

El cuidado de la salud en situaciones de enfermedad cardiovascular que limitan significativamente la socialización

MYRIAM ANGÉLICA CASTIBLANCO*

“Me echo como ovejita con los de junto todo el día para sentir alivio” (1).

Resumen

El artículo, producto de la reflexión de la autora, da una mirada al cuidado de la salud en situaciones de enfermedad cardiovascular, en la cual se altera significativamente la socialización de quienes padecen estas enfermedades. Hace una propuesta desde la perspectiva docente con fundamento en la teoría del déficit de autocuidado, descrito por la teórica Dorotea Orem.

Palabras clave: enfermedad cardiovascular, cuidado de enfermería, socialización, autocuidado, salud cardiovascular.

Abstract

The article is the result of reflections made by the author in which she takes a look at healthcare in situations of cardiovascular illness where socialization is altered significantly due to the illnesses. Based on her academic experience, she proposes a treatment whose cornerstone is the theory of the self care deficit, described by Dorotea Orem.

Key words: Cardiovascular illness, nursing care, socialization, self care, cardiovascular health.

Las personas que viven una enfermedad cardiovascular no solo ven afectado su contexto biológico, también se

producen cambios psicológicos, sociales, emocionales y económicos; por lo tanto, el cuidado de enfermería debe tener siempre presente que el ser humano es un ser holístico, con múltiples necesidades que requieren una atención de calidad que incluya las funciones fisiopatológicas y las necesidades humanas de ese ser al cual brindamos cuidado.

En el presente texto, con base en el análisis de la socialización como uno de los elementos que pueden estar significativamente alterados en quienes viven el cuidado en situaciones de enfermedad cardiovascular, se tendrán en cuenta artículos conceptuales, trabajos de investigación de enfermería, como los de soporte social, y al final, con base en estos, se presenta una propuesta desde la docencia.

Las personas que tienen que ser tratadas médicamente con una atención de alta calidad porque su situación de enfermedad cardiovascular así lo amerita, perciben cómo su vida familiar, social y laboral se ve afectada cuando por su estado agudo tienen que ser hospitalizados; repentinamente todo cambia, las funciones que normalmente llevan a cabo se alteran, además el ambiente hospitalario y la alta tecnología pueden afectar el cuidado humanizado.

Si bien se reconoce que la tecnología y los avances científicos son un apoyo importante y valioso para brindar cuidado, en la práctica cotidiana observamos que la

* Magíster en Enfermería. Docente Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. myangelblanco@hotmail.com

Recibido: 20/09/2005 Aprobado: 14/10/2005

mayoría de las veces no nos detenemos a visualizar aspectos igualmente importantes y valiosos como son las necesidades sentidas de la persona, de la familia, y el cuidado se centra en lo físico y se rutiniza en actividades.

La persona que vive una situación de enfermedad cardiovascular crónica ve limitada su socialización, debido a la inversión de roles, el aislamiento, la depresión, las alteraciones del estado de conciencia por la vivencia de su enfermedad y el hecho de aprender a vivir con los efectos de la condición patológica y de las medidas terapéuticas.

García (2) en su trabajo de investigación acerca de los aspectos fisiológicos y psicosociales del infarto de miocardio afirma:

- *Padecer una cardiopatía coronaria comporta un cambio radical en la rutina cotidiana del individuo. De forma súbita una persona sana e independiente pasa a ser desvalida y dependiente. Les preocupa la posibilidad de no poder funcionar en su trabajo, o como maridos, o como padres; comienza aquí un proceso de duelo por el rol y las actividades que antes se ejercían y que ahora deberán cambiar.*
- *En el enfermo cardíaco al limitarse su trabajo o al cesar su actividad laboral, su autoestima se ve empobrecida, se siente inútil e improductivo para la sociedad, y suele producirse un estado patológico de depresión.*
- *Se presenta un sentimiento de marginalidad, se siente excluido o aislado del grupo de pertenencia por poseer características diferentes; cuando la marginalidad se presenta con intensidad genera resentimiento, rivalidad, envidia que en muchos casos se expresa por medio de emociones negativas. La actual sociedad de consumo y producción acrecienta el sentimiento negativo al sobrevalorar el cuerpo joven, sano y el prestigio y poder económico.*
- *La pareja del enfermo atiende, no solamente a este, sino también a la enfermedad; puede comportarse de manera complaciente, o sentirse superior al enfermo, debe asumir muchas tareas y renunciar a muchas cosas. Se ve limitada en su acción por la enfermedad del cónyuge, asume tareas, deberes y responsabilidades familiares, le proporciona superioridad y poder, que puede ir aumentando narcisísticamente su valor.*
- *Con respecto a la actividad sexual, algunos enfermos no reanudan su actividad por temor a que les provoque*

otro ataque cardíaco o porque la depresión o los medicamentos han reducido su libido.

