



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

---

# **La Experiencia de Vivir con un Desfibrilador Automático Implantable (DAI)**

**Naydu Magally Peña Iguavita**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería.

Departamento de Postgrado

Bogotá, Colombia

2014



# **La Experiencia de Vivir con un Desfibrilador Automático Implantable (DAI)**

**Naydu Magally Peña Iguavita**

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de  
**Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular**

Directora:

Doctora en Filosofía de Enfermería Clara Virginia Caro Castillo

Línea de Investigación:

Cuidado y Práctica en enfermería

Grupo de Investigación:

Grupo de Cuidado

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería.

Departamento de Postgrado

Bogotá, Colombia

2014



*A Mafe,  
eres la manifestación del amor de Dios.  
Gracias por tu tiempo y comprensión, tu compañía, tus palabras y tu esencia,  
todo ello me da la certeza que lo que hago día tras día vale la pena.*

*A mis padres Stella y Abelardo,  
por su ardua labor en la crianza, por el ejemplo  
y valores inculcados.*

*A mis hermanos Mauro, Sandra, Erika, a Isa, Juanes, Tomás y Leo...  
por su presencia en mi vida.*

## **Agradecimientos**

A Dios por el milagro de la vida,

Un especial agradecimiento a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y su programa de Maestría en Enfermería, sus docentes, administrativos y estudiantes.

A mi directora de tesis la profesora Clara Virginia Caro Castillo, por su asesoría, guía y apoyo incondicional durante este tiempo, por darme fuerzas de seguir hasta el final.

Para mis compañeras de viaje, quienes con su voz de aliento me animaron a continuar hasta lograr la meta propuesta.

El reconocimiento especial a todo el recurso humano que hace parte de la Fundación Clínica Shaio, en la ciudad de Bogotá, que ha sido mi segundo hogar por más de 20 años, a los profesionales que hacen parte del Instituto de arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds”.

A los pacientes y a sus familias, por su tiempo y voluntad de participar a pesar de su condición de enfermedad crónica.

## Resumen

El estudio corresponde a una investigación con metodología cualitativa, el objeto de análisis fueron los textos obtenidos sobre la experiencia de siete personas portadoras de un desfibrilador automático implantable (DAI), aportada a través de catorce entrevistas no estructuradas, previo consentimiento informado.

El objetivo de la investigación fue analizar, interpretar y describir la experiencia de personas que viven con un DAI, que asistieron a la consulta externa del Instituto de arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds” de la Fundación Clínica Shaio, institución de cuarto nivel de complejidad, ubicada en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Trece entrevistas se desarrollaron en el lugar de domicilio de los participantes y una de ellas, en el consultorio del Instituto de arritmias. El análisis de los hallazgos se realizó teniendo en cuenta la técnica de análisis de contenido, propuesta por Cáceres. La edad de los participantes estaba entre los 54 y los 86 años, todos habían tenido experiencias de choques o descargas, eran portadores del DAI desde hacía uno y medio años hasta seis años y la principal indicación del implante fue la cardiopatía isquémica.

El análisis de los hallazgos permitió el desarrollo de cinco categorías: Estableciendo cambios en el estilo de vida (cotidianidad), reconociendo el apoyo, promoviendo la adaptación y el afrontamiento a su nueva condición de salud, definiendo su cuidado y viviendo en la incertidumbre. Como conclusiones se puede afirmar que los hallazgos relacionados con la experiencia de las personas portadoras del DAI, aportan herramientas al conocimiento de la disciplina de enfermería, así como a la práctica del cuidado de la salud.

**Palabras Clave:** Experiencia, Cuidado de Enfermería, Desfibriladores implantables, investigación cualitativa (fuente: DeCS, BIREME).

## Abstract

The study is a qualitative research methodology, analyzed texts were obtained on the experience of seven carriers of an implantable cardioverter defibrillator (ICD), provided through fourteen unstructured interviews prior informed consent.

The aim of the research was to analyze, interpret and describe the experience of people living with an ICD, who attended the outpatient arrhythmia Institute "Josep Brugada" and Central Cardiac Pacing "Jorge Reynolds" Shaio Clinic Foundation, institution fourth level of complexity, located in Bogota, Colombia.

Thirteen interviews were conducted at the place of domicile of the participants and one of them, in the office of the Institute of arrhythmias. The analysis of the findings was made taking into account the content analysis technique proposed by Caceres. The age of participants was between 54 and 86 years, all had experiences of shocks or shock, they were carriers of the DAI for some one and a half years to six years and the main indication for implantation was ischemic heart disease.

The analysis of the findings allowed the development of five categories: Making changes in lifestyle (daily), recognizing the support, promoting the adaptation and coping with their new health condition, defining their care and living in uncertainty. In conclusion we can say that the findings related to the experience of people carrying the DAI, provide tools to the knowledge of the discipline of nursing, as well as the practice of health care.

Keywords: Experience, Nursing Care, implantable defibrillators, qualitative research (source: DeCS, BIREME).

# Contenido

Pág.

|                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Marco de Referencia .....</b>                                                           | <b>5</b>  |
| 1.1 Descripción del área problema.....                                                        | 5         |
| 1.2 Justificación.....                                                                        | 11        |
| 1.2.1 Significancia disciplinar .....                                                         | 15        |
| 1.2.2 Significancia teórica.....                                                              | 17        |
| 1.2.3 Significancia social .....                                                              | 20        |
| 1.3 Planteamiento problemático .....                                                          | 20        |
| 1.4 Objetivo general .....                                                                    | 20        |
| <b>2. Marco Conceptual .....</b>                                                              | <b>21</b> |
| 2.1 Experiencia .....                                                                         | 21        |
| 2.2 Desfibrilador Automático Implantable (DAI) .....                                          | 25        |
| 2.3 Personas que viven con un DAI .....                                                       | 25        |
| 2.4 Cuidado de enfermería.....                                                                | 31        |
| 2.5 Supuestos teóricos.....                                                                   | 32        |
| <b>3. Marco de Diseño.....</b>                                                                | <b>35</b> |
| 3.1 Justificación del diseño .....                                                            | 35        |
| 3.2 Participantes .....                                                                       | 37        |
| 3.3 Criterios.....                                                                            | 37        |
| 3.3.1 Criterios de inclusión .....                                                            | 37        |
| 3.3.2 Criterios de exclusión.....                                                             | 38        |
| 3.4 Escenarios de trabajo.....                                                                | 38        |
| 3.5 Técnicas y procedimientos para recolección de la información .....                        | 39        |
| 3.5.1 Revisión de la historia clínica.....                                                    | 40        |
| 3.5.2 Entrevista no estructurada .....                                                        | 40        |
| 3.6 Procedimiento de la técnica de análisis de contenido cualitativo .....                    | 42        |
| 3.6.1 Técnica y plan de análisis de la información .....                                      | 42        |
| 3.6.2 Primer Paso: Selección del Objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación ..... | 45        |
| 3.6.3 Segundo Paso: Desarrollo del pre análisis.....                                          | 45        |
| 3.6.4 Tercer Paso: Definición de las unidades de análisis .....                               | 47        |
| 3.6.5 Cuarto Paso: Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación.....      | 48        |
| 3.6.6 Quinto Paso: Desarrollo de categorías .....                                             | 48        |
| 3.6.7 Sexto Paso: Integración final de los hallazgos .....                                    | 49        |
| 3.7 Riesgos de validez .....                                                                  | 49        |

|           |                                                                                               |            |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.7.1     | Muestra significativa .....                                                                   | 49         |
| 3.7.2     | Entrevista no estructurada.....                                                               | 49         |
| 3.7.3     | Validez semántica .....                                                                       | 50         |
| 3.7.4     | Sesgo con la interpretación .....                                                             | 50         |
| 3.8       | Rigor metodológico .....                                                                      | 50         |
| 3.8.1     | Credibilidad .....                                                                            | 51         |
| 3.8.2     | Auditabilidad o confirmabilidad .....                                                         | 52         |
| 3.8.3     | Transferibilidad o aplicabilidad .....                                                        | 52         |
| 3.9       | Consideraciones éticas.....                                                                   | 53         |
| 3.9.1     | Principio de veracidad .....                                                                  | 54         |
| 3.9.2     | Principio de fidelidad .....                                                                  | 54         |
| 3.9.3     | Respeto a la autonomía .....                                                                  | 54         |
| 3.10      | Socialización de resultados.....                                                              | 55         |
| 3.11      | Permisos institucionales.....                                                                 | 56         |
| <b>4.</b> | <b>Marco de análisis y resultados .....</b>                                                   | <b>57</b>  |
| 4.1       | Caracterización de los participantes.....                                                     | 59         |
| 4.2       | Definición de unidades de análisis .....                                                      | 60         |
| 4.3       | Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación.....                         | 61         |
| 4.4       | Desarrollo de categorías .....                                                                | 63         |
| 4.4.1     | Categoría 1. Estableciendo cambios en el estilo de vida (cotidianidad) .....                  | 65         |
| 4.4.2     | Categoría 2. Reconociendo el apoyo.....                                                       | 73         |
| 4.4.3     | Categoría 3. Promoviendo la adaptación y el afrontamiento a su nueva condición de salud ..... | 78         |
| 4.4.4     | Categoría 4. Definiendo su cuidado.....                                                       | 83         |
| 4.4.5     | Categoría 5. Viviendo en la incertidumbre .....                                               | 87         |
| 4.5       | Integración e interpretación final de los hallazgos .....                                     | 97         |
| 4.5.1     | Estableciendo cambios en el estilo de vida (Cotidianidad) .....                               | 97         |
| 4.5.2     | Reconociendo el apoyo .....                                                                   | 98         |
| 4.5.3     | Promoviendo la adaptación y el afrontamiento a su nueva condición de salud .....              | 98         |
| 4.5.4     | Definiendo su cuidado .....                                                                   | 99         |
| 4.5.5     | Viviendo en la incertidumbre .....                                                            | 100        |
| 4.6       | Contraste con la literatura .....                                                             | 100        |
| <b>5.</b> | <b>Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones.....</b>                                      | <b>112</b> |
| 5.1       | Conclusiones .....                                                                            | 112        |
| 5.2       | Recomendaciones e implicaciones para enfermería .....                                         | 114        |
| 5.3       | Limitaciones.....                                                                             | 114        |

## Lista de anexos

|                                                                                                                          | <b>Pág.</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| A. Anexo: Formato Consentimiento Informado .....                                                                         | 116         |
| B. Anexo: Formato Registro de Información - Revisión de la Historia Clínica. ....                                        | 120         |
| C. Anexo: Guía para la Entrevista No Estructurada .....                                                                  | 121         |
| D. Anexo: Carta de solicitud de aprobación al Comité de Ética institucional: Fundación Clínica Shaio .....               | 122         |
| E. Anexo: Carta de Aval Comité de Ética Institucional: Fundación Clínica Shaio .....                                     | 123         |
| F. Anexo: Carta de solicitud de aprobación al Comité Ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional De Colombia ..... | 124         |
| G. Anexo: Carta de aval Comité Ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional De Colombia .....                       | 125         |
| H. Anexo: Cronograma de actividades .....                                                                                | 126         |
| I. Presupuesto .....                                                                                                     | 127         |

## Lista de tablas

|                                                                      | Pág. |
|----------------------------------------------------------------------|------|
| Tabla 3-1: Fragmento de una entrevista no estructurada .....         | 47   |
| Tabla 4-1: Desarrollo del proceso inductivo .....                    | 58   |
| Tabla 4-2: Caracterización de los participantes.....                 | 59   |
| Tabla 4-3: Unidades de análisis .....                                | 61   |
| Tabla 4-4: Códigos de clasificación.....                             | 62   |
| Tabla 4-5: Códigos de clasificación.....                             | 62   |
| Tabla 4-6: Códigos de clasificación.....                             | 63   |
| Tabla 4-7: Códigos de clasificación – Desarrollo de categorías ..... | 65   |

## Lista de esquemas

|                                                                                             | <b>Pág.</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Esquema 3-1: Procedimiento general de la técnica de análisis cualitativo de contenido ..... | 44          |
| Esquema 4-2: Códigos de clasificación – Desarrollo de categorías .....                      | 64          |
| Esquema 4-3: Integración final de los hallazgos .....                                       | 97          |



# Introducción

Estadísticamente se considera que la enfermedad coronaria es la pandemia más importante del siglo XXI. El número absoluto de muertes atribuibles a enfermedad cardiovascular (ECV) es mayor en países en vías de desarrollo en comparación con los más desarrollados (9 versus 3 millones).<sup>1</sup>

La presentación clínica de la Enfermedad Coronaria Isquémica (ECI) incluye la isquemia silente, angina de pecho estable, falla cardíaca, angina inestable, infarto agudo de miocardio (IAM) (con y sin elevación del segmento ST) y la muerte súbita.<sup>2</sup> Por su parte, quienes desarrollan un IAM tienen mayor riesgo de muerte, falla cardíaca o de nuevos eventos de isquemia miocárdica. Unido a lo anterior, al evaluar los riesgos que se presentan posteriores al infarto, como la disminución de la función ventricular, isquemia miocárdica subyacente y la probabilidad de presentar arritmias ventriculares sostenidas, en donde, según sea el caso se ve la necesidad de implantar un Desfibrilador Automático Implantable (DAI).<sup>3</sup>

Está documentado que otra de las indicaciones para el implante del DAI es la cardiomiopatía Chagásica, patología de alta prevalencia en Colombia, la cual predispone al desarrollo de arritmias ventriculares o supraventriculares. Una vez se inician estas arritmias y especialmente si se produce taquicardia ventricular no sostenida, el pronóstico de vida de estos pacientes disminuye.<sup>4</sup> Se estima que en la actualidad hay entre 16 y 18 millones de personas infectadas y que la mortalidad anual aproximada es de 50.000 casos con una población de riesgo de aproximadamente 100 millones de personas. En Colombia existen aproximadamente 1'200.000 personas infectadas, de las cuales el 25% desarrollará la fase crónica de la enfermedad<sup>5</sup> por lo que se estima que gran parte de esta población podría ser susceptible de indicación para el implante de un DAI.

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Citado por Sociedad Colombiana de Cardiología. Epidemiología del síndrome coronario agudo. En: Revista Colombiana de Cardiología. 2010 [en línea]. Vol.17. Supl. 3, p. 123.. Disponible en: <http://clinicalevidence.pbworks.com/w/file/attach/76763609/v17s3.pdf> . [citado el 10 de marzo de 2012]

<sup>2</sup> Ibíd., p. 121

<sup>3</sup> Ibíd. , p. 223

<sup>4</sup> ROSAS, Fernando, VANEGAS, Diego. CABRALES, Mauricio. (eds.) Enfermedad de Chagas.[en línea]. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2007. p. 92 Disponible de internet: <[http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/chagas\\_completo.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/chagas_completo.pdf)>. [citado en 15 de septiembre de 2014]

<sup>5</sup> Ibíd., p. 85

La revisión de piezas científicas con abordaje tanto cualitativo como cuantitativo, relacionadas con sujetos de cuidado a quienes se les ha implantado un DAI, permitió encontrar información para sustentar el marco referencial y dar pautas para definir el fenómeno de investigación y plantear la pregunta de investigación: ¿Cómo es la experiencia de las personas que viven con un desfibrilador automático implantable (DAI)? Para enfermería es necesario conocer esas experiencias, ya que durante el seguimiento de la condición de salud de estos sujetos, participa de manera activa a través de acciones en diferentes momentos del proceso relacionados con el uso de esta herramienta tecnológica donde la comunicación es un elemento importante, de igual manera la información obtenida contribuirá para direccionar el cuidado de forma integral e individualizada.

Al iniciar la búsqueda de piezas investigativas que contribuyeran a aclarar el fenómeno de investigación, se tuvo en cuenta lo planteado por autores como Ariza quien señala que el diálogo, el encuentro y el llamado-respuesta con los sujetos de cuidado, producirán mejores y mayores efectos en el bienestar del paciente, si se intenta cambiar el ambiente frío e impersonal del hospital en un ambiente de cuidado fortaleciendo ciertas condiciones como la presencia de familiares, la disponibilidad afectiva de las enfermeras, proporcionar información y orientación sobre el proceso que el paciente vive, por medio de un lenguaje que fácilmente permita su entendimiento y que contribuya a disminuir la angustia y ansiedad que le genera todo el contexto que lo rodea.<sup>6</sup>

Para el caso de los sujetos de cuidado con enfermedades coronarias y que son sometidos a tratamientos de alta tecnología, es importante tener en cuenta que la información, y la comunicación dada en relación a la enfermedad, al tratamiento, y recuperación generalmente se basa en las preferencias individuales de cada profesional de la salud y no en las necesidades reales de cuidado de cada uno de ellos<sup>7</sup>. Aspecto necesario a tener en cuenta debido a que la experiencia ante la enfermedad desde los sujetos de cuidado y el encuentro en los diferentes ámbitos de atención y de cuidado de enfermería se constituye en momentos únicos e irrepetibles. Una de las formas de indagarlo es mediante la interpretación de las experiencias a partir del cuidado, para lograr su autenticidad, puesto que de una parte está la observación de la enfermedad propia, y por otra, la percepción del paciente, que generalmente está atrapada en una densa red de subjetividad, lo cual se convierte en reflexión y manifestación de la opinión personal.<sup>8</sup>

Esta investigación busca analizar, interpretar y describir este fenómeno de enfermería, la experiencia de las personas que viven con un desfibrilador automático implantable (DAI), con el fin de favorecer el bienestar, mejorar la calidad de vida de los sujetos de cuidado y por otra parte lograr un cuidado de enfermería de excelencia y así contribuir con el desarrollo de la disciplina profesional.

---

<sup>6</sup> ARIZA, Claudia. Cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. Tesis doctoral. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, 2009. p. 222.

<sup>7</sup> *Ibíd.*, p. 226.

<sup>8</sup> ARMSTRONG; David. La opinión del paciente. En: DE LA CUESTA, C. (compiladora). Salud enfermedad, lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999. p. 242.

Esta investigación se desarrolló desde Junio de 2013 hasta Junio de 2014, se estudió el fenómeno en sujetos portadores del DAI que asisten a la consulta externa del Instituto de arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds” de la Fundación Clínica Shaio, en la ciudad de Bogotá. Institución de cuarto nivel, cuya misión está enfocada en la atención cardiovascular y de alta complejidad.



