana (32). Las mujeres tienen juicios morales contextuales inmersos en los detalles de las situaciones; tienden a adoptar el punto de vista del otro concreto y de sus necesidades, más allá del cuidado de sí (33). La identidad de la mujer está fuertemente formada en función de un otro y en la responsabilidad que surge de la conciencia de formar parte de una red de relaciones de interdependencia (33).

El espacio vivido incluye el contexto integral de objetos naturales, instituciones, equipos, bienes culturales; en él las personas crean su propio camino y se desarrollan colectiva e individualmente a través de la interacción (34). En el recorrido por los diferentes contextos de cuidado, la entrada al quirófano es un momento crítico en el que la mujer se percibe y se acepta como un ser mortal; vivencia una situación límite. Para Jaspers (35), la existencia se configura en medio de las posibilidades vitales, permanentes e ineludibles, como la muerte, la soledad, la separación, la pérdida; son reveladoras de la existencia humana; son generadoras de angustia y motivan la reflexión. Estas circunstancias son impuestas al individuo y éste no puede sino experimentarlas; son la manera como el ser humano encara lo inevitable o lo eventual (35).

En la experiencia del tiempo vivido, la EC y la cirugía significaron para la participante un punto de quiebre entre el antes y el ahora. El antes lo reconoce como la normalidad y el bienestar; el ahora, como la huella en la existencia que transforma la vida de la mujer y el sentido de sí misma. Un pronóstico incierto altera el sentido de la temporalidad (36). A medida que se convierte en una forma de vida, la enfermedad provoca un distanciamiento de la cotidianidad; da un sentido de tiempo amplificado de la mortalidad y la fragilidad; posibilita una apreciación de las cosas buenas de la vida, de las prioridades, y privilegia el presente (36).

Amorim *et al.*, al estudiar la temporalidad en mujeres revascularizadas, revelan un movimiento existencial después de la cirugía. En ellas, la ubicación del tiempo no es cronológica sino fenomenal. En este sentido, las mujeres recordaban lo que podían hacer antes de la cirugía, el poder de haber sido saludables, y después de la cirugía —la experiencia vista como un ahora—, en que anhelaban regresar al tiempo anterior al diagnóstico (37).

En la experiencia de regresar a casa, la recuperación es asumida por la mujer como una tarea personal con la responsabilidad de retomar su vida y su rol. La decisión está vinculada a la alteración del ejercicio del rol y a la necesidad de recuperar su rol, más que en la conciencia de cambio ante una situación crónica. Estos resultados guardan relación con lo descrito por Moore (29), cuyas mujeres objeto de estudio consideraron la cirugía como una solución y su enfermedad no se percibió como un problema crónico. Con la mejoría de los síntomas agudos, expresaron el deseo de volver a la normalidad y continuar con su vida, en lugar de centrarse en la cronicidad de la EC y en la reducción de los factores de riesgo (29).

En la experiencia durante la hospitalización, la mujer mantiene un vínculo y una conexión con su espacio cotidiano, expresado en preocupaciones anticipadas y en la pérdida del dominio del rol. Las cosas vividas hacen referencia al significado de las cosas materiales experimentadas como extensiones de nuestros cuerpos y mentes: pensamientos, hechos, experiencias, acontecimientos y descubrimientos (14). La persona es un ser humano comprometido con las cosas que tienen valor y significado, situada en el mundo, en sus relaciones con otros, con eventos, proyectos y preocupaciones (25).

Los existenciales son dimensiones inherentes a la existencia humana. Concebirlos como guías para comprender la experiencia vivida de una mujer revascularizada posibilita una visión humanista del fenómeno. Benner *et al.* señalan que las experiencias vividas relacionadas con la salud y la enfermedad están situadas en la historia particular de un ser encarnado en el mundo (25). La salud conlleva a un equilibrio corporal en el mundo de la vida de la persona, de tal manera que experimenta una sensación de bienestar e integridad (25). Por el contrario, una enfermedad grave, una cirugía o una discapacidad lo cambia todo: el sentido de sí mismo y del cuerpo, del tiempo y de las prioridades, la experiencia del espacio, las relaciones con otros y con las cosas importantes (38).

Conclusiones

Los significados atribuidos a la experiencia permiten comprender su particularidad existencial. La EC se anuncia a través de manifestaciones vagas e inespecíficas: los síntomas atípicos, los cuales son subestimados por la mujer en la medida en que permiten el ejercicio del rol.