- *Quizás los cambios más profundos se den en los roles y funciones. La familia en que uno de sus miembros enferma se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ese momento viene desempeñando el miembro enfermo, lo que mueve todo su mapa estructural.*
- *La pareja con un paciente crónico se aísla socialmente, dejan de tener tiempo para hacer visitas a los amigos.*

Como sujetos de cuidado, no se puede dejar de lado a los cuidadores de personas con enfermedad cardiovascular, ya que ellos también ven limitada su socialización por la situación de enfermedad de su familiar.

Cada ser humano es único, pertenece a un contexto social, familiar, económico, religioso, espiritual y cultural; es una persona con necesidades, con deseos, anhelos, sueños y sentimientos. Por esto, el cuidado debe centrarse no solo en lo biológico sino en esas estructuras complejas y únicas de cada ser humano; a pesar de que no se logre una recuperación de la salud física y se presente la muerte; al menos satisfacer las necesidades sentidas por la persona y la familia que vive una situación de enfermedad.

La socialización puede alterarse significativamente en quienes padecen una enfermedad cardiovascular. Es común que se presenten las siguientes situaciones (3):

- Aislamiento del enfermo y la familia.
- Inversión de roles.
- Alteraciones del estado de conciencia.
- Cuidado poco humanizado en unidades de cuidado intensivo, debido al empleo de alta tecnología que aísla al individuo de su entorno.

INVESTIGACIONES DE ENFERMERÍA

Es importante destacar los siguientes estudios:

Galvis (4) investigó el soporte social en pacientes ancianos con hipertensión; en su trabajo descriptivo cuantitativo de corte transversal halló que el apoyo emocional recibido del grupo familiar fue importante y que se expresó a través de afecto, afirmación y ayuda tangible. El porcentaje más relevante de la red social lo constituían los familiares. En un alto porcentaje los adultos hipertensos sienten que quien les da apoyo está de acuerdo con ellos y respalda sus pensamientos y acciones.

En el anterior estudio, el apoyo emocional, particularmente la percepción que de él se tiene, es el más claramente relacionado con la salud; se encontró que la mayoría de los adultos hipertensos reciben soporte emocional porque se sienten queridos entre bastante y mucho por parte de los miembros de la familia significantes para ellos, de los cuales los hijos y los hermanos manifiestan, según los adultos hipertensos, expresiones de cariño, afecto y amor.

Con relación al apoyo tangible, 34 adultos manifestaron que las personas que integran su red social y son significantes les ayudan usualmente en forma material en la satisfacción de algunas necesidades económicas y de atención de salud y cuidado.

En el estudio de Soporte social recibido por pacientes hospitalizados en la Clínica San Pedro Claver con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (5) se aplicó el cuestionario de soporte social de Jane Norbeck a 35 pacientes hospitalizados con edades entre 38 y 39 años y se encontró que el principal tipo de soporte social recibido por los pacientes es el emocional, proporcionado en mayor porcentaje por los hijos y las hijas, seguido de personas que pertenecen al núcleo familiar con los que dicen sentirse queridos; esta expresión de afecto es importante para la recuperación del proceso patológico.

Según el análisis estadístico que se realizó en este estudio, el apoyo tangible (económico y de ayuda directa) es proporcionado en mayor porcentaje por los hijos y, con relación al afecto, son los hijos varones los que hacen sentir más queridos, respetados y admirados a los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM); con relación a la afirmación, los pacientes con IAM confían más en sus hijas.

La red de apoyo en su mayor parte la conforman miembros de la familia, básicamente hijos e hijas.

Este estudio aporta a la comprensión del proceso de socialización y sus implicaciones en la vida: cambio de roles, cambios en la familia, el ambiente de comunicación efectivo con la familia y la construcción social de la mujer y el hombre como elementos de apoyo social importantes en



la vida de la persona que ha vivido un infarto agudo de miocardio.

Si bien el apoyo social es relevante para las personas que viven una situación de enfermedad cardiovascular como lo demuestran los anteriores estudios, sería importante conocer qué sentimientos genera en la persona el hecho de tener que depender económicamente de otros, dejar sus roles cotidianos dentro de su núcleo familiar y social, qué significado y relevancia tiene el hecho de cambiar de hábitos, costumbres y relación íntima con la pareja.