# 1. Marco de Referencia

## 1.1 Descripción del área problema

Las enfermedades crónicas son uno de los mayores problemas de salud que amenazan la estabilidad económica global, aumentan los costos y se constituyen en una barrera para mejorar el desarrollo económico y aliviar la pobreza. En 2005, de 58 millones de muertes que ocurrieron en el mundo, 35 millones fueron el resultado de enfermedades crónicas, y 80% de esas muertes ocurrieron en países en vía de desarrollo en igual proporción entre mujeres y hombres.<sup>9</sup>

Entre las enfermedades crónicas, la primera causa de morbilidad - mortalidad a nivel mundial está dada por la ECV, siendo la responsable de 17'528.000 muertes en el mundo en el año 2005.<sup>10</sup>

Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 82% de los casos se presentan en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que para el 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas, sobre todo por ECV y se prevé que estas sigan siendo la principal causa de muerte.<sup>11</sup> En nuestro país, para 2011 la tasa de mortalidad por ECV fue 95,9 defunciones por 100.000 habitantes, con tasas más altas en los departamentos de Tolima, Caldas, Meta, Quindío y Risaralda.<sup>12</sup> De este modo, la ECV se puede considerar como la más seria amenaza para el género humano.

Los indicadores reportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) correspondientes a los años 2006 al 2008 en Colombia, reflejan un aumento en la tasa de

---

<sup>9</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Previniendo la enfermedad crónica, una inversión vital. WHO Press. [en línea]. 2005. p. 2. Disponible en internet: <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf)>. [citado en 16 de octubre de 2011].

<sup>10</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Plan de Acción de Estrategias Globales para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas 2008-2013. (The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publishing Data. 2008

<sup>11</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Centro de Prensa. Nota informativa: Enfermedades Cardiovasculares. [en línea]. Marzo 2013. Disponible en internet: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>>. [citado en 8 de octubre de 2013].

<sup>12</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Observatorio Nacional de Salud. Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. [en línea]. Pagina. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D. C. Colombia. 2014. Disponible en internet: <<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>>. [citado en 1 de octubre de 2014].

mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, de 90.9 por 1000 habitantes, en segundo lugar se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 46.7, seguida de la tasa de mortalidad por diabetes del 24.2<sup>13</sup>

Según estos indicadores, las instituciones que prestan los servicios de salud (IPS), han tenido que aumentar el número de camas en unidades de cuidado intensivo (UCI) como lo menciona el Ministerio de Protección Social en su informe de gestión, donde reporta que las camas de UCI se duplicaron entre 2004 y 2009, con un incremento de 4.985 a 9.294 camas, respectivamente<sup>14</sup>, indicador que refleja la magnitud del problema.

De igual manera la transición epidemiológica ha generado modificación en las principales causas de morbilidad y mortalidad en el último siglo, en Colombia es evidente el incremento en la expectativa de vida en las últimas décadas. Los avances en el tratamiento de la enfermedad coronaria y la falla cardíaca han permitido un aumento en la prevalencia de otras entidades de fase crónica, en especial de las arritmias cardíacas, como es el caso particular de la fibrilación auricular y de las arritmias ventriculares malignas.<sup>15</sup>

Se prevé que el impacto de los trastornos del ritmo cardíaco (tanto bradi arritmias como taquiarritmias), en términos de morbilidad, calidad de vida y mortalidad será grande, tanto en desenlaces clínicos como en lo relacionado con los gastos destinados para la salud; tanto para los pacientes y sus familias como para las instituciones prestadoras de servicios.<sup>16</sup>

El primer DAI se implantó en humanos hacia la década de los 80, y con el paso del tiempo las recomendaciones de uso se han aumentado, a continuación se describen algunas de las indicaciones para el implante: <sup>17</sup>

- Prevención primaria de muerte cardíaca súbita (profilácticos), en la que los pacientes adultos no han experimentado una arritmia ventricular que amenace su vida, y
- Prevención secundaria en donde los pacientes han sufrido un paro cardíaco fallido, una taquicardia ventricular casi fatal o un síncope asociado a taquicardia ventricular/fibrilación ventricular.

Si se tiene en cuenta la clasificación para la evidencia científica, la mayoría de las indicaciones de este tipo de terapia han sido introducidas en la práctica clínica en los

---

<sup>13</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos, [en línea]. 2010. Disponible en internet: <[http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&task=view&id=365](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=365)>. [citado en 3 de octubre de 2014].

<sup>14</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Informe de gestión, Ministerio de Protección Social, 2002-2010. [en línea]. Disponible en internet: <[www.minproteccionsocial.gov.co/buscar/results.aspx?k=promedio%20de%20camas%20UCIS%20por%20habitantes](http://www.minproteccionsocial.gov.co/buscar/results.aspx?k=promedio%20de%20camas%20UCIS%20por%20habitantes)>. [citado en 22 de septiembre de 2014].

<sup>15</sup> VACCA, Miguel. Guías colombianas de electrofisiología cardiovascular. En: Revista Colombiana de Cardiología. Abril de 2011. Vol. 18, no. 3, p. 208.

<sup>16</sup> Ibíd., p. 208.

<sup>17</sup> Ibíd., p. 227 – 230.

últimos años, por su parte la prevención primaria de la muerte cardíaca súbita es un concepto nuevo universalmente aceptado gracias a estudios (MADIT II y SCD-HEFT), referenciados en las guías colombianas de electrofisiología cardiovascular.<sup>18</sup>

En el marco de las recomendaciones dadas a partir de la evidencia científica Clase I nivel de evidencia A, se enuncian los lineamientos a tener en cuenta para el implante del DAI<sup>19</sup>

- Pacientes sintomáticos o asintomáticos con una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo menor a 35% debida a IAM ocurrido al menos cuarenta días antes y con una clase funcional II o III de la New York Heart Association (NYHA).
- Pacientes con disfunción del ventrículo izquierdo debida a IAM ocurrido al menos cuarenta días antes, quienes tienen una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo menor al 30% y están en clase funcional NYHA I.
- Pacientes sobrevivientes de un paro cardíaco debido a fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sostenida, hemodinámicamente inestable después de una cuidadosa evaluación para definir la causa del evento y excluir las que sean completamente reversibles.
- Pacientes con síndrome de QT corregido largo con paro cardíaco previo y que adicionalmente estén recibiendo tratamiento con beta bloqueadores.
- Pacientes con síndrome de Brugada que han sufrido paro cardíaco previo.
- Pacientes con insuficiencia cardíaca que sobrevivieron a una fibrilación ventricular o una taquicardia ventricular hemodinámicamente inestable, o una taquicardia ventricular sincopal con fracción de expulsión del ventrículo izquierdo menor a 40%.

Las estadísticas evidencian que en España se implantan aproximadamente 20.000 marcapasos al año<sup>20</sup>. En Estados Unidos, se colocaron más de 1.400.000 dispositivos cardiacos entre los años 1998 y 2009, según el informe que es presentado por las compañías encargadas de distribuirlos<sup>21</sup>. Para Colombia los datos actualizados en relación con este tema son incipientes, el primer DAI se implantó en la Fundación Clínica Shaio, en el año 1994<sup>22</sup>, y según datos estadísticos suministrados por Instituto de arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds”, se han implantado 305 DAI desde enero del 2010 hasta el mes de Junio de 2014.

---

<sup>18</sup> *Ibíd.*, p. 227 – 230.

<sup>19</sup> *Ibíd.*, p. 227 – 230.

<sup>20</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. En España se implantan anualmente 20000 marcapasos al año. [en línea]. 2009. Sección de estimulación cardíaca. Disponible de internet: <noticiadesalud.blogspot.com/.../en-espana-se-implantan-anualmente-20000.html>. [citado en 08 de diciembre de 2011].

<sup>21</sup> PRODUCT PERFORMANCE REPORT. Medtronic, Boston Scientific, St. Jude, Biotronik. [en línea]. 2005. p. 80. Disponible de internet: <http://www.medtronic.com/for-healthcare-professionals/index.htm>. [citado 08 de diciembre de 2011].

<sup>22</sup> VELASCO, V.; ROSAS, F.; VILLEGAS, F.; BETANCOURT, J.; MALABET, I. Cardiodesfibrilador Implantable. Sociedad colombiana de Cardiología. Texto de Cardiología. 2008.

El documento publicado por la ACC/AHA/ESC presentó la evidencia acerca de la mejoría en la sobrevida con la terapia con desfibrilador automático en pacientes de alto riesgo, con disfunción ventricular izquierda debida a IAM previo (miocardiopatía isquémica) y en miocardiopatía no isquémica.<sup>23</sup>

El DAI constituye actualmente una de las principales opciones terapéuticas en los pacientes que han presentado arritmias ventriculares malignas o muerte súbita cardíaca.<sup>24</sup> A su vez, el tratamiento con DAI en comparación con terapia medicamentosa antiarrítmica tradicional o convencional, se asocia con reducciones entre el 23% al 55% en la mortalidad, con mejoría en la sobrevida debida casi exclusivamente a reducción en la muerte súbita cardíaca.<sup>25</sup>

La causa más frecuente de muerte súbita en el mundo es ocasionada por arritmias cardíacas, en Colombia es la segunda causa de muerte después de la muerte violenta,<sup>26</sup> y no discrimina edad, sexo o posición socio económica. Se calcula que para nuestro país 20% de las 52.000 personas que sufren de infarto al año, mueren a consecuencia del infarto mismo que genera una arritmia fatal conocida como fibrilación ventricular, mientras que el 80%, pueden morir a mediano o largo plazo por arritmias cardíacas que aparecen como consecuencia de la misma situación.<sup>27</sup>

Por otra parte la insuficiencia o falla cardíaca afecta a 22 millones de personas en el mundo, su prevalencia aumenta con la edad, y es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en mayores de 65 años en Estados Unidos, se encuentra dentro de las cinco primeras causas de mortalidad en adultos de ambos sexos a nivel mundial y las proyecciones para el año 2030, es que ocasionará más de ocho millones de muertes en población mayor de 30 años.<sup>28</sup> La OMS también considera que la falla cardíaca será una epidemia a nivel mundial, que además de incrementar la mortalidad, también lo hará en cuanto a pérdida de años productivos, aislamiento social y aumento de costos para el sistema de salud.

---

<sup>23</sup> ACC/AHA/ESC. Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines Journal of the American College of Cardiology. 2006. Volume 48, Issue 5, Pages e247-e346. Disponible en internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109706018171>>. [citado en 19 de octubre de 2013]

<sup>24</sup> GREGORATOS, G.; ABRAMS, J.; EPSTEIN, A.; et al. Guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). Circulation. 2002; 106:2145-61. En: MARTÍNEZ, Martín, et al. Manejo de los pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable en los servicios de urgencias hospitalarias. Emergencias. 2005. Vol. 17, p. 180-196.

<sup>25</sup> Ibíd., p. 180.

<sup>26</sup> SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA Y ELECTROFISIOLÓGICA. Arritmias cardíacas. [en línea]. 2010. Disponible en internet: <<http://www.solaece.org/paciente/>>. [citado en 29 de julio de 2011].

<sup>27</sup> Ibíd.

<sup>28</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. 2008. Op. cit.

Otra causa frecuente para la aparición de taquiarritmia ventricular maligna, son los estadios avanzados de la enfermedad de Chagas, en algunos casos específicos se indica el implante del DAI y puede presentar una alta incidencia de descargas durante los primeros seis meses del seguimiento.<sup>29</sup>

Actualmente el DAI es el tratamiento de elección en pacientes con arritmias ventriculares malignas, el impacto de este dispositivo en el escenario de arritmias que provocan muerte cardíaca súbita, unido a tratamientos diversos tiene un doble interés ya que además de representar una terapéutica eficaz, producen modificaciones importantes en la utilización de los servicios de salud,<sup>30</sup> por lo tanto, la mejora de este tratamiento interesa no solo a los profesionales sino también a quienes administran la inversión de recursos destinados a tal fin.

Por las características del grupo de personas objeto de este tratamiento, el aumento en el uso de esta tecnología y la importancia en el mantenimiento de la calidad de vida del paciente, el cuidado que brinda el profesional de Enfermería debe enfocarse a desarrollar conocimiento en esta área, dar un cuidado de excelencia a las personas en busca de satisfacer necesidades propias y de su familia.

En el 2007, en la Fundación Clínica Shaio, se llevó a cabo un estudio de carácter descriptivo, retrospectivo, en donde se evaluaron un total de 120 pacientes, de los cuales 73 eran mujeres (60%) con edad media de  $56,7 \pm 13$  años que cumplieron con los criterios diagnósticos establecidos por la OMS. Por orden de frecuencia, la procedencia de las zonas endémicas fue: Boyacá (31%), Santander (24%), Cundinamarca (17%), Tolima (9%), Meta (6%), Casanare (3%), Huila (2%) y otros (6%). De este grupo de pacientes, sólo ocho (8) fueron sometidos a la implantación de un DAI (6,6%),<sup>31</sup> el análisis de las variables obtenidas en los pacientes evaluados con diagnóstico de cardiomiopatía Chagásica crónica demostró que la entidad tiene una forma variable de presentación y depende del estadio clínico en el que se diagnostica y el compromiso en la función ventricular izquierda no siempre es una regla.

El estudio realizado por Álvarez, A y Cols., describió una serie de casos de pacientes a quienes se les implantó un DAI a partir de la indicaciones en prevención primaria y secundaria de muerte súbita en una institución de cuarto nivel. Igualmente se encontró que la incidencia de descargas (terapias) del desfibrilador en pacientes correspondientes a prevención primaria y secundaria de muerte súbita durante el primer año de seguimiento fue del 44%. La incidencia de descargas apropiadas del DAI en pacientes con prevención primaria de muerte súbita al primer año de seguimiento fue del 26,3% y la incidencia de descargas apropiadas del DAI en pacientes con prevención secundaria de muerte súbita al primer año de seguimiento fue del 53%. El 36% de los pacientes presentaron descargas inapropiadas debidas a sobre estimulación, doble sensado del dispositivo, durante el año de seguimiento posterior al primer implante del dispositivo. Como conclusiones encontraron que las descargas posteriores al implante del DAI se presentaron casi en la

---

<sup>29</sup> ROSAS; VANEGAS y CABRALES. Op. cit., p. 47, 55, 56.

<sup>30</sup> ALCONERO CAMARERO, A y otros. Calidad de vida en personas portadoras de desfibriladores implantables. *En: Enfermería en Cardiología*. 2005. Vol. 12, no. 34, p. 38-41.

<sup>31</sup> ROSAS; VANEGAS; CABRALES. Op. cit., p. 47, 55, 56.

mitad de los pacientes, siendo más frecuente en prevención secundaria, y en pacientes con diversas patologías <sup>32</sup> para las cuales estaba indicado el implante.

Rassin y cols, encontraron que las personas a quienes se les había implantado un DAI, manifestaron miedo secundario a que desconocían cuál era la forma correcta para la movilización del cuerpo, la higiene personal, la actividad sexual, la actividad física, el cuidado de la herida quirúrgica, cambios en el hábito alimentario así como en el uso correcto de equipos electrónicos o electrodomésticos,<sup>33</sup> de ahí la importancia del presente estudio, puesto que permite conocer la experiencia de ser portador de un DAI en el contexto colombiano con el ánimo de retroalimentar y fortalecer el cuidado a estos sujetos desde la disciplina de enfermería.

El estudio realizado en España en el 2008, menciona que los ensayos clínicos han revelado que más de 25% de los pacientes reciben choques inapropiados del DAI, esto debido comúnmente al doble conteo, sobresensado, ectopia y taquicardias supra ventriculares, con una variedad de presentación entre taquicardia sinusal a fibrilación auricular. Los choques producidos por los DAI frecuentemente han demostrado que reducen la calidad de vida global e incrementan la incidencia de depresión y ansiedad, así como también obligan a la restricción de conducción de vehículos<sup>34</sup> y desarrollo de otras actividades en la cotidianidad de la personas, aspectos de gran importancia a tener en cuenta en los procesos de control y seguimiento del cuidado de enfermería en personas con esta condición de salud.

A pesar que estudios sobre morbilidad y mortalidad muestran que el implante del DAI ha sido un éxito, como soporte vital para mejorar la calidad de vida de las personas que lo requieren, ante este tipo de patologías no hay suficiente evidencia sobre las necesidades que tienen los portadores de DAI, una vez se enfrentan en su cotidianidad con estos dispositivos.<sup>35</sup> Casas, citado por Alconero <sup>36</sup>, menciona que a pesar de ser el DAI un dispositivo de tecnología de punta, los pacientes portadores deben enfrentar situaciones relacionadas a discapacidades físicas y psicosociales, efectos secundarios del tratamiento, incertidumbre, cambios en su estilo de vida, aspectos que sin duda alguna repercuten sobre su calidad de vida.

---

<sup>32</sup> ÁLVAREZ, A.; MARIÑO, L.; JARAMILLO, C.; BETANCOURT, J., et al. Terapia pos implante de cardiodesfibrilador como prevención primaria y secundaria de muerte súbita en la Fundación Abood Shaio: seguimiento a un año. En: Revista Médica UIS. 2011. Vol. 24, no. 3. p. 259-270. Disponible en internet: <<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2840>>. [citado en 01 de abril de 2013].

<sup>33</sup> RASSIN, M., et al. "A pacemaker in my heart" Classification of questions asked by pacemaker patients as a basis for intervention. En: Journal of Clinical Nursing. 2009. Vol. 18, no 1. p. 56. [en línea] Disponible en internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19120732>>. [citado 07 de junio de 2013].

<sup>34</sup> GONZALES-TORRECILLA, E. Indicaciones actuales del desfibrilador automático implantable. En: Rev Esp Cardiol Supl. 2008. Nº 8, p. 3A-8a.

<sup>35</sup> *Ibíd.*, p. 4A

<sup>36</sup> CASAS, J.; REPULLO, J.; PEREIRA, J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. En: Med Clin (Barc). 2001. Nº 116, p. 789 - 796. Citado por: ALCONERO CAMARERO, A y otros. Calidad de vida en personas portadoras de desfibriladores implantables. En: Enfermería en Cardiología. 2005. Vol. 12, no. 34, p. 38-41.

Es importante destacar que esta tecnología de avanzada, constituye una alternativa debido a la facilidad en la inserción, la aceptación de la terapia, disminución de efectos adversos de fármacos antiarrítmicos y el aumento del índice de supervivencia, así como otros aspectos relacionados con la calidad de vida vinculados con la salud, incluyendo el estado funcional, psicológico, social, así como los efectos secundarios del tratamiento, soporte mental y su relación con el entorno.<sup>37</sup> Las personas portadoras del DAI han manifestado diferentes experiencias relacionadas con aspectos de índole psicosocial, físicos, desempeño de roles y económicos.<sup>38</sup> Los aspectos descritos anteriormente son de gran valor, y constituyen elementos orientadores a tener en cuenta en los procesos de cuidado con pacientes en esta situación, en los diferentes escenarios de cuidado.