La enfermedad y la cirugía irrumpen en la cotidianidad de la mujer y en sus dinámicas sociales. Al enfrentarse al momento inevitable de la RVM, ella vive una situación límite, un momento crítico en el que contempla la finitud de su existencia, el temor a las complicaciones. Por lo tanto, se anticipa al sufrimiento.

La relación espiritual de entrega a Dios se sustenta por la conciencia del riesgo y por el deseo de vivir. El cuidado en la UCI es valorado como una relación de afecto, comunicación, diligencia, reafirmación y proximidad con los cuidadores formales, de quienes se depende para superar la persistencia del riesgo. No obstante, es percibido en soledad. Salir de este contexto significó para la mujer sentirse salvada y recuperar sus interacciones familiares.

La experiencia *resignifica* la vida de la mujer. En el tiempo, deja una huella que delimita un antes y un ahora. Retomar la vida cotidiana es una motivación en el proceso de recuperación. Los significados sociales relacionados con el rol y con el ámbito doméstico otorgan un sentido a la experiencia.

En el cuidado a las mujeres con EC se requiere de intervenciones con perspectiva de género que permitan avanzar en el reconocimiento de las construcciones sociales, las cuales permean los imaginarios e influyen en las decisiones relacionadas con la salud y con el cuidado. Incluir la voz de la mujer y los significados atribuidos a esta experiencia con seguridad enriquecerá la práctica de enfermería.

Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS) [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro de prensa;2013 [actualizada:13sep 2013; acceso: 13sep 2013]. Salud de la mujer [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>

- (2) Tejero ME. Cardiovascular disease in Latin American women. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2013May 22]; 20(6):405-411. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20554175>
- (3) República de Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia [informe en Internet]. 5ª edición. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud; 2015 [acceso: 02 dic 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>
- (4) República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales: cifras preliminares 2014p-2015p [boletín en Internet]. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2016 [acceso: 02 dic 2016]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_2014p-2015p-30-03-2016.pdf
- (5) Cunha KS, Erdmann AL, Higashi GD, Baggio MA, Kahl C, Koerich C *et al*. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. *Rev Baiana Enferm*. 2016; 30(1):295-304.
- (6) Ariza C. Eventos clínicos que requieren cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. *Enferm Cardiol*. 2010-2011;17-18(51-52):26-41.
- (7) Mello LC, Rosatti SF, Hortense P. Evaluación del dolor en reposo y durante actividades en el posoperatorio de cirugía cardíaca. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(1):1-8.
- (8) Navarro MA, Irigoyen MI, DeCarlos V, Martínez A, Elizondo A, Indurain S *et al*. Evaluación del dolor postoperatorio agudo tras cirugía cardíaca. *Enferm Intensiva* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 18 nov 2014];22(4):150-159. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-evaluacion-del-dolor-postoperatorio-agudo-S1130239911000411>
- (9) Parada JM, Carreño M, Camacho J, Sandoval NF, Umaña JP. Factores asociados a la aparición de mediastinitis en 2.073 revascularizaciones miocárdicas. *Rev Colomb Cardiol* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 21 may 2015];21(2):119-124. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v21n2/v21n2a10.pdf>
- (10) DeVon HA, Hogan N, Ochs AL, Shapiro M. Time to treatment for acute coronary syndromes: the cost of indecision. *J Cardiovasc Nurs*. 2010; 25(2):106-114.
- (11) Gijsberts CM, Agostoni P, Hoefler IE, Asselbergs FW, Pasterkamp G, Nathoe H *et al*. Gender differences in health-related quality of life in patients undergoing coronary angiography. *Open Heart*. 2015;2(1):e000231.
- (12) Kendel F, Dunkel A, Müller-Tasch T, Steinberg K, Lehmkuhl E, Hetzer R *et al*. Gender differences in health-related quality of life after coronary bypass surgery: results from a 1-year follow-up in propensity-matched men and women. *Psychosom Med*. 2011;73(3):280-285.
- (13) VanManen M. Investigación educativa y experiencia vivida: ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad. Barcelona: Idea Books; 2003.
- (14) Van Manen M. *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. California: Left Coast Press Inc.; 2014.
- (15) Kretschel V. El proceso de objetivación del tiempo fenomenológico: un estudio acerca de la constitución del tiempo objetivo en términos husserlianos. *Thémata*. 2013;(47):165-183.
- (16) Ayala R. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *RIE*. 2008; 26(2):409-430.
- (17) Cope DG. Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. 2014; 41(1):89-91.
- (18) De La Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm Clin* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 03 oct 2013];21(3): 163-167. Disponible en: <http://dps.ua.es/es/documentos/pdf/2011/la-reflexividad.pdf>