En el grupo de hipertensos denominado Vida en el Nuevo Milenio, de la Unidad de Atención Ramajal (6), se llevó a cabo un estudio que pretendía conocer cuáles eran las alteraciones en la socialización, utilizando como metodología una encuesta sobre evaluación de alteraciones en la socialización, que incluyeron el aislamiento y la inversión de roles; se llegó a las siguientes conclusiones:

- Los roles, como labores del hogar, actividades laborales que requieran esfuerzo, se alteraron en su mayoría, no directamente a causa de la HTA, sino por las creencias acerca de la enfermedad por parte del individuo y su familia.
- Se alteró el desempeño del rol del trabajador: abandono de la actividad laboral.
- Se asumen roles nuevos y se abandonan roles en instituciones económicas, se ven forzados a convalecer o jubilarse, al tiempo que se adquieren roles familiares asignados al género.
- Las relaciones con los amigos se alteran por el uso de medicamentos de acuerdo con los efectos adversos que pueden alterar el desempeño en el trabajo, lo cual perjudica su desarrollo social en este ámbito.
- Las relaciones conyugales se vieron afectadas en la medida en que el individuo afronta sus emociones respecto a su enfermedad y el efecto de algunos medicamentos en la actividad sexual en cuanto a la disminución de la libido, trastornos de la eyaculación e impotencia; sin embargo, no todos los cambios fueron negativos, porque en

algunas parejas la alteración en la salud incentivó el fortalecimiento de los lazos afectivos.

- Partiendo del marco de referencia analizado en el estudio, se esperaba encontrar un grupo en crisis, con grandes alteraciones en la socialización; sin embargo, la pertenencia a dicho grupo amplió su red social de amigos y facilitó la adaptación a la enfermedad.

Con base en las anteriores investigaciones se recomienda:

- Realizar este mismo tipo de estudios con muestras de mayor tamaño y analizar no solo los aspectos positivos del soporte social, sino también lo que podría ser negativo. El análisis del soporte social debe encaminarse a la percepción de cómo es para cada una de las partes implicadas ese soporte, porque no siempre el soporte influye positivamente en el estado de salud y en el proceso de socialización de la persona que vive una situación de enfermedad cardiovascular.

- Se deben realizar más investigaciones en torno al papel que desempeña el apoyo social con relación a la salud, los comportamientos, las creencias, las motivaciones, el ciclo vital y el efecto directo del soporte social.

- La investigación en enfermería debe generar conocimientos teóricos y prácticos que incluyan la integralidad del individuo dentro de su contexto social, cultural, familiar, emocional y espiritual.

- El soporte es tan solo una forma de acercarse a la comprensión del contexto vital de las personas con enfermedad cardiovascular en el proceso de socialización: bienestar físico, social, emocional, modelos personales, cultura, percepción de incapacidad, discapacidad, deficiencia, minusvalía, entre otros.

PROPUESTA DOCENTE: CUIDADO DE LA SALUD EN PERSONAS EN SITUACIONES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR QUE LIMITAN SIGNIFICATIVAMENTE LA SOCIALIZACIÓN EN EL MARCO DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO, DE DOROTEA OREM

Justificación

Uno de los problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a la población adulta colombiana son las

entidades cardiovasculares, además de la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedad coronaria.

La teoría general del déficit de autocuidado, de Orem, ofrece una serie de conceptos interrelacionados que pueden usarse para comprender mejor la adherencia al tratamiento, la actuación del paciente, los comportamientos de autocuidado y las capacidades para el autocuidado, que resultan relevantes para el autocuidado que se relaciona con las actividades que debe realizar la persona para alcanzar el mejor estado de salud y bienestar.

La teoría tiene algunos conceptos claves para su comprensión. El autocuidado (AC) es el conjunto de acciones intencionales que realiza la persona para controlar factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Las personas deben alcanzar algunos objetivos cuando se ocupan de su AC, los cuales se denominan requisitos de autocuidado (RAC) y son de tres tipos: requisitos universales, requisitos de desarrollo y requisitos en estados de desviación de la salud. Los primeros permiten el mantenimiento de la estructura y el funcionamiento humano, comunes a todos los individuos. Los segundos se refieren a las condiciones de maduración y a los nuevos eventos en el ciclo vital; ejemplos pueden ser la adaptación a un nuevo trabajo, a cambios en la socialización por la aparición de una enfermedad, a la muerte de un ser significativo, a los cambios físicos y sus implicaciones sociales y familiares. Los últimos son los que se presentan cuando hay enfermedad o lesión, y deben mantenerse bajo tratamiento.