## 1.2 Justificación

La búsqueda sistemática en las bases de datos científicas CINAHL, OVID, EBSCO, Science Direct, LILACS y Academic Search, la revisión de guías y protocolos, así como la práctica de la investigadora en el área se constituyeron en la base para identificar del fenómeno y determinar la importancia de analizar, interpretar y describir la experiencia de las personas portadoras de un DAI, con el fin de conocer sus experiencias y vivencias, entender sus preocupaciones y necesidades a partir de su situación de salud. El desarrollo de la presente investigación en nuestro medio, constituye un aporte de conocimiento para el cuidado de enfermería, desde la visión unitaria transformativa / de simultaneidad, sobre la experiencia para estos sujetos de cuidado.

Para abordar la problemática que se vive actualmente en relación con experiencia, toman vigencia aspectos importantes en el cuidado de la salud tales como entender: ¿Qué es lo que el paciente manifiesta? y ¿cómo lo manifiesta? La opinión del paciente no puede describirse o aislarse separadamente, simplemente como aquello que se dice, es fundamental que la opinión y las experiencias de la persona estén unidas a aquello que se escucha<sup>39</sup>.

En esta dirección, una aproximación para abordar este fenómeno es mediante su interpretación que aporta una mirada donde se expresa la individualidad, permite profundizar en el conocimiento del fenómeno con la persona, mira la esencia del sentimiento, y donde el fundamento de no generalizar es lo que permite comprender la esencia y la vivencia de la persona. (Duran de Villalobos, citado por Soto)<sup>40</sup>. Los elementos anteriores contribuyen al desarrollo de cuidado de enfermería de calidad mediante la estructuración de planes de cuidado, donde a partir un conocimiento individualizado y

---

<sup>37</sup> ALCONERO CAMARERO. Op. cit., p. 38.

<sup>38</sup> McDONOUGH, Annette. The experiences and concerns of young adults (18-40 years) living with an implantable cardioverter defibrillator (ICD). En: European Journal of Cardiovascular Nursing. 2009. Vol. 8. p. 274-280.

<sup>39</sup> ARMSTRONG. Op. cit., p. 243.

<sup>40</sup> DURAN DE VILLALOBOS, M. Clase 2005 En: SOTO, Virginia. Experiencias de las adolescentes embarazadas en la localidad de Kennedy en la ciudad de Bogotá: Las adolescentes desean ser madres pero.... Tesis doctoral en Enfermería. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009., p. 38.

contextualizado, se logra responder a las necesidades de los sujetos de cuidado y se contribuye a mejorar su calidad de vida.

Teniendo en cuenta que mediante el diálogo se identifican las vivencias, las necesidades y falencias, así como las posibles soluciones; los profesionales de enfermería de acuerdo a las condiciones de salud permiten orientar, y pueden contribuir en encontrar sentido a las situaciones observadas y vividas por el paciente<sup>41</sup>, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en la recuperación de su salud.

Las acciones descritas anteriormente permiten la participación del paciente en su cuidado, lo cual hace más humana la práctica de enfermería permitiendo reconocer al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser actor de su salud y no simplemente el receptor de actividades planeadas por el profesional que lo atiende.<sup>42</sup> De igual manera se hace imprescindible de parte de los profesionales de enfermería proporcionar el cuidado, y con éste la disponibilidad para responder de la manera más acertada, promoviendo el bienestar, la comodidad y el confort del paciente; que se logra a través de la presencia auténtica, la cual es percibida por el paciente con actitud de disposición y genera como resultado el diálogo entre los dos.<sup>43</sup>

Es a través de la comunicación y la forma como las enfermeras interactúan con los sujetos de cuidado, como se llega a conocer su opinión, y puede ser tan coherente que se constituye en “teoría del vulgo”,<sup>44</sup> es decir que llega a ser una valiosa herramienta diagnóstica y de valoración, lo cual pretende ser uno de los sustratos en esta investigación, para poder llegar a conocer la experiencia las personas portadoras del DAI con el ánimo de proyectar el cuidado.

Esta investigación pretende contribuir al desarrollo del conocimiento de la disciplina profesional de enfermería, ya que a través de la descripción, análisis e interpretación de la experiencia, se puedan determinar y planear estrategias de intervención de enfermería que respondan a las situaciones de salud “Ser portadores del DAI”. Al conocer específicamente las demandas e interrogantes de los sujetos que viven esta experiencia, se logra generar cuidado de la salud acorde a la condición individual de cada sujeto, así como también cualificar los cuidados de manera oportuna, enriqueciendo la línea de investigación de Cuidado para la Salud Cardiovascular.

A este respecto, Morais y cols<sup>45</sup> consideran que la humanización del cuidado en enfermería está siendo enfatizada en las instituciones de salud, y afirman que por medio de la comunicación se permite al equipo de salud y para el caso a los profesionales de enfermería comprender a la persona en estado de vulnerabilidad por la enfermedad y las posibles complicaciones inherentes a los procedimientos a que hayan sido sometidos.

---

<sup>41</sup> *Ibíd.*, p. 242

<sup>42</sup> DAZA, C.; TORRES, A. y cols. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, Participación y Afecto. *En*: Index Enferm. 2005. Vol. 14, no. 48-49.

<sup>43</sup> ARIZA. *Op. cit.*, p. 221.

<sup>44</sup> ARMSTRONG. *Op. cit.*, p. 243.

<sup>45</sup> MORAIS, G.; GERALDO DA COSTA, S. y cols. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *En*: Acta Paul. Enferm. Jun 2009. Vol. 22, no. 3, p. 323-7. ISSN 0103-2100.

De igual manera la investigación surge como inquietud de la práctica de enfermería, dado el interés de conocer desde la evidencia resultados investigativos relacionados con el fenómeno de estudio, se revisaron trabajos de diferentes disciplinas, que abordan diversos temas, como la calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, la experiencia de vivir con un DAI, desde el abordaje cualitativo se encuentra de forma limitada, o no se aborda de manera específica para la población colombiana.

Algunas de las conclusiones obtenidas a partir de la búsqueda de literatura, demuestran la importancia y justificación para llevar a cabo esta investigación, con abordaje cualitativo, y bajo el paradigma interpretativo. Teniendo en cuenta las situaciones que viven quienes son portadores, el cuidado de enfermería debe contemplar y comprender los sentimientos y emociones generadas por el dispositivo; por medio de apoyo y orientación que el profesional de enfermería y el resto del equipo de salud debe proporcionar de manera individualizada,<sup>46</sup> a sus familiares o cuidadores. La comunicación e interrelación entre el paciente y la enfermera genera habilidades que facilita la forma de encontrar las necesidades específicas, la experiencia particular de su condición de salud, relacionados con el DAI, y lograr que la adaptación hacia el dispositivo sea de forma continua.<sup>47</sup>

Adicionalmente, el profesional de enfermería brinda educación pre y post implante, comparte experiencias y aporta soluciones y apoyo después de que un paciente recibe descargas del dispositivo, creándose una relación continua de confianza. En algunos estudios el seguimiento de estos pacientes se centra en el funcionamiento normal del dispositivo y se excluye la experiencia, las sensaciones y percepciones relacionadas con el DAI.<sup>48, 49</sup> estudios realizados señalan que los grupos de apoyo, en estas situaciones desarrollan habilidades y estrategias para la resolución de problemas y por tanto una mejoría en la calidad de vida<sup>50</sup>.

Es por ello que se considera de gran importancia conocer a partir del diagnóstico y el proceso de hospitalización las necesidades, dudas e inquietudes de las personas que van a ser sometidas al este procedimiento para lograr una comunicación efectiva con el propósito de favorecer la calidad de vida posterior al implante del DAI. En este sentido, es determinante el seguimiento que realiza el profesional de enfermería a partir del egreso

---

<sup>46</sup> DOUGHERTY, C. M.; BENOLIEL, J. Q.; BELLIN, C. Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest automatic internal cardioverter defibrillator implantation. En: Heart Lung. 2000. N° 29, p. 79-86.

<sup>47</sup> WHITE, E. Patients with implantable cardioverter defibrillators: transition to home. En: J Cardiovasc Nurs. 2000, No 14, p. 42-52. [en línea] Disponible en internet: <<http://ovidsp.tx.ovid.com.ezproxy.unal.edu.co/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=BHNIFPFCJMDDLFCANCMKPFDCBABKAA00&Complete+Reference=S.sh.22.23.27.31%7c7%7c1>>. [citado en 20 de febrero de 2014]

<sup>48</sup> BAINGER, E. M.; FERNSLER, J. I. Perceived quality of life before and after implantation of an internal cardioverter defibrillator. En: Am J Crit Care. 1995. N° 4, p. 36-43.

<sup>49</sup> CARROLL, D. L.; HAMILTON, G. A.; MCGOVERN, B. A. Changes in health status and quality of life and the impact uncertainty in patients who survive life-threatening arrhythmias. En: Heart Lung. 1999. No 28, p. 251-60.

<sup>50</sup> JAMES, J. Living on the edge-patients with an automatic cardioverter defibrillator (AICD): implications for nursing practice. En: Nurs Critic Care. 1997. No 2, p. 163-168.

hospitalario como un medio facilitador, tanto para pacientes como familiares, para expresar dudas, miedos <sup>51</sup> y llevar a cabo un manejo adecuado de acuerdo a su situación clínica.

Tagney expone que las personas receptoras del DAI, durante el seguimiento plantean temas que van más allá del simple chequeo físico. Son aspectos que generalmente se obvian en una exploración rutinaria y que se refieren a la sexualidad, la mortalidad, los efectos secundarios, el cansancio o los síntomas depresivos<sup>52</sup>. Esos aspectos requieren cuidado y atención directa por parte del profesional de enfermería, que puede facilitar el contacto con grupos de apoyo o asociaciones de pacientes donde los receptores y sus cuidadores puedan expresar sus miedos y temores, para mejorar el proceso de adaptación a la nueva situación<sup>53</sup>.

Por otra parte Segura y cols<sup>54</sup>, valoraron si un programa educativo, impartido por el equipo de enfermería, de dos Hospitales de España, era beneficioso para los pacientes portadores de DAI y el grado de satisfacción/confianza era óptimo con el sistema de los mismos. Se incluyeron 20 pacientes, que recibieron una completa formación del sistema por parte del equipo de enfermería, así como material de educación (DVD y documentación). Realizaron una primera transmisión desde el Hospital, y se les solicitó que realizaran transmisiones desde casa cada 15 días. El estudio concluyó que el 100% de la información fue obtenida de forma correcta, los pacientes cumplieron rigurosamente el calendario de transmisiones programadas y manifestaron mediante un cuestionario, se logró un alto grado de satisfacción con el entrenamiento recibido, así como con la seguridad y confianza que les proporcionaba el sistema.

Lo anterior indica que los programas educativos de enfermería dirigidos a los pacientes portadores de DAI son una herramienta esencial y fundamental en la recuperación y adaptación de los individuos a esta nueva situación de vida, sumado a lo que menciona experiencia humana: el estado de ánimo del paciente con cardiopatía, también se puede ver afectado por el desconocimiento del manejo de la enfermedad<sup>55</sup>

El impacto de esta investigación se dirige a cualificar la práctica de cuidado de enfermería, ya que los estudios no se han enfocado específicamente hacia la descripción, análisis e interpretación de la experiencia de vivir con un DAI, sumado a que el contexto colombiano es significativamente diferente por las condiciones socio - culturales propias del país. Por otra parte, se podrán establecer comparaciones con los resultados obtenidos en los estudios en contextos y población diferentes.

---

<sup>51</sup> TAGNEY, J. Can nurses in cardiology areas prepare patients for implantable cardioverter defibrillator implant at home? En: Nurs Crit Care. 2004. No 9, p. 104-14.

<sup>52</sup> Ibíd., p. 104.

<sup>53</sup> ÁLVAREZ. Op. cit., p. 307.

<sup>54</sup> SEGURA, C. y cols. Monitorización domiciliaria a pacientes portadores de desfibriladores automáticos implantables: experiencia de enfermería. En: Enfermería en Cardiología. 2008. Vol. 44, no. 2, p. 21-24.

<sup>55</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana. Adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Enfermería Cardiovascular. Comité Editorial. Sociedad colombiana de Cardiología. Bogotá, D. C.: Distribuna. 2008.

Los resultados que se deriven de esta investigación serán importantes para la disciplina de enfermería, puesto que la información subjetiva que se genera a través de la investigación cualitativa e interpretativa ofrece la posibilidad de contribuir a mejorar la práctica de cuidado y al desarrollo del conocimiento de enfermería en esta área específica, así como a confirmar lo importante y trascendente que es el conocimiento de las experiencias de los sujetos de cuidado.

### 1.2.1 Significancia disciplinar

Una de las premisas fundamentales en la investigación en enfermería es incorporar todos los medios que le permitan la comprensión de los fenómenos específicos desde la perspectiva del receptor del cuidado, por lo que estas interpretaciones deben ser sometidas al análisis para entender su significado, seguido de la validación consensual de los participantes.<sup>56</sup>

La segunda premisa básica, en el desarrollo de la ciencia de enfermería, es el papel que juega la observación, como un elemento fundamental para el conocimiento humano; así como también lo es la racionalidad, ya que el manejo del conocimiento conceptual y el empleo de marcos de referencia conceptuales de la investigación.<sup>57</sup>

Una tercera premisa propone cómo el desarrollo de la ciencia de enfermería contribuye a promover el poder explicativo de ésta, entendiéndose como un requisito necesario ya sea como ciencia clínica o humana que genera explicaciones para guiar las acciones terapéuticas de enfermería,<sup>58</sup> donde el ser humano se constituya en el eje primordial del cuidado.

En este sentido, Kim identifica cuatro dominios en el conocimiento de enfermería<sup>59</sup>, estos son:

- El dominio del cliente, tiene que ver con su desarrollo, sus problemas y sus experiencias de salud.
- El dominio cliente - enfermera, se relaciona con los encuentros entre los dos, y sus interacciones durante el proceso de cuidado de enfermería.
- El dominio de la práctica, hace énfasis en los aspectos cognoscitivos, comportamentales y sociales de las acciones profesionales de enfermería.
- El dominio del ambiente se relaciona con el tiempo, el espacio y las variaciones en la cualidad del ambiente del cliente.

---

<sup>56</sup> VILLALOBOS, María Mercedes. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2001. p. 74.

<sup>57</sup> *Ibíd.*, p. 75.

<sup>58</sup> *Ibíd.*, p. 75.

<sup>59</sup> KIM, H. S. Structuring the Nursing system: A typology of four domains. Scholarly Inquiry for Nursing practice *En*: VILLALOBOS, de Maria Mercedes. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2001. p. 81

A partir de los planteamientos de Fawcett J. sobre el dominio de la práctica de enfermería es importante destacar las siguientes directrices:<sup>60</sup>

- Identifica las características de los participantes, concretamente los pacientes a quienes se les ha implantado el DAI.
- Identifica los procesos de enfermería a ser empleados de acuerdo a la complejidad de la tecnología utilizada, las estrategias de planeación del cuidado, el tipo de intervenciones y la evaluación de los resultados.
- Identifica las contribuciones de la práctica de enfermería al bienestar de los participantes.

Los anteriores criterios contribuyen a que las interacciones que se dan en el marco del cuidado de enfermería y desde la visión de simultaneidad, permiten de un lado entrar en el mundo de las personas, conocerlas y a partir de ello, fomentar su crecimiento en la capacidad de cuidarse y de otro promover la mejora en la gestión del cuidado de enfermería.

A partir de la descripción, análisis e interpretación de la experiencia de vivir con un DAI, se presenta un fenómeno de interés para la disciplina que permite brindar un cuidado de calidad y a su vez busca:<sup>61</sup>

- Utilizar teorías, para guiar la práctica y generar conocimiento disciplinar (Emden<sup>62</sup>, Reid<sup>63</sup>)
- Avanzar en el nivel conceptual de la teoría, para dar lugar a cambios a nivel profesional, social y político. (Emden<sup>64</sup>; Smyth<sup>65</sup>).
- Facilitar la integración de la teoría y la práctica (Landen et al.<sup>66</sup>; McCaugherty<sup>67</sup>; Wong et al.<sup>68</sup>)

---

<sup>60</sup> FAWCETT, Jacqueline. Implementing nursing models and theories in practice (cap .2) En: Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories. 2º ed. FA Davis Company- Philadelphia. 2005. p. 31-48.

<sup>61</sup> FRESHWATER, D., Reflective practice: the state of the art. En: Reflective practice in nursing. Blackwell publishing. Sigma Theta Tau International. Honor Society of Nursing. 2008. p. 11- 12.

<sup>62</sup> EMDEN, C. Becoming a reflective practitioner. En: Towards a discipline of Nursing. Churchill Livingstone, Melbourne, 1991. p. 335-354

<sup>63</sup> REID, B. But we're doing it already! Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. In: Nurse Education Today. 1993. No 13, 305-309.

<sup>64</sup> EMDEN, C. Op. cit., p. 11.

<sup>65</sup> SMYTH, J. Reflective practice in teacher education and other professions. Key address to the fifth National Practicum Conference, Macquarie University, Sydney. 1993.

<sup>66</sup> LANDEN, J.; BYRNE, C. and BROWN, B. Exploring the lived experiences of psychiatric Nursing students through self-reflective journals. In: Journal of Advanced Nursing. 1995. Vol. 21, no. 5, p. 878-885.

<sup>67</sup> McCAUGHERTY, D. The theory – practice gap in nurse education: its causes and possible solutions. Finding from an action research study. In: Journal of Advanced Nursing. 1991. No 16, p. 1055-1061.

<sup>68</sup> WONG, et al. Assessing the level of student reflection from reflective journals. In: Journal of Advanced Nursing. 1995. No 22, p. 48-57

- Corregir errores y creencias, relacionados con las actividades, valores y normas en que se ha basado la práctica. (Mezirow<sup>69</sup>)
- Fomentar el cuidado con una visión holística, individualizada y flexible (Parker<sup>70</sup>)
- Mejorar el nivel de autoestima a través del aprendizaje. (Randle<sup>71</sup>) tanto para el profesional de enfermería, como para el portador del DAI.
- Aumentar la visibilidad del rol que desempeñan los profesionales de enfermería. (Freshwater<sup>72</sup>)
- Permitir que los profesionales de enfermería exploren y lleguen a entender la naturaleza y los límites propios de rol. (Freshwater<sup>73</sup>). Así como valorar y reconocer la importancia del rol de los sujetos en su cuidado a partir de sus creencias, motivaciones y experiencias.