- (19) Céspedes v. Atypical nature of coronary artery disease in women: a proposal for measurement and classification. *Av Enferm.* 2015;33(1):10-18.
- (20) O'Keefe-McCarthy s. Women's experiences of cardiac pain: a review of the literature. *Can J Cardiovasc Nurs* [serial on the Internet]. 2008 [acceso: 15 oct 2013]; 18(3):18-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18727283>
- (21) Welch LC, Lutfey KE, Gerstenberger E, Grace M. Gendered uncertainty and variation in physicians' decisions for coronary heart disease: the double-edged sword of "atypical symptoms". *J Health Soc Behav.* 2012; 53(3):313-328.
- (22) Tajer D, Fernández A, Antonietti L, Chiodi A, Salazar A, Barrera I et al. Barreras de género en la prevención cardiovascular: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias. *Rev Argent Salud Pública.* 2014; 5(21):14-23.
- (23) Banner D, Miers M, Clarke B, Albarran J. Women's experiences of undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Adv Nurs.* 2012; 68(4): 919-930.
- (24) Gallo LE. El ser-corporal-en-el-mundo como punto de partida en la Fenomenología de la existencia corpórea. *Pensamiento Educativo.* 2006; 38:46-61.
- (25) Benner P, Wrubel J. *The primacy of caring: stress and coping in health and illness.* California: Addison Wesley; 1989.
- (26) López MC. Fenomenología y feminismo. *Daimon* [revista en Internet]. 2014 [acceso:30 may 2015];(63):45-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/197001>
- (27) Banner D. Becoming a coronary artery bypass graft surgery patient: a grounded theory study of women's experiences. *J Clin Nurs.* 2010; 19(21-22):3123-3133.
- (28) García JA. Existencia personal y libertad. *Anuario Filosófico* [revista en Internet]. 2009 [acceso: 17 jul 2014]; 42(2):327-356. Disponible en: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/22454/2/GARCIA%20GONZALEZ.pdf>
- (29) Moore LC, Kimble LP, Minick P. Perceptions of cardiac risk factors and risk-reduction behavior in women with known coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs;*2010;25(6):433-443.
- (30) Escudero JA. «Ser y tiempo»: ¿una ética del cuidado? *Aurora* 2012;(13):74-79.
- (31) Amorim TV, Salimena AM, Melo MC, Souza ÍE, Silva LE. Senses of the being-there-woman-after-cardiac-surgery supported by Heidegger. *Rev Rene.* 2013;14(5):988-995.
- (32) Cortés DA, Parra G. La ética del cuidado. Hacia la construcción de nuevas ciudadanías. *Psicol Caribe* 2009;(23):183-213.
- (33) Fascioli A. *Ética del cuidado y ética de la justicia* en la teoría moral de Carol Gilligan. *Actio.* 2010; (12):41-57.
- (34) Churchill SD, Wertz FJ. Contemporary themes: an introduction to phenomenological research in psychology: historical, conceptual, and methodological foundations. In: Schneider KJ, Fraser J, Bugental J (Eds.). *The handbook of humanistic psychology: theory, research, and practice.* 2nd edition. California: SAGE Publications. 2015. pp. 275-296.
- (35) Álvarez M. El concepto de situación límite en la psicología fenomenológico-existencial de Karl Jaspers. *Revista Éthos* [revista en Internet]. 2012[acceso: 09 mar 2015]; [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: <https://revistaethos.wordpress.com/2012/01/14/situacionlimite/>
- (36) Carel H. Phenomenology as a resource for patients. *J Med Philos.* 2012; 37(2):96-113.
- (37) Amorim TV, Salimena AM, Souza ÍE, Melo MC, Silva LE, Cadete MM et al. Women's temporality after cardiac surgery: contributions to nursing care. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):748-754.
- (38) Van Manen M. Modalities of body experience in illness and health. *Qual Health Res.* 1998;8(1):7-24.