Los postulados del modelo se pueden desglosar en tres categorías (7):

- a) Universales: son comunes en todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividades, descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de actividades humanas.
- b) Relativas al desarrollo: promueven procedimientos para la vida y para la maduración.
- c) Derivadas de las alteraciones de la salud: cuando la persona en su funcionamiento humano integrado está seriamente afectada, la capacidad de acción que desarrolla se daña en forma permanente o temporal. El análisis del autocuidado de las alteraciones de la salud ha demostrado que en tales situaciones las

necesidades de autocuidado surgen tanto del estado patológico como de los tratamientos indicados o de los procedimientos para el diagnóstico. Para que las personas con alteraciones de la salud sean capaces de autocuidarse en estas situaciones, tienen que poder aplicar conocimientos y habilidades necesarias y oportunas para su propio cuidado.

Objetivo

Brindar cuidado de enfermería al adulto en estado de desviación de la salud (enfermedad cardiovascular) a la luz de la teoría del déficit de autocuidado, de Orem.

Se tendrán en cuenta los tres requisitos de autocuidado (universales, de desarrollo y de desviación de la salud) en la valoración de la persona que vive una situación de enfermedad cardiovascular. Si bien se valorará cada requisito con sus elementos, para abordar la socialización se tendrán en cuenta requisitos centrales relativos a la temática, como: la soledad y la interacción social, la actividad, el descanso, reconocer y tener cuidado de los efectos de las condiciones patológicas, modificación del autoconcepto y la autoimagen como aceptación del propio estado de salud y necesidades de cuidado de salud, aprender a vivir con los efectos de las condiciones patológicas y de las medidas terapéuticas; de los cuales se pueden derivar cambios o alteraciones en la socialización relacionados con el efecto de la enfermedad en la vida cotidiana (trabajo, familia, amigos, esposa (o), recreación, descanso) y cambios ocasionados por la situación de salud que generan consecuencias en el rol o función con la familia, los amigos, el trabajo.

A partir de la valoración de los requisitos de autocuidado, la enfermera podrá realizar un plan de cuidado basado en la teoría del déficit de autocuidado, con diagnósticos, metas y planes de intervención respaldados científicamente por la literatura. La teoría de Orem es un marco teórico referencial para el desarrollo disciplinar y profesional que permite una clara expansión de la enfermería, la cual cuenta con elementos propios valiosos a la hora de avanzar en los conocimientos y la práctica. La tarea es el compromiso con la profesión y con el cuidado de la salud humana.

Como vimos, los conceptos e investigaciones permiten reconocer que el ser humano como ser social tiene la necesidad de estar en contacto con el medio ambiente y con otras personas para establecer una interrelación en la cual se afectan o benefician mutuamente. Cuidar a la persona en situación de enfermedad cardiovascular no es solo abordar su individualidad, posee una dimensión que se estructura y se desarrolla con las relaciones interpersonales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) CAMARGO PLAZAS, María del Pilar. La experiencia de vivir y cuidarse en situaciones de enfermedad crónica en individuos residentes del municipio de Funza. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Posgrados maestría. Bogotá, 2000, p. 122.
- (2) GARCÍA, Andrea Marcela. Factores psicosociales que inciden en la rehabilitación del enfermo cardiaco. Escuela de Psicología, Universidad Católica de Cuyo, Argentina. www.monografias.com
- (3) GONZÁLEZ RINCÓN, Alejandro. Alteraciones en la socialización en el grupo de hipertensos denominado "Vida en el Nuevo Milenio" de la Unidad de Atención Ramajal en la Zona Cuarta San Cristóbal Sur. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2000, pp. 6-7.
- (4) GALVIS L., Clara. Caracterización del soporte social recibido por personas adultas hipertensas que asisten a un programa de control de hipertensión en una IPS de Villavicencio. *Experiencias y Reflexiones en Salud*, Vol. 7, N°. 1. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de los Llanos, 2001.
- (5) ARIAS SÁNCHEZ, Sandra. Soporte social recibido por pacientes hospitalizados en la Clínica San Pedro Claver con diagnóstico de IAM. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Posgrados: especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria, 2001.
- (6) GONZÁLEZ RINCÓN, Alejandro. Óp. cit., pp. 72-73.
- (7) ISENBERG, Marjorie A. Teoría de enfermería del déficit de autocuidado: direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Co. Capítulo 13. Resumen del capítulo por Edilma de Reales, noviembre 2001, pp. 2-3.