Por otra parte esta investigación se enmarca en las temáticas desarrolladas por el grupo de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, así como también se enmarca en las tendencias investigativas de la institución hospitalaria en la cual se realizó la investigación.

La trayectoria de este grupo de investigación y su reconocimiento por Colciencias son estrategias para promover el desarrollo disciplinar de Enfermería a través de la generación de nuevo conocimiento y la consolidación del mismo, también ofrecen espacios de participación a docentes, profesionales y estudiantes en la solución de necesidades sociales y desarrollo de la profesión.

### 1.2.2 Significancia teórica

La literatura refleja que los problemas analizados en la práctica diaria de enfermería, frente a las personas portadoras del DAI, se basan en el rutinario cuidado que se brinda, sin previamente describir y diferenciar cuáles son las necesidades individuales, basadas en la experiencia vivida, así como la importancia de la información que se transmite a través de la comunicación y el diálogo, para orientar la recuperación, y la prevención de futuros eventos.

Beltrán analizó aspectos relacionados con el cuidado de enfermería integral a los pacientes en estado crítico, a la luz de los conceptos disciplinares propuestos en el modelo de relación de persona a persona de Travelbee. Concluyó que el cuidado de los pacientes en estado crítico pone a prueba las habilidades, los conocimientos y la experiencia clínica de los enfermeros, no sólo por el estado de salud de los pacientes con múltiples necesidades interferidas, sino también por las barreras y distorsiones que se presentan para que la

---

<sup>69</sup> MEZIROW, J. How critical reflection triggers transformative learning. *Fostering Critical Reflection in Adulthood*. San Francisco, CA: Jossey Bass. 1990. p. 1-20.

<sup>70</sup> PARKER, M. Aesthetic ways in day- to- day Nursing. *In: Journal of Advanced Nursing*. 2002. Vol. 14, no. 10, p. 824-832.

<sup>71</sup> RANDLE, J. The shaping of moral identity and practice. *In: Nurse Education in Practice*. 2002. No 2, p. 251-256.

<sup>72</sup> FRESHWATER, D. *Therapeutic Nursing: Improving patient care through self-awareness and reflection*. London: Sage Publications Ltd. 2002. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446220719>

<sup>73</sup> *Ibíd.*

interacción y comunicación con los pacientes ofrezca los resultados que se esperan en términos de contribuir a la recuperación de la salud o a la muerte tranquila.<sup>74</sup>

Del Barrio M. et al, en el estudio realizado con pacientes en cuidados intensivos, describió como la experiencia de estar hospitalizado fue valorada de manera negativa, debido a las alteraciones cognitivas, la incomodidad por presencia de elementos invasivos, la limitación del movimiento, la incapacidad para hablar, la sed, el ruido, el dolor, las dificultades para dormir, la alteración en la imagen corporal y la preocupación por la insatisfacción de la necesidades básicas; y cómo a pesar de presentar alteraciones en la memoria, recordaban total o parcialmente esas experiencias vividas.<sup>75</sup> Algunas de estas dificultades se pueden minimizar mediante estrategias de comunicación implementadas desde el cuidado de enfermería.

De igual manera la literatura científica menciona que la comunicación es requisito indispensable para la existencia del hombre y uno de los factores más importantes en su progreso social, Casales planteó que al ser ésta, uno de los aspectos medulares de cualquier tipo de actividad humana, así como condición para el desarrollo de la individualidad, la comunicación refleja la necesidad objetiva de asociación y cooperación mutuas entre las personas; razón por la cual su estudio como proceso ha suscitado el interés de muchos investigadores.<sup>76</sup>

Otro aspecto relevante encontrado en la revisión de literatura es la importancia de la comunicación en la relación paciente - enfermera, ya que a través de ésta se permite conocer las necesidades de cuidado, al momento del ingreso, atención y/o egreso de un servicio de urgencias o consulta externa, así como su experiencia vivida. Para poder conocer de manera precisa los requerimientos de cada uno de los pacientes es importante mencionar cómo las habilidades que se obtienen a través de la comunicación en esta relación influyen en el logro de mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva de ambas partes, en el nivel de satisfacción de pacientes así como en el cumplimiento de planes de cuidado.<sup>77</sup>

Ferreira planteó que la comunicación es un instrumento básico de cuidado, y concluyó que ésta, ya sea de contenido técnico o lúdico, implica la interacción, el lenguaje, los gestos y la cognición, que es donde radica su importancia para la enfermería, como arte y ciencia del cuidado.<sup>78</sup>

---

<sup>74</sup> BELTRÁN SALAZAR, Oscar Alberto. La práctica de Enfermería en Cuidado Intensivo. En: Aquichan. Abril 2008. Vol. 8, no. 1. Abril 2008. p. 50-63.

<sup>75</sup> DEL BARRIO, M.; LACUNZA, M. y ARMENDARIZ, A. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo, estudio fenomenológico. En: Enferm Intensiva. 2001. Vol. 12, no. 3, p. 135 - 141.

<sup>76</sup> CASALES, J. C. Psicología social. Contribución a su estudio. La Habana: Ciencias Sociales. 1989. En: MEDISAN. Feb de 2009. Vol. 13, no 1. [en línea]. Disponible en internet: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100010&lng=es)>. [citado en 20 de agosto de 2011] ISSN 1029-3019.

<sup>77</sup> Ibíd.

<sup>78</sup> FERREIRA, Márcia. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. En: Rev. Bras. Enferm. Jun 2006. Vol. 59, no. 3, p. 327-330. ISSN 0034-7167.

De igual manera el ensayo teórico - filosófico de Schaurich, tuvo como objetivo reflexionar sobre el elemento dialógico en el mundo del cuidado de enfermería, teniendo como fundamentos los supuestos de Martin Buber, en donde concluyó que el diálogo debe ser considerado más que un mecanismo comunicacional, un medio que aporta significados y sentimientos en el encuentro de cuidado en Enfermería.<sup>79</sup>

Investigaciones en enfermería relacionadas con las ECV, se han orientado hacia un sin número de fenómenos como son: Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (Ortiz)<sup>80</sup>, (Pabón)<sup>81</sup>. Autocuidado (Buitrago, y Cols.)<sup>82</sup>, (Rubiano)<sup>83</sup>, (Arredondo)<sup>84</sup> Propuestas de plan de cuidados de enfermería (Angarita, Leguizamón)<sup>85</sup>, (Ariza)<sup>86</sup>, Experiencia del síntoma (Bejarano y Cols.)<sup>87</sup>, Percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida (Espitia)<sup>88</sup>, La experiencia de modificar positivamente factores de riesgo Cardiovascular (Vargas)<sup>89</sup>.

La principal motivación que llevó a la elección de este problema de investigación es conocer esa experiencia para las personas que viven con un DAI, en la población colombiana, para así, generar, promover y direccionar procesos que contribuyan de

---

<sup>79</sup> SCHAURICH, D., OLIVEIRA C. M. O Elemento Dialógico no Cuidado de Enfermagem: Um Ensaio com Base em Martin Buber. *En: Esc Anna Nery Rev. Enferm.* Set 2008. Vol. 12 no 3, p. 544-48.

<sup>80</sup> ORTIZ, Consuelo. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento. Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2008.

<sup>81</sup> PABÓN, Yadira. Validez y confiabilidad del instrumento. Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007.

<sup>82</sup> BUITRAGO, Lilia y cols. Plan de cuidado de enfermería basado en el modelo de Autocuidado de Dorothea Orem para personas con antecedente de cambio valvular que reciben anticoagulación oral. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2005.

<sup>83</sup> RUBIANO, José. Capacidad de agencia de autocuidado de los afiliados mayores de 40 años con enfermedad coronaria, pertenecientes a Cajasalud ARS-UT Comfanorte en el municipio de Cúcuta. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2005.

<sup>84</sup> ARREDONDO, Edith. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con falla cardíaca en una institución de Medellín. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

<sup>85</sup> ANGARITA, J.; LEGUIZAMÓN, S. Plan de cuidados de enfermería para suministrar apoyo emocional a los pacientes adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo adulto de la Clínica Partenón de Bogotá basado en la teoría de Kirsten Swanson. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

<sup>86</sup> ARIZA. Op. cit., p. 25.

<sup>87</sup> BEJARANO, Ana María, BALLESTEROS, Deyanira, MAHECHA, Cielo y MURCIA, Esperanza. Reconociendo las diferencias en la experiencia de los síntomas de enfermedad coronaria según género: Una estrategia de divulgación del conocimiento en los profesionales de salud en el área cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

<sup>88</sup> ESPITIA, Sonia. Percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida, de un grupo de personas que padecieron un evento coronario agudo. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

<sup>89</sup> VARGAS, Elizabeth. La experiencia de modificar positivamente factores de riesgo cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004.

manera significativa a brindar un cuidado de enfermería individualizado y basado en la realidad desde la óptica propia de la persona que se ve enfrentada a esta situación.

### **1.2.3 Significancia social**

El profesional de enfermería participa en el cuidado del paciente con DAI, en todo el proceso desde el momento que ingresa al servicio de urgencias, durante el procedimiento quirúrgico, en el servicio de hospitalización, cuando egresa y luego en el control posoperatorio en las consultas de control y seguimiento. Durante ese proceso como lo menciona Ariza su participación le exige juicio clínico, capacidad de toma de decisiones y valoración reflexiva y crítica frente al paciente; asimismo exige conocimiento y compromiso.<sup>90</sup> Este conocimiento debe partir de la evidencia científica recopilada de investigaciones que permitan mejorar la práctica.

Desde el punto de vista social, el hecho de llevar a cabo una investigación acerca de la experiencia de vivir con un DAI, puede llegar a generar impacto en la prevención de posteriores complicaciones, optimizar la calidad de vida, lograr el afrontamiento a esa nueva condición de salud, así como adaptación al entorno familiar y social de manera positiva.

Conocer la experiencia de los pacientes constituye la base para planear el cuidado, de tal forma que éste se adapte a sus circunstancias reales y contemple su esfera biológica, psicosocial y espiritual, lo cual constituye un aporte al conocimiento de enfermería, a la práctica disciplinar y a la problemática social representada por la enfermedad coronaria, difundiendo relevancia social, familiar y psicológica en el cuidado de la salud por parte de los profesionales de enfermería.

## **1.3 Planteamiento problemático**

¿Cómo es la experiencia de las personas que viven con un Desfibrilador automático implantable (DAI)?

## **1.4 Objetivo general**

Analizar, interpretar y describir la experiencia de personas que viven con desfibrilador automático implantable (DAI), que asisten a la consulta externa del Instituto de arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds” de la Fundación Clínica Shaio.

---

<sup>90</sup> ARIZA. Op. cit., p. 25.

## 2. Marco Conceptual

Para el desarrollo del marco conceptual se tuvo en cuenta la revisión en la literatura así como la experiencia de la autora en el cuidado de personas portadoras de un DAI.

### 2.1 Experiencia

La experiencia es definida según la Real Academia Española como el “hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo”, también es la “circunstancia o acontecimiento vivido por una persona”.<sup>91</sup>

La experiencia es la vivencia de las personas frente a una situación particular, que es trascendente en su vida. A través de ella se permite revelar y describir las estructuras fundamentales del mundo, para dar atribuciones e interpretarlo como una verdad. De otro modo, es comprender la vivencia del otro y darle un significado.<sup>92</sup> Depende, directa o indirectamente, de la sensibilidad; es decir, el conjunto de contenidos que proceden de los sentidos, ya se refieran dichos contenidos a un acto cognoscitivo o a un acto vivencial (emocional) de modo que el ámbito de la experiencia viene a identificarse con el ámbito de la sensibilidad, de la percepción sensible.

Watson realizó el análisis del concepto de experiencia, el término es utilizado de cuatro formas en enfermería, como uso normal a un evento en particular, designa una emoción, determina una información o situación, también se ha empleado el concepto como el tiempo empleado en el servicio de enfermería, o como la cantidad de conocimiento adquirida durante un período. Según la autora existe diversos métodos para definir la experiencia y para delinear su significado en la profesión de la enfermería, deja claro que la medida de la experiencia en términos cuantitativos es generalizada, pero que la medición cualitativa es menos conocida y llega a ser más importante.<sup>93</sup>

A partir de debates académicos en la década del 70 se colocó en un lugar destacado el valor de la experiencia como elemento en el desarrollo del conocimiento desde la antropología. Desde entonces, se ha explorado de manera sistemática, las variaciones en

---

<sup>91</sup> REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Definición de “experiencia”. [en línea]. 2013. Disponible en internet: <<http://lema.rae.es/drae/?val=experiencia>>. [consultado en 22 de junio de 2014]

<sup>92</sup> EMBREE, Lester. Análisis Reflexivo: Una primera introducción a la investigación fenomenológica. Morelia, México: Red Utopía. 2003. p. 543.

<sup>93</sup> WATSON, Stephen. An analysis of the concept of experience. In: Journal of Advanced Nursing. Vol. 16, no. 9, p. 1117-1121. [on line]. Available from internet: <<http://www.readcube.com/articles/10.1111/j.1365-2648.1991.tb03373.x>>. [cited April 27, 2013]

la forma como las personas perciben, evalúan y actúan en relación con su salud, se ha desarrollado el campo interaccionista o interpretativo que enfatiza en la participación de las personas en todo el proceso de manejo de su enfermedad<sup>94</sup>, destacándose aspectos como:

- Los significados que las personas dan a sus síntomas están moldeados social y culturalmente, y esto a su vez se constituye en experiencia para el paciente. (Fitzpatrick)<sup>95</sup>
- Las interpretaciones que los pacientes hacen de sus síntomas están guiadas por conceptos e ideas de considerable complejidad y variedad. (Fitzpatrick)<sup>96</sup>
- Para Coe, la experiencia de la enfermedad incluye un proceso de toma de decisiones que comprende varias etapas, entre las cuales el contacto con la asistencia profesional es sólo una de ellas<sup>97</sup>.

De igual manera esta temática es planteada desde la filosofía por Kant en su libro *Crítica de la Razón Pura*, donde plantea que “El conocimiento comienza con la experiencia”.<sup>98</sup> Para la filosofía hermenéutica la noción de experiencia no se entiende según el modelo positivista que la reduce a la simple percepción sensible, la explica como el movimiento fundamental de la existencia histórica de los hombres y que consiste en articular sentido al interior de las acciones humanas (la tradición, el pasado, la intersubjetividad, el conocimiento de sí mismo).<sup>99</sup> Gadamer plantea que a diferencia de las ciencias naturales, las fuentes de la experiencia tienen una característica en común: su conocimiento solo se vuelve experiencia cuando se integra la conciencia práctica de quien actúa.

En filosofía y en el sentido tradicional, la experiencia está descrita como el reflejo sensorial y empírico del mundo exterior. Por parte del racionalismo la experiencia se redujo al concepto de los distintos estados de la conciencia del sujeto (vivencias, sensaciones, percepciones, enunciados verbales o formaciones teóricas del pensar). Desde la corriente del positivismo moderno, la reduce a las sensaciones y a las vivencias sensoriales del hombre negando la posibilidad y la necesidad de plantear y resolver el problema que hace

<sup>94</sup> FITZPATRICK R. Lay. Concepts of illness. En: FITZPATRICK R, HINTON J, NEWMAN S, SCAMBLER G, THOMPSON J, (comp). The experience of illness. Londres: Tavistock, 1984. p. 11-31.

<sup>95</sup> Ibíd., p. 125.

<sup>96</sup> Ibíd., p. 125.

<sup>97</sup> DE LA CUESTA, C. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. En: Salud pública Méx. 1999. Vol. 41, no 2, p. 124-129. [online]. Disponible en internet: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00366341999000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00366341999000200007&lng=en&nrm=iso)>. [citado 2013-03-03], ISSN 0036-3634. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341999000200007>.

<sup>98</sup> KANT, I. *Crítica de la razón pura*. España: Taurus. 2005. p. 16.

<sup>99</sup> MANCILLA MUÑOZ, Mauricio. Experiencia de la historicidad e historicidad de la experiencia: el mundo como espacio hermenéutico. En: Alpha. 2013, No 35, p. 177-190. [en línea]. Disponible en internet: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22012013000100012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012013000100012&lng=es&nrm=iso)>. [citado en 21 de febrero de 2014]

relación a lo que surge posterior a la experiencia, es decir el problema relacionado a la existencia del mundo real.<sup>100</sup>

Para dar continuidad con las tradiciones del materialismo, el marxismo superó el carácter contemplativo de la interpretación de la experiencia, reconociendo que ésta es secundaria, derivada frente a la realidad objetiva, y no la define como contenido pasivo de la conciencia, sino como influencia práctica del hombre sobre el mundo exterior.<sup>101</sup>

Actualmente la experiencia desde la filosofía se entiende como la interacción del sujeto social con el mundo exterior y como resultado de esta, se fusiona con todo el conjunto del hacer práctico social, además, sirve de recurso importante para el enriquecimiento de la ciencia, así como para el desarrollo de la teoría y la práctica.<sup>102</sup> En el caso de la actividad científica se admite, que al hablar de la experiencia, no exista una relación directa de lo estudiado con los datos sensibles, pero sí se debe poder establecer una relación indirecta, (obtenida por inferencia de otros fenómenos que sí tienen esa relación directa con la sensibilidad), de modo que el fenómeno estudiado no pierda su característica de ser observable.<sup>103</sup>

Para Husserl, las experiencias e ideas preceden al lenguaje y ocurren en una esfera privada e interior, el lenguaje sólo da nombre a los significados que ya existen en nuestra conciencia, esto quiere decir que para Husserl *toda experiencia posee una estructura de horizonte*.<sup>104</sup> La percepción de lo singular tiene lugar en forma de secuencia temporal en la que cada experiencia actúa de elemento clarificador de una experiencia anterior o susceptible de ser clarificada por otra posterior, esta implica un *saber con antelación* o un *saber en relación* que pertenece a la estructura del mismo experimentar. El horizonte hace referencia a esa totalidad de lo percibido o perceptible en cada uno de los actos cognitivos particulares.<sup>105</sup>

Para los procesos investigativos desde la disciplina de enfermería indagar sobre “la experiencia de padecimiento” es, a su vez un fenómeno de carácter social. No obstante, resulta fundamental, no sólo ampliar la reflexión y profundizar en los procesos de lectura de las narrativas de sufrimiento, sino recordar el valor que la experiencia y la narración tienen en el acercamiento a los sujetos que padecen la enfermedad a sus contextos y culturas. Esto permite encontrar el cuerpo como terreno y agente de procesos emocionales y afectivos, y entender el padecimiento como una experiencia encarnada que articula otras

---

<sup>100</sup> ROSENTHAL, Mark; IUDIN, Pavel. Diccionario Filosófico. Bogotá, D. C. Gráficas Modernas. 1985. p. 165.

<sup>101</sup> *Ibíd.*, p. 165.

<sup>102</sup> *Ibíd.*, p. 165.

<sup>103</sup> *Ibíd.*, p. 165.

<sup>104</sup> TENGELYI, László. La experiencia y el infinito según Kant y Husserl. *En*: La Lámpara de Diógenes. Enero-diciembre de 2010. Vol. 11, no. 20-21, p. 47-62. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84418400003>>. [citado en 22 de junio de 2014]

<sup>105</sup> *Ibíd.*, p. 52.

dimensiones<sup>106</sup> del sujeto de cuidado lo cual permite fortalecer la práctica del cuidado, con el fin de satisfacer sus necesidades.

El término de experiencia hace referencia tanto a una dimensión estratégica en el estudio de la construcción social de los padecimientos y de las distintas formas de sufrimiento social, como a la dimensión organizadora de procesos identitarios y prácticas sociales. Surge el abordaje del contexto cotidiano, dado que el hecho de vivir con padecimientos crónicos afecta a la mayoría de los ámbitos de la vida social, suponiendo cambios en la organización de la vida diaria y una consecuente definición de las relaciones con los demás. Para comprender las experiencias corporales, María Epele añadió al concepto términos como el placer, la gratificación, el dolor, el sufrimiento y el malestar.<sup>107</sup>

Cortés<sup>108</sup> hace referencia a la experiencia de la enfermedad, en donde se supone un cuerpo que aloja un sujeto que habla, sufre, goza, y que está inmerso en un espacio simbólico, considera que se debe interpretar la experiencia de la enfermedad como una alteración subjetiva y puede ser expresada en incertidumbres, alteraciones del esquema corporal (imagen), así como en el deterioro en la valoración de sí mismo (autoestima).

Del mismo modo, las corrientes interpretativas han propuesto que las experiencias del padecimiento, pueden expresarse en forma significativa a través de narraciones, dado que la narrativa no solo constituye un instrumento de investigación, sino que puede cumplir funciones terapéuticas.<sup>109</sup> Las historias contadas por los sujetos de cuidado a los profesionales de la salud, se constituyen en un retrato dialogado de sus experiencias y son vistas como la mejor manera para captar la riqueza y la diversidad de las experiencias subjetivas en la práctica y en la investigación interpretativa.<sup>110</sup>

A este respecto, Newman y cols, sostienen que el tema del cuidado es suficientemente dominante cuando se combina con el tema de las experiencias de la salud humana,<sup>111</sup> por considerar la enfermería como el estudio del cuidado en las experiencias de la salud humana<sup>112</sup>

---

<sup>106</sup> GRIMBERG, Mabel. Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Antropofagia. 2009. p. 189.

<sup>107</sup> EPELE, María, citada por GRIMBERG, M. *Ibíd.*, p. 370.

<sup>108</sup> CORTÉS, Beatriz. Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *En*: Nueva Antropología. 1997. Vol. 16, no. 53, p. 89-115. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.redalyc.org/pdf/159/15905305.pdf>> [citado en : 12 marzo de 2014]

<sup>109</sup> *Ibíd.*, p. 98.

<sup>110</sup> DO PRADO, M., DE SOUZA, M. y CARRARO, T. Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Washington D. C.: OPS. 2008.

<sup>111</sup> NEWMAN, Margaret A. ; SIME, A. Marilyn; Corcoran-Perry. Letters to editor. *Advances in Nursing Science*.ISSN: 0161-9268(C) 1992 Aspen Publishers, Inc. Issue: Volume 14(3) pgs. VI-VIII,1-84 March 1992. Consultado: 25 septiembre 2014.

<sup>112</sup> NEWMAN, Margaret; SIME, Marylin and CORCORAN, Sheila. The focus of the discipline of nursing. *In*: *Advances in Nursing Science*. 1991. Vol 14, no. 1, p. vi-vi. [on line]. Available in internet: < <http://es.calameo.com/read/000960602ded652b51d0b>> [cited on march 13, 2013]

## 2.2 Desfibrilador Automático Implantable (DAI)

El DAI es un pequeño computador, con una batería, unidad implantable o generador contenida en una carcasa metálica de titanio con un peso aproximado de 70 gramos, se implanta bajo la piel, normalmente en el lado izquierdo o derecho del tórax, debajo de la clavícula. Además del dispositivo, se implantan unos finos y aislados cables o electrodos con dos propósitos: conducir las señales de información del corazón al dispositivo y, cuando sea necesario, conducir los impulsos eléctricos al corazón. El tercer componente del sistema del dispositivo implantable es un programador, generador de impulsos, circuitos, memorias y programas lógicos. Un computador externo que se encuentra en el consultorio de electrofisiología y que se usa para programar el marcapasos y obtener del dispositivo los datos que ayudarán al seguimiento de la terapéutica.<sup>113, 114</sup>

El DAI además de proporcionar funciones de marcapaso para el tratamiento de la bradicardia, incluso, con actividad, hace uso de varios algoritmos diagnósticos programables para reconocer taquicardias ventriculares y proporciona, bajo prescripción individualizada, un tratamiento eléctrico escalonado modificable<sup>115</sup>.

## 2.3 Personas que viven con un DAI

Las personas que viven con un DAI, son sujetos con disfunción ventricular izquierda debida a IAM previo (miocardiopatía isquémica), con miocardiopatía no isquémica, Chagásica, o idiopática, falla cardíaca, que han desarrollado episodios de muerte súbita o tienen alto riesgo de desarrollarla y que como tratamiento se les implanta un desfibrilador automático para el control de las arritmias ventriculares que puedan llegar a presentar.

Sujetos en quienes la calidad de vida se afecta en términos de producción económica, lo que también repercute socialmente, ya que es un grupo de personas que pierde la capacidad para asumir cualquier tipo de trabajo, además sus opciones laborales se ven limitadas a trabajos que requieren poca concentración y esfuerzo físico y en algunas ocasiones son considerados como no productivos para la sociedad.<sup>116</sup>

Estas personas algunas veces experimentan aislamiento social, no pueden realizar ejercicio físico, ya que puede ser un factor de riesgo desencadenante de arritmias, esta característica, puede hacer que se alejen de las actividades recreativas familiares y sociales<sup>117</sup>.

---

<sup>113</sup> MEDTRONIC. ¿Qué es un desfibrilador automático implantable?. [en línea]. 2010. Disponible en internet: <<http://www.medtronic.es/su-salud/muerte-subita/dispositivo/que-es/index.htm>>. [citado en 20 de junio de 2013]

<sup>114</sup> GARCÍA, Sandra. Cuidados al paciente con desfibrilador automático implantable. En: Nure Investigación. Revista científica de enfermería. Marzo – abril 2011. No 51. [en línea]. Disponible en internet: <[http://www.fuden.es/protocolos\\_obj.cfm?ID\\_PROTOCOLO=111&ID\\_PROTOCOLO\\_INI=1](http://www.fuden.es/protocolos_obj.cfm?ID_PROTOCOLO=111&ID_PROTOCOLO_INI=1)> [citado en 20 de junio de 2013]

<sup>115</sup> *Ibíd.*

<sup>116</sup> CAROLL; HAMILTON; McGOVERN. Op. cit., p. 214.

<sup>117</sup> CAROLL; HAMILTON; McGOVERN. Op. cit., p. 214.

Las experiencias y preocupaciones de las personas que tienen dispositivos cardíacos implantables, tipo DAI son diferentes en relación con aspectos psicosociales (preocupación de volver a la normalidad, cambios de humor, imagen corporal), cambio de roles, aspectos físicos, recuperación de las actividades cotidianas y económicas<sup>118</sup>, todas estas circunstancias pueden llegar a afectar la calidad de vida.

Kamphuis y cols evaluaron la calidad de vida de las personas que recibieron un DAI al mes, a los seis meses y al año después del implante, en donde se obtuvieron siete categorías: el deterioro físico, cambios cognitivos, el apoyo social percibido, la dependencia, ponerse en contacto con el médico, confrontación con la mortalidad y la incertidumbre frente a los choques eléctricos.<sup>119</sup>

Luderitz y cols<sup>120</sup>, evaluaron la calidad de vida después del implante de un DAI en 43 pacientes (38 hombres, 5 mujeres, con una media de edad de 57 +/- 16 años), con arritmias ventriculares sintomáticas resistentes al tratamiento farmacológico. 37 de ellos manifestaron bienestar después del implante, 15 pacientes reportaron tener miedo ante una descarga, mientras que 8 manifestaron malestar físico causado por el dispositivo. A su vez 6 pacientes reportaron limitaciones relacionadas con las actividades profesionales, recreativas y sociales. 41 pacientes describieron el DAI como una ayuda, y además recomendaron el tratamiento si estuviera indicado, El estudio llevó a la conclusión que en estos pacientes existió un alto grado de aceptación del DAI.

Reid y cols<sup>121</sup> concluyeron que la mayoría de los receptores del DAI tienen buena calidad de vida, pero esta se vio reducida en aquellos que habían recibido descargas, los pacientes manifestaron saber lo suficiente sobre cómo vivir con el dispositivo, pero solicitaron más educación y apoyo en el momento de la inserción del DAI.

Sneed y cols<sup>122</sup> realizaron una encuesta a 261 personas con DAI, encontraron que las preocupaciones relacionadas con el dispositivo originaban depresión, tristeza y miedo por lo que disminuía el nivel de confort, para aumentar el nivel de confort tanto a pacientes como a las familias se creó un grupo de apoyo emocional donde canalizaban sus necesidades. Estos grupos de apoyo tuvieron una repercusión importante, desde el

---

<sup>118</sup> McDONOUGH. Op. cit., p. 274-280.

<sup>119</sup> KAMPHUIS, Helen; VERHOEVEN, Nicole; LEEUW, Rob; DERKSEN, Richard; HAUER, Richard; WINNUST, Jacques. ICD: a qualitative study of patient experience the first year after implantation. In: Journal of Clinical Nursing. 2004. Vol. 13, no. 8, p. 1008-1016. [on line]. Available from internet: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.01021.x/abstract>>. [cited on April 20, 2014]

<sup>120</sup> LUDERITZ, B.; JUNG, W.; DEISTER, A.; MARNEROS, A.; MANZ, M. The quality of life after the implantation of a cardioverter/defibrillator in malignant arrhythmias. In: Dtsch Med Wochenschr. 1993. Vol. 5, no. 118, p. 285-289. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8444109>> [cited on April 22, 2014]

<sup>121</sup> REID, S.; NAGY, S.; MCKINLEY, S. Outcomes, problems and quality of life with the implantable cardioverter defibrillator. In: Austr J Advan Nurs. 1999. No 16, p. 14-19. [on line]. Available in internet: <<http://europepmc.org/abstract/MED/10603767>> [cited Apr. 25, 2014]

<sup>122</sup> SNEED, N.; FINCH, N.; LEMAN, R. B. The impact of device recall on patients and family members of patients with automatic implantation of the automatic implantable cardioverter defibrillators. In: Heart Lung. 1994. No 23, p. 317-322.

preoperatorio, periodo considerado de crisis ya que la ansiedad y el miedo son inevitables, evidenciaron la importancia de información y apoyo emocional en este periodo.

Kohn y cols<sup>123</sup> demostraron que grupos de pacientes y familiares tratados con terapias cognitivas presentaron significativamente menos depresión, ansiedad, estrés psicológico y mejor actividad sexual y aunque tuvieron más descargas que aquellos que no recibieron terapia, mostraban una adaptación significativamente mejor.

Malm, comparó la autoevaluación de la salud y la calidad de vida, encontró que las personas con edad media de 76 años tenían una aceptable calidad de vida relacionada con la salud. También demostró que los hombres entre 65 - 84 años que viven con su pareja, y que eran portadores de un marcapaso desde hacía tres a cuatro años, manifestaron mejor nivel de calidad de vida relacionada con la salud respecto a las personas mayores de 84 años<sup>124</sup>

Carlsson diseñó un plan de educación y seguimiento a un grupo de pacientes con DAI, analizó como ellos aceptaban su nueva condición de vida en el posoperatorio, un grupo tuvo apoyo continuo de la enfermera, en comparación con el grupo control que recibió educación por parte del médico. En el grupo control, se evidenció pérdida de contacto con el personal de salud, comparado con el grupo de estudio, también se evidenció la necesidad de información y de un plan educativo, así como del seguimiento por parte de la enfermera después del implante del DAI,<sup>125</sup> por lo que se hace importante enfatizar en la detección de necesidades, ofrecer información práctica, identificar preocupaciones y animar a la participación en los cuidados que promuevan su independencia.

La mayoría de los pacientes con el dispositivo son dados de alta a las 48 horas del implante, pero la sensación de la persona es de vulnerabilidad y falta de apoyo. Los pacientes saben que el DAI monitorea frecuencia y el ritmo del corazón continuamente y detecta bradicardias y taquicardias así como choques de cardioversión o desfibrilación. Esta información la tienen por escrito pero esto no es suficiente, también saben que pueden recibir un choque pero no se les prepara para ello y cuando les sucede sufren un impacto emocional importante demostrado por:<sup>126</sup>

---

<sup>123</sup> KOHN, C.; PETRUCCI, R.; BAESSLER, C.; et al. The effect of psychological intervention on adjustment to the ICD: A prospective study. *In*: Pacing & Clinical Electrophysiology. Apr 2000. Vol. 23, no. 4. p. 450-456.

<sup>124</sup> MALM, D, et al. Health-related quality of life in pacemaker patients: a single and multidimensional self-rated health comparison study. *In*: European Journal of cardiovascular Nursing. 2003. Vol. 2, no. 4, p. 291-302.

<sup>125</sup> CARLSSON, Eva, et al. The Role of the Nurse in Enhancing Quality of Life in Patients with an Implantable Cardioverter-Defibrillator: The Swedish Experience. *In*: Progress in cardiovascular nursing. 2007. Vol. 17, no. 1, p. 18-25.

<sup>126</sup> SNEED, N.; FINCH N. Experiences of patients and significant others with automatic implantable cardioverter defibrillator after discharge from hospital. *In*: Progress in Cardiovascular Nursing. 1992. No 7, p. 20-24.

- Miedos hacia el dispositivo: manifestado por ansiedad ante la posibilidad de un mal funcionamiento y/o por el agotamiento de la batería, además temen a los choques y a la intensidad de los mismos.<sup>127</sup>
- Miedos relacionados con la incertidumbre: El hecho de no poder predecir cuándo se activa el DAI puede producir sentimientos de falta de protección y pérdida de control que impide volver al mismo estilo de vida, con el consiguiente aislamiento social por el riesgo de un choque repentino<sup>128</sup>.
- Cambios emocionales: Los pacientes con DAI describen muchas emociones después de la implantación desde la ansiedad hasta la ira<sup>129</sup>, estos sentimientos están relacionados con el número de choques recibidos, algunos presentan depresión y otros en cambio alteración de su imagen corporal.
- Actividad sexual: A pesar de informar a los pacientes que probablemente no reciban un choque durante la actividad sexual, la actividad sexual disminuye debido a factores relacionados con los cambios en la imagen corporal, y conflictos familiares.<sup>130</sup>
- Sentimientos y dinámica familiar: Las recomendaciones a seguir en la casa se centran en aspectos relacionados con la seguridad, conocimiento del aparato y las necesidades del paciente. La familia intenta proteger al paciente de situaciones emocionales, lo que lleva a ocultar molestias, el paciente tiene miedo a permanecer solo y la familia temen dejar solo al paciente ante la ocurrencia de una descarga durante la ausencia<sup>131</sup>.

El aumento de la dependencia del paciente puede conducir a un cambio en el rol familiar. Además, los programas de educación de egreso para afrontar diferentes tipos de situaciones están centrados en el paciente y en la familia, así como también en la adquisición de nuevas habilidades en reanimación cardiopulmonar, responsabilidad que genera en la familia mayor estrés<sup>132</sup>.

Álvarez y cols<sup>133</sup>, evaluaron la calidad asistencial de enfermería y posterior ajuste a la nueva situación luego del implante de un DAI en pacientes ingresados a la unidad coronaria. Este estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad percibida desde

<sup>127</sup> *Ibíd.*, p. 22.

<sup>128</sup> SNEED; FINCH; LEMAN. *Op. cit.*, p. 320.

<sup>129</sup> DOUGHERTY, C. M. Psychological reactions and family adjustment in shock versus no-shock groups after implantation of internal cardioverter defibrillator. *In: Heart Lung*. 1995. No 24, p. 281-291.

<sup>130</sup> DE BORDE R. The automated implantable cardioverter. *In: Clinical Issues in Critical Care Nursing*. 1991. No. 2, p. 170-177.

<sup>131</sup> MOLCHANY, C.; PETERSON, K. The psychosocial effects of support group intervention on AICD recipients and their significant others. *In: Progress in cardiovascular Nursing*. 1994. No. 9, p. 23-29.

<sup>132</sup> OCAMPO, C. Living with an implantable cardioverter defibrillator. Impact on the patient, family and society. *In: Nurs Clin North Am*. 2000. No. 35, p. 1019-30.

<sup>133</sup> ÁLVAREZ, María Isabel y cols. Evaluación de la calidad asistencial y posterior ajuste a la nueva situación tras el implante de un desfibrilador en pacientes ingresados en la Unidad Coronaria del Hospital Virgen Macarena (Sevilla). *En: Enferm Clin*. 2006. Vol. 16, no. 6, p. 306-13.

la perspectiva del usuario, a través del SERVQUAL, que es un cuestionario y método de evaluación que se basa en cinco dimensiones: lo tangible, que mide la coordinación interna, aspecto del personal y equipamiento; la fiabilidad, que hace referencia a la eficacia profesional y a la información acerca del servicio; la capacidad de respuesta, que se basa en el tiempo de dedicación, diligencia y deseo de ayuda; la seguridad, que incluye la competencia y destreza profesionales, así como la capacidad para inspirar confianza y confidencialidad, y la empatía que se sustenta sobre el respeto, la consideración e interés por atender las necesidades del usuario.

El anterior estudio concluyó que las personas receptoras se refieren en todo momento a la atención que los profesionales de enfermería dedicaron a sus necesidades físicas, sin embargo, fue escasa la atención relacionada con sus necesidades emocionales, en este sentido, reclamaron a la familia la prestación de este tipo de apoyo, lo que parece ser una constante en las investigaciones realizadas con este tipo de pacientes.<sup>134,135</sup> Este hallazgo está en consonancia con otros estudios que concluyeron que las intervenciones de enfermería con los receptores de un DAI se centran más en la atención de sus necesidades físicas que las afectivas,<sup>136, 137, 138</sup> aspecto de relevancia a tener en cuenta al brindar cuidado.

Eckert y Jones coincidieron en señalar que la presencia de los cuidadores principales durante la hospitalización alivia el estado de ansiedad que experimentan los pacientes portadores de un DAI.<sup>139</sup>

Con relación a la información recibida durante el ingreso en torno a la terapia con el DAI, se pone de manifiesto que existen dificultades para asimilarla en el momento del egreso hospitalario. En este sentido, algunos autores han destacado la necesidad de proporcionar la información desde el inicio del proceso asistencial, para facilitar su adherencia y asimilación progresiva<sup>140, 141</sup> y así lograr la adaptación a su nuevo estilo de vida, y es en

---

<sup>134</sup> FEARS, S. F.; CONTI, J. B. Quality of life and psychological functioning of ICD patients. *In*: Heart. 2002. No 87, p. 488-93.

<sup>135</sup> KAMPHUIS; VERHOEVEN; LEEUW; DERKSEN; HAUER & WINNUST Op. cit., p. 1008-16.

<sup>136</sup> TAGNEY, J. Implantable cardioverter defibrillators: developing evidence-based care. *In*: Nurs Stand. 2003. No 17, p. 33-6.

<sup>137</sup> O'BRIEN, M. C.; LANGBERG, J.; VALDERRAMA, A. L., et al. Implantable cardioverter defibrillator storm: nursing care issues for patients and families. *In*: Crit Care Nurs Clin North Am. 2005. No 17, p. 9-16.

<sup>138</sup> DOUGHERTY, C. M.; PYPER, G. P.; FRASZ, H. A. Description of a nursing intervention program after an implantable cardioverter defibrillator. *In*: Heart Lung. 2004. No 33, p. 183-90. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15136779>>. [cited Apr, 03, 2014]

<sup>139</sup> ECKERT, M.; JONES, T. How does an implantable cardioverter defibrillator in the lives of patients and their families? *In*: Int J Nurs Pract. 2002. Vol. 8, no 3, p. 152-7. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000634>>. [cited May, 13, 2014]

<sup>140</sup> TAGNEY, J.; JAMES, J. E.; ALBARRAN, J. W. Exploring the patient's experiences of learning to live with an implantable cardioverter defibrillator (ICD) from one UK centre: a qualitative study. *In*: Eur J Cardiovasc Nurs. 2003. Vol. 2, no. 3, p. 195-203. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14622627>>. [cited May, 15, 2014]

<sup>141</sup> GODEMANN, F.; BUTTER, C.; LAMPE, F., et al. Determinants of the quality of life (QoL) in patients with an implantable cardioverter defibrillator (ICD). *In*: Qual Life Res. 2004. Vol. 13, no 2, p.

esos procesos donde es fundamental el apoyo y el cuidado integral dado por enfermería a la familia y a la persona portadora del DAI.

Hamilton, G, Carroll D.<sup>142</sup> examinaron los efectos de la edad sobre el estado de salud, calidad de vida, y los estados de ánimo en pacientes con DAI durante el primer año después de la colocación. Tomaron 70 pacientes, 51 hombres y 19 mujeres. 31 de ellos tenían entre 21 y 62 años (grupo más joven) y 39 personas tenían entre 67 y 84 años (incluidos en el grupo de mayor edad). Los resultados mostraron que el grupo de pacientes mayores de edad tuvieron menor actividad física y presentaron mayor ansiedad a los 6 y 12 meses que los pacientes más jóvenes; por el contrario los jóvenes portadores del DAI demostraron que a mayor tiempo fue mejor la percepción frente a la adaptación física y hubo menos ansiedad con respecto a los pacientes mayores de edad.

Carroll y cols utilizaron modelos lineales generalizados para evaluar los cambios a través de un examen del estado de salud (SF -36), trastornos psicológicos (POMS) y puntuaciones de calidad de vida (QLI) a 19 mujeres (27%) y 51 varones (73%), encontraron que existe mejoría al año de la colocación del DAI, en cuanto al rol físico, a la vitalidad y la capacidad de participar en más actividades sociales. Sin embargo, la angustia psicológica al año es mayor si se compara con el sexto mes, esto puede estar dado por las malas experiencias, como el cambio del dispositivo, múltiples terapias de choque, lo que genera desconfianza en el paciente; por lo que es necesario continuar la investigación sobre los efectos de vivir con un DAI, ya que no se comprenden bien, así como lograr identificar el impacto que tiene un DAI sobre la calidad de vida, para de esta manera, atender las necesidades tanto sociales, psicológicas y de otra índole en estos sujetos de cuidado<sup>143</sup>.

La investigación realizada por Sossong, A. encontró relaciones significativas entre la incertidumbre y la calidad de vida en personas que viven con un DAI, aunque el conocimiento acerca del dispositivo no fue significativamente relacionado con la incertidumbre o con la calidad de vida. Evidenció que para los jóvenes la calidad de vida era inferior después de la implantación del DAI, como recomendación sugirió estudiar la importancia de evaluar la comprensión de la información suministrada a los pacientes, frente a la terapia con el DAI, para contribuir con el proceso de transición de aprender a vivir con este tipo de dispositivo.<sup>144</sup>

Con respecto a la aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con DAI, Achury, D. y Achury, L. concluyeron que los pacientes portadores de este dispositivo experimentan sensaciones que tienen un impacto en su calidad de vida, y es por esto que el profesional de enfermería debe proporcionar cuidado integral, para así

---

411-6. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085913>>. [cited Aug, 28, 2014]

<sup>142</sup> HAMILTON, G.; CARROLL, D. The effects of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients. *In: Journal of Clinical Nursing*. February 2004. Vol. 13, no 2, p. 194-200.

<sup>143</sup> CARROLL, Diane; HAMILTON, Genys and KENNEY, Barbara. Changes in health status, psychological distress, and quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients between 6 months and 1 year after implantation. *In: European Journal cardiovascular nursing*. 2002. No 1, p. 213-219. [on line]. Available in internet: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14622676> >. [cited May, 15, 2014]

<sup>144</sup> SOSSONG, Ann. Living with an implantable cardioverter defibrillator, Patient outcomes and the Nurse's Role. *In: Journal of cardiovascular Nursing*. 2007. Vol. 22, no 2, p. 99-104.

comprender el significado de vivir con éste. Además plantean que de acuerdo a la vivencia que tenga la persona con un DAI puede experimentar la incertidumbre como una oportunidad o como un peligro, razón por la que se debe proporcionar mecanismos proveedores de estructura, como la educación, el apoyo social y la confianza, para permitir la disminución de la incertidumbre y promover en el paciente el desarrollo de estrategias positivas y favorecer el proceso de adaptación en la vida cotidiana.<sup>145</sup>

## 2.4 Cuidado de enfermería

Para enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.<sup>146</sup> Para Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.<sup>147</sup>

También se ha definido el cuidado como la razón de ser de la enfermería y su objetivo central de estudio; brindar cuidado requiere una forma particular de conocimiento y habilidades aplicadas a la práctica, donde se observa, elabora y da sentido al hacer profesional y donde las actitudes de la enfermera se encaminan a la satisfacción y bienestar de la persona cuyo juicio integral, único y personal define la calidad del cuidado.<sup>148</sup> Se caracteriza por atributos tales como la integralidad, la continuidad, y la totalidad. Es reconocido como un trabajo multidimensional en donde la enfermera no solo debe establecer una conexión holística con la persona a quien cuida, es decir, tener en cuenta su aspecto físico, mental, social y espiritual, sino también velar porque se identifiquen las necesidades o problemas a resolver y garantizar cuidado continuo.<sup>149</sup> Aspectos fundamentales a tener en cuenta en el cuidado de enfermería prestado a personas que reciben tratamientos de alta tecnología (DAI), dadas sus características específicas y con el objetivo de minimizar los riesgos y contribuir a que ellos en lo posible desarrollen sus actividades cotidianas sin cambios tan significativos.

Desde enfermería el concepto también se ha abordado por diferentes teóricas como Boykin y Schoenhofer, quienes en su teoría de la enfermería como cuidado aplicado a un modelo para transformar la práctica, pretenden desarrollar una perspectiva particular del mundo en cuanto al objetivo o la intención de la enfermería, reconociendo a la persona como un

---

<sup>145</sup> ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela y ACHURY BELTRÁN, Luisa Fernanda. Aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con cardiodesfibrilador implantable. Artículo de reflexión derivado de la investigación. *En*: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2011. Vol. 19, no 2, p. 62-66. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112c.pdf>> [citado en 10 de enero de 2014]

<sup>146</sup> GRUPO DE CUIDADO. Nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. *En*: Cuidado y práctica de Enfermería. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Unibiblos. 2002. p. 4-13

<sup>147</sup> WATSON, J. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company; 1979. p. 320.

<sup>148</sup> LIZARAZO, Claudia. Actitudes de la enfermera percibidas como calidad de cuidado por un grupo de mujeres en trabajo de parto en el hospital San Blas. *En*: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Unibiblos. 2002. p. 137.

<sup>149</sup> ARIZA. Op. cit., p. 63.

individuo particular que vive y crece en el cuidado y valorándola como el todo durante la experiencia vivida<sup>150</sup> el papel del profesional de enfermería es conocer a las personas durante el cuidado, apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas<sup>151</sup>.

Para Márquez reconocer y abordar la experiencia de los sujetos de cuidado en diversos escenarios, es uno de los puntos de referencia en la comprensión de la filosofía del cuidado y es también objeto de estudio de la disciplina de enfermería. A partir de estas vivencias, enfermería como disciplina determina la integralidad del ser humano, la influencia del contexto y su complejidad, la interacción y reciprocidad percibida entre el equipo de salud y el sujeto de cuidado, el descubrimiento de potenciales y capacidades generadas por situaciones adversas, así como la dignificación, la trascendencia y auto transformación del ser humano.<sup>152</sup>

## 2.5 Supuestos teóricos

Para la investigación se tomaron los siguientes supuestos, teniendo en cuenta que dentro de la técnica de análisis de contenido se debe partir de un planteamiento teórico ya que con ello se está a favor de la objetividad y metodología del procedimiento.

- Para los profesionales de la salud, específicamente para enfermería, la comunicación y la interacción con las personas hace que se favorezca la comprensión de las experiencias humanas y proporciona conocimiento de gran riqueza además de permitir la profundización en la naturaleza de los seres humanos,<sup>153</sup> lo que conlleva a la integralidad del cuidado.
- La experiencia ante la enfermedad y el encuentro para el cuidado de enfermería se constituyen en momentos únicos e irrepetibles. Por lo tanto, es mediante la interpretación de las experiencias a partir del cuidado que se logra su autenticidad, ya que de una parte está la observación de la enfermedad propia, y de otra la opinión del paciente, que generalmente está atrapada en una densa red de subjetividad, lo cual se convierte en reflexión y manifestación de la opinión personal.<sup>154</sup>

---

<sup>150</sup> BOYKIN, Anne and SCHOENHOFER, Savina. Nursing as caring: A model for transforming practice. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers. 2001.

<sup>151</sup> BOYKIN, Anne and SCHOENHOFER, Savina. Is there really time to care? *In*: Nursing Forum. 2000. Vol. 35, no 4, p. 36- 38.

<sup>152</sup> MÁRQUEZ, Marisela. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Tesis de Maestría en Enfermería con Énfasis para la Salud Cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2012, p. 20.

<sup>153</sup> HOLLOWAY, I. and WHEELER, S. Qualitative Research for Nurses. London: Blackwell Science. 1996. *En*: DE LA CUESTA, C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *En*: Investigación y Educación en Enfermería. Septiembre de 1997. Vol. 15, no 2, p. 22. [en línea]. Disponible en internet: <[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta\\_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf)> [citado en 13 de marzo de 2014]

<sup>154</sup> ARMSTRONG. Op. cit., p. 242.

- Las personas portadoras de un DAI han manifestado diferentes experiencias relacionadas con aspectos de índole psicosocial, físicos, desempeño de roles y económicos.<sup>155</sup>
- Los significados que las personas dan a sus síntomas están moldeados social y culturalmente, y esto a su vez se constituye en experiencia para el paciente. (Fitzpatrick)<sup>156</sup>

---

<sup>155</sup> McDONOUGH. Op. cit., p. 274-280.

<sup>156</sup> FITZPATRICK. Op. cit., p .125.



## 3. Marco de Diseño

### 3.1 Justificación del diseño

La investigación tuvo un diseño descriptivo con abordaje cualitativo, y bajo el paradigma interpretativo,<sup>157</sup> por lo cual se apoyó en la técnica de análisis de contenido para analizar, interpretar y describir el fenómeno relacionado con la experiencia de vivir con un Desfibrilador Automático Implantable. A partir de la propuesta de Cáceres que permite una reformulación y enriquecimiento coherente de esta técnica cualitativa, basada en el planteamiento de Philipp Mayring sobre el análisis de contenido tradicional y del enfoque del método comparativo constante de Glaser y Strauss <sup>158</sup>. Para Cáceres, esta técnica representa un procedimiento útil <sup>159</sup> a través del cual se pudieron llegar a comprender y adaptar los hallazgos obtenidos en esta investigación.

Para abordar fenómenos relacionados con la experiencia, el tratamiento y la recuperación de la salud, donde el beneficiario es el sujeto de cuidado y su familia, los estudios cualitativos permiten la comprensión de las experiencias y proporcionan al profesional de enfermería, un conocimiento de gran riqueza y una profundización en la naturaleza de los seres humanos, <sup>160</sup> donde el lenguaje expresado a través de la comunicación y la interacción con las personas es el todo de la experiencia humana.<sup>161</sup>

---

<sup>157</sup> MONTI, Elizabeth; TINGEN, Martha. Multiple Paradigms of Nursing Science. In: Advances in Nursing Science. 1999. Vol. 21, no 4, p. 64 - 80 (Traducción: Profesora Edilma de Reales. Universidad Nacional de Colombia. 2001)

<sup>158</sup> GLASER, B. and STRAUSS, A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 1999. New York: Aldine De Gruyter. Citado por: CÁCERES, Pablo. Análisis Cualitativo de Contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. En: Revista de la Escuela de Psicología. Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2003. Vol. 2, no. 1, p. 58.

<sup>159</sup> CÁCERES, Pablo. Análisis Cualitativo de Contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. Revista de la Escuela de Psicología. Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2003. Vol. 2, no. 1, p. 58.

<sup>160</sup> HOLLOWAY, I. and WHEELER, S. Qualitative Research for Nurses. London: Blackwell Science 1996. DE LA CUESTA, C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. En: Investigación y Educación en Enfermería. Septiembre de 1997. Vol. 15, no 2, p. 22. [en línea]. Disponible en internet: <[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta\\_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf)> [citado en 13 de marzo de 2014]

<sup>161</sup> HOYOS, Guillermo y VARGAS, Germán. La teoría de la acción comunicativa como nuevo paradigma de investigación en ciencias sociales: Las ciencias de la discusión. Bogotá, D. C.: Corcas, p. 130.

Los fenómenos abordados en la investigación cualitativa de enfermería se basan en enfoques con una visión global holística y pueden ser derivados de las siguientes creencias<sup>162</sup>:

- Son realidades múltiples, construidas (Nicolls, citado por Burns)<sup>163</sup>
- El conocedor y lo conocido son inseparables.
- El conocimiento se reconstruye (Haverkamp y Young, citado por Burns)<sup>164</sup>
- Este tipo de estudios pueden guiar la práctica de enfermería y ayuda al proceso de desarrollo de teorías que aportan al conocimiento de la disciplina de enfermería.
- Es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social con el cuidado como objeto de estudio y de trabajo con el ser humano.<sup>165</sup>

Una de las diferencias importantes entre investigación cuantitativa y cualitativa es el grado de implicación que el investigador establece con los participantes del estudio<sup>166</sup>, por lo tanto la naturaleza de la relación investigador-participante tiene un impacto en la recolección e interpretación de cada hallazgo. Es decir, los métodos de investigación cualitativos no vienen a sustituir a los que tradicionalmente se han utilizado en enfermería, sino a enriquecer el cuerpo de conocimientos de la profesión. Además, es evidente que la disciplina de enfermería no se puede desarrollar adecuadamente con sólo los métodos de investigación cuantitativos dado que la investigación cualitativa crea para la disciplina nuevas opciones.<sup>167</sup>

En la actualidad, los profesionales de enfermería son el grupo, dentro del sector de la salud, que más interés refleja por la metodología cualitativa; la cual ha contribuido al desarrollo, del conocimiento de la disciplina. Este tipo de abordaje facilita una mayor y mejor comprensión del mundo, tiene a su vez, un efecto práctico: permite el acceso a una acción que, en palabras de Strauss,<sup>168</sup> es moral y eficaz pues se basará en un conocimiento de la verdadera naturaleza de la realidad múltiple e interpretada por las personas para contribuir en la excelencia del cuidado.

---

<sup>162</sup> BURNS, Nancy y GROVE, Susan. Introducción al proceso de investigación cualitativa. Investigación en enfermería. (5ª ed). Madrid, España: Elsevier. 2012, p. 72-77.

<sup>163</sup> NICHOLLS, D. Qualitative research: Part one- philosophies. In: International journal of therapy and rehabilitation. 2009. Vol. 16, no 10, p. 526-533. Citado por: BURNS, Nancy y GROVE, Susan. Introducción al proceso de investigación cualitativa. Investigación en enfermería. (5ª ed). Madrid, España: Elsevier. 2012, p. 73.

<sup>164</sup> HAVERKAMP, B. & YOUNG, R. Paradigms, purpose, and the role of the literature: Formulating a rationale for qualitative investigation. In: The counseling Psychologist. 35, p. 265-294. Citado por: BURNS, Nancy y GROVE, Susan. Introducción al proceso de investigación cualitativa. Investigación en enfermería. (5ª ed). Madrid, España: Elsevier. 2012, p. 73.

<sup>165</sup> COFFEY, A. & ATKINSON, P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Facultad de enfermería. (Traducción Zimmerman, E. 2003, p. XV)

<sup>166</sup> BURNS. Op. cit., p. 73

<sup>167</sup> DE LA CUESTA. Op. cit., p. 22.

<sup>168</sup> STRAUSS, A. Negotiations. California: Josey-Bass. 1978.

## 3.2 Participantes

Para esta investigación el muestreo teórico estuvo conformado por la información obtenida a través de siete participantes, quienes por medio de catorce entrevistas no estructuradas, contaron su historia relacionada con su condición de salud (ser portador del DAI), por ser a la vez autores e intérpretes de su propia experiencia.<sup>169</sup>

En este tipo de investigación, cuando la información obtenida resulta ser redundante se produce el fenómeno de la saturación y según expertos en métodos cualitativos, no es preciso el número de entrevistas requeridas, pero puede surgir en un rango entre siete y veinte de estas.<sup>170</sup> En esta investigación el número de participantes fueron siete, se tuvo como límite el momento en que no se arrojó nuevos elementos, aspectos o hallazgos, y así se consideró que se había llegado a la saturación teórica de la muestra.

El muestreo teórico se llevó a medida que se avanzaba en la investigación, y cuando surgía relación con el fenómeno de estudio. Para Strauss y Corbin<sup>171</sup>, la referencia muestreo teórico significa que más que predeterminado al comenzar la investigación, éste evoluciona, es acumulativo, se basa en los conceptos que emergen del análisis y que son pertinentes para el estudio que se está realizando.

## 3.3 Criterios

### 3.3.1 Criterios de inclusión

Los participantes debían cumplir con los siguientes criterios:

- Personas mayores de 18 años de edad.
- Personas portadoras de DAI, que asistían a la consulta externa del Instituto de arritmias “Josep Brugada” de la Fundación Clínica Shaio.
- Con un tiempo desde el implante del DAI mayor de un año, este criterio se tuvo en cuenta porque según los resultados de la revisión de la literatura, existe relación

---

<sup>169</sup> LARSON, Norma K. The concepts of caring and story from three nursing paradigms. *In*: International Journal of Human Caring. 2000. Vol. 4, no 2, p. 26-31. (Traducido por Edilma de Reales. Grupo de cuidado. Facultad de enfermería. 2001)

<sup>170</sup> VERA, Aldo y VILLALÓN, Marcelo. La triangulación entre métodos cuantitativos y cualitativos en el proceso de investigación. *En*: Ciencia y trabajo. Abril – Junio 2005. Vol. 7, no 16, p. 85-87. [en línea]. Disponible en internet: < [http://ils.ulat.ac.pa/archivos/ivallarino\\_8-203-1654/Archivos\\_de\\_Cursos/Materia\\_-\\_EMC-008-1-METODOLOGIA\\_DE\\_LA\\_INVESTIGACION\\_CIENTIFICA\\_Grupo\\_-\\_1\\_Anio\\_-\\_2012-2/La\\_triangulacion\\_en\\_la\\_investigacion.pdf](http://ils.ulat.ac.pa/archivos/ivallarino_8-203-1654/Archivos_de_Cursos/Materia_-_EMC-008-1-METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_CIENTIFICA_Grupo_-_1_Anio_-_2012-2/La_triangulacion_en_la_investigacion.pdf) > [citado en 8 de agosto de 2013]

<sup>171</sup> STRAUSS, A. & CORBIN, J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2002. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, p. 219-235. [en línea]. Disponible en internet: <[http://lizamariasaa.milaulas.com/pluginfile.php/27/mod\\_resource/content/1/libro%20de%20teoria%20fundamentada.pdf](http://lizamariasaa.milaulas.com/pluginfile.php/27/mod_resource/content/1/libro%20de%20teoria%20fundamentada.pdf)> [citado en 10 de abril de 2013]

directa entre el tiempo desde el implante y los cambios en las condiciones de vida de los sujetos portadores del DAI.<sup>172, 173, 174, 175, 176</sup>

- Personas que no recibían tratamiento médico que limitara su capacidad de establecer una comunicación clara.
- Personas que tuvieran la habilidad para expresarse, sin dificultades en el lenguaje oral y/o escrito.
- Personas que hablaran y entendieran español.

### 3.3.2 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Personas con incapacidad mental o verbal para responder la entrevista.
- Personas que clínicamente se encontraban inestables durante la consulta, confirmado por el concepto del médico especialista.

## 3.4 Escenarios de trabajo

La investigación se desarrolló en la Fundación Clínica Shaio, institución de cuarto nivel, ubicada en la ciudad de Bogotá, en donde se brinda atención a todas las personas, siendo las de mayor porcentaje representadas en aquellas con patologías de origen cardiovascular. Cuenta con infraestructura y equipos de alta tecnología, se considera como pionera y líder a nivel nacional e internacional en el área de cardiología, su misión está enfocada en la atención cardiovascular de alta complejidad, para garantizar el cumplimiento de altos estándares de calidad y seguridad en la atención.

En la Fundación Clínica Shaio se implantó el segundo marcapaso a nivel mundial en el año 1958, también se realizaron los primeros avances en el país para el estudio de los trastornos del ritmo eléctrico del corazón y del tratamiento de las arritmias con electrofulguración y posteriormente con otras fuentes de ablación.<sup>177</sup>

A partir de 1990, se consolidó el Departamento de Electrofisiología (EFS) y arritmias de la institución, desde ese momento se han implementado diferentes técnicas de curación de arritmias y estimulación cardíaca, ha participado en numerosos proyectos de investigación y ha logrado reconocimiento del todo el equipo interdisciplinario. Actualmente el Instituto

---

<sup>172</sup> KAO, C. W.; FRIEDMANN, E. & THOMAS, S. A. Quality of life predicts one-year survival in patients with implantable cardioverter defibrillators. *In*: Qual Life Res. 2010. Vol. 19, no 3, p. 307-15.

<sup>173</sup> ELOSEGUI ITXASO, Lucía. Calidad de vida en pacientes con desfibrilador automático Implantable. Tesis Doctoral. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza. 2014. [en línea]. Disponible en internet: <<http://zaguan.unizar.es/record/15780?ln=es>> [citado en 30 de octubre de 2014]

<sup>174</sup> ÁLVAREZ. Op. cit., p. 270.

<sup>175</sup> HAMILTON; CARROLL. Op. cit., p. 194-200.

<sup>176</sup> CARROLL. Op. cit., p. 213-219.

<sup>177</sup> FUNDACIÓN CLÍNICA SHAI. Página web. [en línea]. 2014. Disponible en internet: <[http://www.shaio.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=322&Itemid=722&lang=es](http://www.shaio.org/index.php?option=com_content&view=article&id=322&Itemid=722&lang=es)> [citado en 21 de abril de 2014]

de arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds” de la Fundación Clínica Shaio, posiciona a la institución como una de las entidades que mayor número de procedimientos e implantes de dispositivos realiza en el país.<sup>178</sup>

El Instituto de arritmias cuenta con un área de atención ambulatoria de pacientes en donde se desarrollan las actividades de las clínicas de arritmias, del centro de estimulación cardíaca, control de paciente en posoperatorio, pruebas ambulatorias como el Test de holter y mesa basculante, entre otras. A su vez, cuenta con dos salas de intervencionismo equipadas con tecnología de punta incluyendo equipos de mapeo tridimensional y ecografía intracardiaca. Dentro de las áreas de desarrollo se incluyen el centro de formación y capacitación para personal de la salud en la región, centro de telemedicina, clínicas específicas en fibrilación auricular y enfermedad de Chagas, entre otras.<sup>179</sup>

Existe gran variedad de dispositivos, dentro de los que se encuentran marcapasos cardíacos, cardiodesfibriladores automáticos (DAI), resincronizadores. En la Fundación Clínica Shaio, según datos estadísticos suministrados por el Instituto de arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds”, se han implantado 305 dispositivos desde enero del 2010 hasta el mes de Junio de 2014, específicamente DAI. En cuanto al recurso humano, el Instituto cuenta con tres profesionales de enfermería, cuatro médicos especialistas en electrofisiología y cuatro auxiliares de enfermería.

El seguimiento a quienes se les implanta el DAI se realiza en consulta externa, inicialmente se programa una cita de control a la semana de haber realizado el procedimiento quirúrgico de implante para la verificación del funcionamiento y el retiro de puntos de sutura. Todos los jueves en horas de la tarde, se programan en promedio 10 pacientes, para un aproximado de 40 pacientes al mes, se realiza el chequeo y/o reprogramación del dispositivo con la participación del profesional de enfermería en todo el proceso.

### **3.5 Técnicas y procedimientos para recolección de la información**

Una vez aprobado el estudio por parte de los Comités de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional y de la Fundación Clínica Shaio, se llevó a cabo la socialización de la investigación al personal de enfermería, médico y administrativo del Instituto de arritmias “Josep Brugada”.

Se inició el proceso de inmersión en el campo mediante la identificación de los pacientes que asistieron a control por consulta externa, en el Instituto de arritmias “Josep Brugada”, con el fin de verificar que cumplieran con los criterios de inclusión, para luego darles a conocer el estudio. La inmersión en el campo no sólo sirvió para recolectar información sobre la condición de salud de cada uno de los participantes, el análisis permitió ser un

---

<sup>178</sup> *Ibíd.*

<sup>179</sup> *Ibíd.*

elemento integrador del proceso de investigación que permitió realizar una lectura de la realidad más específica.<sup>180</sup>

Otro aspecto importante de la inmersión en el campo fue planear deliberadamente el proceso a seguir con cada participante, acorde a su condición y a su disponibilidad lo que permitió a la investigadora optimizar tiempo y recursos, conocer y comprender el entorno que envolvía la realidad de ellos, recolectar de manera apropiada la información, y validarla de manera que diera respuesta a la pregunta de investigación.<sup>181</sup>

Una vez identificados los participantes se les dio a conocer el consentimiento informado, (un participante que acepto hacer parte de la investigación no estaba en condiciones de leerlo porque no portaba las gafas), ante esta situación éste fue leído por la investigadora de forma clara para asegurar el entendimiento del mismo, haciendo énfasis de expresar cualquier inquietud o duda, para ser aclarada de inmediato, a todos se les solicitó la firma del consentimiento una vez habían aceptado la invitación, así como la firma de un testigo (requisito del comité de ética de la Clínica). Luego se hizo entrega de una copia del consentimiento informado a cada participante.

### **3.5.1 Revisión de la historia clínica**

La revisión de la historia clínica fue realizada por la investigadora antes de dar inicio a la primera entrevista, con el propósito de obtener información relacionada con la situación clínica y los criterios de inclusión propuestos y realizar la caracterización de los participantes, en aspectos relacionados con:

- Información socio demográfica del paciente como edad, sexo, ocupación, estado civil, estrato socioeconómico de la vivienda, escolaridad, afiliación a la seguridad social.
- Antecedentes (personales, familiares, quirúrgicos, y farmacológicos).
- Diagnóstico clínico por el que se indicó el implante del DAI.
- Condición de salud y concepto del funcionamiento del DAI, luego de asistir a la consulta de control en el Instituto de arritmias “Josep Brugada” de la Fundación Clínica Shaio.

La información obtenida fue consignada en un formato diseñado para tal fin. (Ver anexo 2. Formato registro de información - revisión de la historia clínica).

### **3.5.2 Entrevista no estructurada**

La entrevista en los procesos investigativos con orientación cualitativa tiene como objetivo obtener el conocimiento auténtico de las experiencias de los participantes.<sup>182</sup> Se determinó

---

<sup>180</sup> SOTO-LESMES, Virginia y DURAN DE VILLALOBOS, María. El trabajo de campo: Clave en la Investigación Cualitativa. En: Revista Aquichan, Diciembre del 2010. Vol. 10, no. 3, p. 253-266.

<sup>181</sup> Ibíd., p. 255.

<sup>182</sup> TAYLOR, J. & BODGAN, R. Introducción a los métodos cuantitativos de investigación. Citado por: DIAZ, G. & ANDRES, R. La entrevista cualitativa. Universidad Mesoamericana. 2005. p. 11 <http://www.geiuma-oax.net/cursos/entrevistacualitativa.pdf>

aplicar la entrevista no estructurada con el objetivo que los hallazgos obtenidos permitieran la descripción e interpretación de las experiencias que tenían los participantes respecto a su situación de salud, la cual fue relatada con sus propias palabras. Porque en este tipo de entrevistas lo importante es la connotación del habla, no es tan revelador lo que se dice sino como se dice, el investigador es el catalizador de una expresión exhaustiva de los sentimientos y opiniones de los participantes acorde con su situación.<sup>183</sup>

Con el ánimo de adquirir habilidad en la aplicación de esta técnica, se realizaron dos entrevistas de prueba, con respecto a la capacidad de comunicación e interacción de la investigadora con los participantes y a fin de obtener información pertinente en el tema sin pretender inducir respuestas en los participantes del estudio; fue primordial evitar involucrarse con ellos, ya que podía sesgar la información dada la carga de subjetividad por parte del investigador y además de limitar la pregunta para el logro del objetivo propuesto.

Estas entrevistas se iniciaron con la siguiente pregunta: “cuánto tiempo hace que le implantaron el DAI”, luego se hizo la pregunta central relacionada específicamente con el objetivo de la investigación: ¿Usted me puede contar cómo ha sido su experiencia desde que vive con el Desfibrilador automático implantable (DAI)?

Las preguntas complementarias a la central estuvieron dirigidas hacia aspectos relacionados con el foco de la entrevista, la experiencia de ser portador de un DAI, con el propósito que el participante pudiera expresar como fue esta y obtener más hallazgos para complementar la información. (Ver anexo 3. Guía para la entrevista no estructurada).

Posterior a la realización de este ejercicio, se inició el desarrollo de las entrevistas para el estudio principal a cada participante, la primera entrevista fue de abordaje y recolección general de información sobre el fenómeno de estudio, esta se programó y desarrollo de acuerdo al lugar y tiempo concertado con el participante. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada entre 20 a 49 minutos, trece entrevistas se realizaron en el domicilio del participante y una en el consultorio del Instituto de arritmias de la FCS, se garantizó un espacio de intimidad, a través de una conversación entre iguales en donde se logró establecer un ambiente de confianza.

La información obtenida a través de la entrevista no estructurada, fue grabada en audio, (es importante aclarar que todos los participantes aceptaron la grabación de la entrevista) se registraron notas de campo, y se consignó todo lo relacionado con el contexto que rodeaba al participante, el ambiente en el que se desarrolló la entrevista, siendo de gran utilidad como una forma de plasmar las diferentes manifestaciones que acompañaron las formas verbales y no verbales de expresión. El producto de la grabación fue mantenido en un lugar seguro hasta que las respuestas fueron transcritas, y posteriormente verificadas por el participante para luego eliminarlas

Luego se realizó la transcripción correspondiente de la primera entrevista durante las siguientes 24 - 48 horas, y con base en los hallazgos obtenidos se programó la realización de una segunda entrevista, con el fin de recabar la información que cada participante había

---

<sup>183</sup> *Ibíd.*, p. 12.

expresado, se realizó verificación y se constató que se había entendido lo que cada participante había querido expresar. Para esta segunda entrevista, también se solicitó autorización al participante y de común acuerdo se estableció la fecha y hora para llevarla a cabo.

El contenido de las transcripciones de cada una de las entrevistas se analizó de manera individual por parte del investigador y de la directora de tesis, de forma independiente a fin de contrastar el análisis y darle mayor confiabilidad a la información encontrada.

Cada entrevista se convirtió en una pieza clave del material, constituyéndose en una unidad básica que permitió recolectar la información, transcripción y observación para poder llegar a ordenar y a hacer las respectivas inferencias, se procedió a identificar el material empírico, el cual estaba constituido por el “corpus textual” con el ánimo de identificar palabras, frases, temas o conceptos inmersos, de manera que los patrones pudieran ser identificados y analizados debidamente.<sup>184</sup> Este proceso permitió que posteriormente surgieran las categorías a partir del análisis de cada una de las transcripciones, el cual se realizó de manera integral a partir de los cuerpos textuales.

La realización de las entrevistas, catorce en total, finalizó cuando se logró la saturación teórica de la información obtenida a partir de la experiencia de siete participantes.

El riesgo para realizar la entrevista fue mínimo, se tuvo en cuenta la posibilidad que cuando se abordaban temas sensibles que lo afectaran, se suspendería de inmediato hasta cuando el participante estuviera en condición para retomarla o finalizarla. Ante situaciones de riesgo tanto psicológico como emocional, se contó con la colaboración del personal del Instituto de arritmias, de la Fundación Clínica Shaio, con el fin de plantear medidas de intervención pertinentes según el caso, como la remisión para ser atendidos en el servicio de urgencias, es de anotar que no se presentó esta situación en ninguno de los participantes.

## **3.6 Procedimiento de la técnica de análisis de contenido cualitativo**

### **3.6.1 Técnica y plan de análisis de la información**

El análisis de contenido tiene una historia de larga data en las ciencias sociales y se ha debatido entre las técnicas cuantitativas y cualitativas, dentro de sus representantes se encuentran autores como Bardin, Berelson, Krippendorff, Navarro.

El análisis de contenido es una técnica de investigación que formula, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que pueden ser aplicadas a su contexto<sup>185</sup>. Consiste en un conjunto de técnicas sistemáticas interpretativas del sentido oculto de los

---

<sup>184</sup> BARDIN, Laurence. Organización del Análisis. En: *Anàlice de contèudo*. (5ª ed) Lisboa, Portugal. 2009. p. 121-142.

<sup>185</sup> KRIPPENDORFF, Klaus. Metodología de Análisis de contenido. Teoría y práctica. Madrid, España: Paidós Comunicación. 1990. p. 28.

textos. El enfoque cualitativo no sólo se ha de circunscribir a la interpretación del contenido manifiesto del material analizado sino que debe profundizar en su contenido latente y en el contexto social donde se desarrolla el mensaje.<sup>186</sup>

Bardin señala: "...el análisis de contenido hoy es un conjunto de instrumentos metodológicos, cada vez más perfectos y en constante mejora aplicado a discursos (contenidos) extremadamente diversificados. El factor común de estas técnicas múltiples y multiplicadas es una hermenéutica controlada, basadas en la deducción: la inferencia".<sup>187</sup> Por su parte Navarro refiere: "en realidad el análisis de contenido puede concebirse como un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se presenta el corpus textual de manera transformada",<sup>188</sup> para el caso de esta investigación el cuerpo textual estuvo representado por la transcripción integral de las entrevistas no estructuradas.

Berelson, uno de los padres teóricos del análisis de contenido en los Estados Unidos, lo define como "Una técnica de investigación para descripción objetiva, sistemática, y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones teniendo como fin interpretarlos".<sup>189</sup>

Mayring define el análisis de contenido a partir de su propia experiencia con el tratamiento de datos, "es una aproximación empírica de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio".<sup>190</sup>

El análisis de contenido comprende procedimientos especiales para el procesamiento de datos científicos, su finalidad es generar conocimientos, la representación de los hechos y una guía práctica para la acción.<sup>191</sup> Permite clasificar el contenido en categorías apropiadas para describir de forma ordenada, metódica y busca convertir los fenómenos registrados

---

<sup>186</sup> COOK, T. & REICHARDT, C. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. España: Morata. 1986. p. 35.

<sup>187</sup> BARDIN, Laurence. El análisis de contenido. Madrid-España: Akal. S.A. 1986. (Traducción de César Suarez). p. 7.

<sup>188</sup> NAVARRO, P. y DÍAZ, C. Análisis de contenido. Capítulo 7. En: DELGADO, J. & GUTIÉRREZ, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid, España: Síntesis. (Tercera reimpresión). 1990. p. 181.

<sup>189</sup> BERELSON, B. Content Analysis in Communication Researches. Glencoe Ill: Free Press. 1952. Citado por: LOPEZ NOGUERO, Fernando. El análisis de contenido como método de investigación. Revista de Educación. Universidad de Huelva. 2002. No 4, p. 173. Disponible en internet: <<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf?sequence=1>>. [Consultado 10 Octubre 2014].

<sup>190</sup> MAYRING, Philip. Qualitative Content Analysis. In: Forum Qualitative Social Research Sozialforschung. June 2000. Vol. 1, no 2. [on line]. Available in internet: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>>. [citado en 24 de abril 2013].

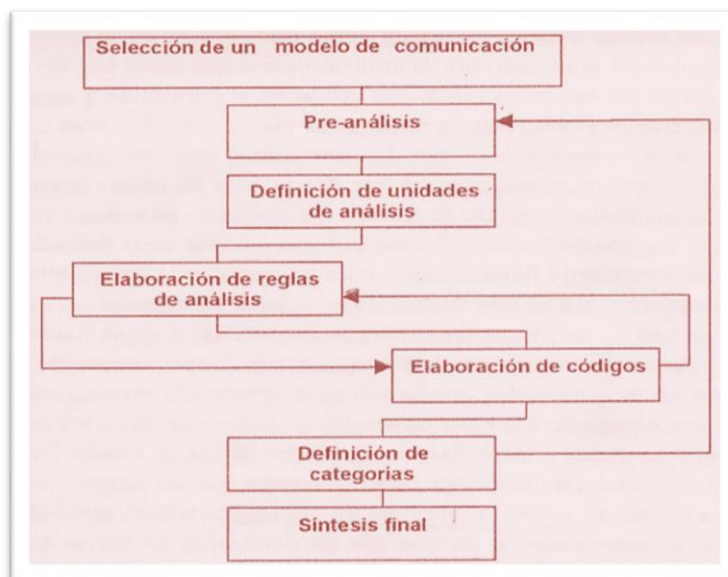
<sup>191</sup> MAYRING, Philipp. Qualitative Content analysis. Citado por: CÁCERES, Pablo. Análisis Cualitativo de Contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. En: Psicoperspectivas. Revista de la Escuela de Psicología. Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2003. Vol. 2, no 1, p. 59.

“en bruto” en datos que puedan ser tratados científicamente y construir con ellos un cuerpo de conocimientos<sup>192</sup>.

Investigadores como Rincón<sup>193</sup> aplicó el análisis de contenido como metodología en su investigación: Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres adultas con cateterismo cardiaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de referencia de Lenz y colaboradores, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, la cual aportó elementos para el desarrollo de esta investigación.

En el marco del análisis de contenido, Cáceres<sup>194</sup> propone el desarrollo de seis pasos, y plantea los procedimientos para el análisis con el objetivo de lograr una mayor alcance y accesibilidad en la información obtenida a través de la comunicación, manteniendo el rigor en la sistematización, análisis e interpretación, los pasos que se desarrollaron en esta investigación, se presentan en el esquema 3-1.

**Esquema 3-1:** Procedimiento general de la técnica de análisis cualitativo de contenido.



Fuente: Adaptado del modelo por pasos desarrollo deductivo – inductivo del análisis de contenido propuesto por Mayring. Tomado de Cáceres, P. Análisis Cualitativo de Contenido: Una alternativa

---

<sup>192</sup> MARTIN, Raúl. Análisis de Contenido. Estadística y Metodología de la Investigación. [en línea]. Disponible en internet: <[https://www.uclm.es/profesorado/raulmmartin/Estadistica\\_Comunicacion/AN%C3%81LISIS%20DE%20CONTENIDO.pdf](https://www.uclm.es/profesorado/raulmmartin/Estadistica_Comunicacion/AN%C3%81LISIS%20DE%20CONTENIDO.pdf)>. [citado en 01 de Mayo de 2012]

<sup>193</sup> RINCÓN, F. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres adultas con cateterismo cardiaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de referencia de Lenz y colaboradores. Tesis de grado en la Maestría de Enfermería con énfasis para el cuidado para el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007.

<sup>194</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 52-81.

metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. Revista de la Escuela de Psicología. Pontificia Universidad católica de Valparaíso. Vol. 2, 1, 2003 p. 58

### **3.6.2 Primer Paso: Selección del Objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación**

Cáceres sugiere que antes de iniciar con el análisis de la información obtenida, es necesario tener presente los supuestos que soportan el trabajo, lo cual permite direccionar sistemáticamente los hallazgos obtenidos con el fin de mantener el rigor en el procedimiento para disminuir posibles sesgos relacionados con la influencia del investigador, así como los conflictos de interés dados por la vinculación de ésta con la institución o la selección de los participantes. Es importante aclarar que la investigadora no había tenido vínculo alguno con éstos.

Para el caso de esta investigación el objeto de análisis fueron los textos obtenidos sobre la experiencia de las personas portadoras del DAI, donde el punto de partida se dio desde dos perspectivas: la práctica de la investigadora en el cuidado con sujetos portadores del DAI en la institución y la revisión teórica exhaustiva, para la construcción de los conceptos como soporte para el análisis e interpretación de la información obtenida.

En esta fase se identificaron los núcleos de sentido y de significado presentes en las entrevistas:

- ¿Cuánto tiempo hace que usted tiene el DAI?
- ¿Usted me puede contar cómo ha sido su experiencia desde que vive con el Desfibrilador automático implantable (DAI)?
- Trate de recordar cómo se sintió y se ha sentido en cada momento y con cada situación.
- Por favor no pare hasta que usted sienta que ha comentado su experiencia y sentimientos tan completos como sea posible.

### **3.6.3 Segundo Paso: Desarrollo del pre análisis**

Esta etapa tuvo como fin establecer el procedimiento para hacer los análisis, teniendo como referencia los contenidos obtenidos en cada entrevista. Se tuvo en cuenta lo planteado por Bardin<sup>195</sup>, para cumplir tres objetivos:

- Recolectar los documentos o corpus de contenidos.
- Formular guías al trabajo de análisis.
- Establecer indicadores que dieran cuenta de temas presentes en el material analizado.

De esa manera se logró organizar la información obtenida para: a.) reducir e integrar el material bruto, ya que la variedad en los corpus hubiera dado lugar a resultados divergentes y a dificultades para establecer categorías y relaciones, b.) construir un corpus

---

<sup>195</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 59.

de análisis,<sup>196</sup> y c.) organizar los corpus textuales obtenidos a través de las entrevistas no estructuradas sobre la experiencia de vivir con un DAI, mediante el análisis de éstos entre la investigadora y la directora para luego ser confrontados con expresado por los participantes, lo que permitió dar credibilidad y fiabilidad de esos contenidos.

El desarrollo del pre análisis fue un proceso que permitió obtener un contenido más o menos homogéneo acorde con los supuestos de esta investigación y la historia de la experiencia relatada por los participantes, para definir lo que Hernández<sup>197</sup> denomina “el universo” adecuado para aplicar la técnica de análisis.

A continuación se identificaron los indicadores representativos de los temas, es decir los elementos presentes en el corpus textual, que indicaran e informaron elementos importantes relacionados con el fenómeno del estudio para definir las unidades de análisis.

Teniendo en cuenta lo anterior, cada entrevista fue transcrita en el formato con un patrón definido, lo que permitió llevar a cabo una lectura fluida, organizada y dinámica. (Ver tabla 1. Parte de entrevista no estructurada).

---

<sup>196</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 60.

<sup>197</sup> HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. (4ª ed). México, D. F.: McGraw Hill Interamericana. 2006. p. 665-666.

**Tabla 3-1:** Fragmento de una entrevista no estructurada.

| La experiencia de vivir con un Desfibrilador Automático Implantable (DAI)                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Participante (P): #07      Entrevista: #01      Edad: 72 años<br>Entrevistador (E)      Duración: 49:48 minutos<br>Fecha: 05/Octubre/ 2013      Lugar de la entrevista: Domicilio |                                                                                  |                                                                                          |
| #<br>Renglón                                                                                                                                                                      | Transcripción                                                                    | Observaciones,<br>Notas de campo                                                         |
| 1                                                                                                                                                                                 | E: Buenos días don XXXX, muchas gracias por aceptar la                           | Se encuentra el participante en la sala de su casa.                                      |
| 2                                                                                                                                                                                 | participación en esta investigación, mi nombre es Magally Peña, como             |                                                                                          |
| 3                                                                                                                                                                                 | ya le había comentado la semana pasada en la consulta de control de              |                                                                                          |
| 4                                                                                                                                                                                 | su desfibrilador en la Clínica Shaio, el objetivo de esta investigación          | Se toma las manos, uniéndolas y mira hacia arriba (como orando, como dando gracias.....) |
| 5                                                                                                                                                                                 | es conocer la experiencia que usted ha tenido desde que le                       |                                                                                          |
| 6                                                                                                                                                                                 | implantaron el desfibrilador automático, primero quisiera saber ¿hace            |                                                                                          |
| 7                                                                                                                                                                                 | cuánto tiempo le implantaron el dispositivo?                                     | Se queda quieto y cierra los ojos intentando recordar.                                   |
| 8                                                                                                                                                                                 | P: <i>en primer lugar gracias a mi Diosito lindo, y al doctor xx y al otro</i>   |                                                                                          |
| 9                                                                                                                                                                                 | <i>cardiólogo del Seguro Social en ese entonces, fui que me sentí esa</i>        |                                                                                          |
| 10                                                                                                                                                                                | <i>semana, me sentí como mal, un dolor, como oprimiendo, oprimido,</i>           | Cambia su expresión en el rostro, sus ojos se ven con lágrimas.                          |
| 11                                                                                                                                                                                | <i>oprimido..., fui y me atendió el doctor xx, ahí donde era la Pastrana</i>     |                                                                                          |
| 12                                                                                                                                                                                | <i>todavía y apenas dijo fue carajo Señor, está muy mal usted, le voy a</i>      |                                                                                          |
| 13                                                                                                                                                                                | <i>formular una cosa, voy a meter la pata, usted tiene que ayudarse. Yo</i>      |                                                                                          |
| 14                                                                                                                                                                                | <i>lo saco adelante por ahora, tiene es que ayudarse, le voy a formular</i>      |                                                                                          |
| 15                                                                                                                                                                                | <i>un aparato, si lo están poniendo, pero se hacen de rogar por el costo</i>     |                                                                                          |
| 16                                                                                                                                                                                | <i>que tiene, está en 120 millones, el otro está en un promedio de 50 a</i>      |                                                                                          |
| 17                                                                                                                                                                                | <i>70 millones, revuele por que hoy lo declaro de muerte súbita.</i>             |                                                                                          |
| 18                                                                                                                                                                                | E: ¿en ese momento usted tenía la arritmia?                                      |                                                                                          |
| 19                                                                                                                                                                                | P: <i>Sí, el por eso se preocupó, y yo le doy gracias a Dios, y yo le pido a</i> |                                                                                          |
| 20                                                                                                                                                                                | <i>Diosito que lo ayude porque el doctor xx para mí fue, después de él</i>       |                                                                                          |
| 21                                                                                                                                                                                | <i>siguió el desfibrilador, me lo formuló, y el doctor xx me lo instaló y me</i> |                                                                                          |
| 22                                                                                                                                                                                | <i>dijo tiene que hacer esto o si no grave!.</i>                                 |                                                                                          |
| 23                                                                                                                                                                                | E: ¿cuánto tiempo pasa para que le implanten el desfibrilador?                   |                                                                                          |
| 24                                                                                                                                                                                | P: <i>pues yo estuve de buenas, porque eso fue en abril, y había la</i>          |                                                                                          |
| 25                                                                                                                                                                                | <i>posibilidad que en ese año del 2009 no alcanzaron a instalar entonces</i>     |                                                                                          |
| 26                                                                                                                                                                                | <i>él me dijo una cosa, otra y otra, bueno y yo lo hice al pie de la letra,</i>  |                                                                                          |
| 27                                                                                                                                                                                | <i>me preocupe porque falta al final me lo instalaron como en el lapso de</i>    |                                                                                          |
| 28                                                                                                                                                                                | <i>8 días.</i>                                                                   |                                                                                          |
| 29                                                                                                                                                                                | E: ¿cuándo tuvo el episodio de muerte súbita, perdió la conciencia o             |                                                                                          |
| 30                                                                                                                                                                                | estuvo consciente?                                                               |                                                                                          |
| 31                                                                                                                                                                                | P: <i>no, yo estuve consciente, yo estuve consciente.....</i>                    |                                                                                          |
| 32                                                                                                                                                                                | E: ¿Usted me puede contar cómo ha sido su experiencia desde que                  |                                                                                          |
| 33                                                                                                                                                                                | vive con el Desfibrilador automático implantable (DAI)?                          |                                                                                          |
| 34                                                                                                                                                                                | P: <i>Muy duro.....muy difícil.....</i>                                          |                                                                                          |

Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

### 3.6.4 Tercer Paso: Definición de las unidades de análisis

Las unidades de análisis constituyen los fragmentos del corpus textual relevante en cada una de las entrevistas, relacionadas con el fenómeno de investigación, sobre las cuales se

inició la elaboración del análisis, éstos representaron el alimento informativo<sup>198</sup>, principal para dentro del proceso inductivo obtener las categorías. Para Hernández<sup>199</sup>, las unidades de análisis representan los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados, para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos.

### **3.6.5 Cuarto Paso: Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación**

Las reglas de análisis creadas permiten el logro de la validez y la confiabilidad de los resultados, dan al investigador las herramientas y condiciones para codificar y en algunos casos categorizar un determinado material<sup>200</sup>. Este proceso se inicia a partir del momento de la transcripción, lectura y relectura del corpus textual a partir de las siguientes reglas: a.) identificar las unidades de análisis que para este caso son los segmentos de contenido, b.) clasificar y agrupar todo el material que guarde relación, es decir que sea similar, es en este momento de clasificación del material el cual fue realizado de manera progresiva y exhaustiva que a partir de los criterios de clasificación, surgieron identificadores o códigos desarrollados de acuerdo a los criterios de clasificación.<sup>201</sup> De manera que cada grupo de datos similares conformaban un código, los cuales una vez agrupados o relacionados permitieron obtener las categorías.

Este proceso de codificación ayudó a la organización, recuperación, sistematización e interpretación de los hallazgos, de manera que se constituye en una fase que permitió identificar datos significativos, crear las categorías, interpretar y obtener conclusiones.<sup>202</sup>

Simultáneamente se hizo una revisión final de acuerdo a las reglas para asegurar que todas las unidades de análisis estuvieran contenidas y respondieran a los códigos creados, en razón a que el propósito esencial de la codificación es facilitar la recuperación de las unidades de análisis.

### **3.6.6 Quinto Paso: Desarrollo de categorías**

Las categorías representan el momento en el cual se agrupa la información, constituye el paso primordial para establecer nuevas interpretaciones y relaciones teóricas<sup>203</sup>, su elaboración surgió a partir de los códigos de clasificación. El proceso de categorización buscó comprender e interpretar la información entregada por los participantes frente al fenómeno de estudio.

---

<sup>198</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 60.

<sup>199</sup> HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ y BAPTISTA. Op. cit., p. 665.

<sup>200</sup> MAYRING. Op. cit., p. 41.

<sup>201</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 63.

<sup>202</sup> MILES, M.; HUBERMAN, A. Citado por COFFEY; A. ATKINSON, P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Facultad de enfermería. (Traducción Zimmerman, E.) 2003. p. 33.

<sup>203</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 67.

Este proceso exigió creatividad, capacidad de integración y síntesis del investigador, así como del conocimiento y la experiencia previa que éste tenía del fenómeno que estaba estudiando<sup>204</sup>. En el caso que nos ocupa, se partió de las unidades de análisis que habían sido clasificadas con sus correspondientes códigos, así como la relación con los supuestos teóricos y el referente conceptual.

Otro parámetro importante para el desarrollo de este paso fue la utilidad de notas de campo, que se redactaron a lo largo de toda la investigación, su uso ayudó a mantener el pensamiento en las guías iniciales de análisis y a plantear potenciales relaciones entre los hallazgos, entre códigos y entre categorías. Estas anotaciones permanentes ayudaron a mantener la dirección de la investigación dentro de un contexto de entendimiento definido, como también a favorecer el encuentro de vínculos en la información recolectada.<sup>205</sup>

### **3.6.7 Sexto Paso: Integración final de los hallazgos**

Esta etapa se apoyó en todo el trabajo inductivo previo, concentrando un esfuerzo reflexivo y crítico, reveló afinidad, vínculos y conexiones, así como causas, para interpretar los hallazgos convenientemente.<sup>206</sup>

Las cinco categorías obtenidas representaron varias interpretaciones que contribuyeron a complementar la comprensión del fenómeno investigado, cuya característica fue tener cierta afinidad. Es importante mencionar que el proceso de análisis desde los hallazgos a la teoría implicó “reducirlos”, por lo tanto se tuvo finalmente esa cantidad de categorías<sup>207</sup>.

## **3.7 Riesgos de validez**

Para asegurar la validez externa de la investigación cualitativa se consideraron algunos aspectos metodológicos del abordaje.

### **3.7.1 Muestra significativa**

Teniendo en cuenta el tipo de investigación, para lograr una muestra significativa, se tuvo como referencia el concepto de saturación teórica, es decir que la muestra estuvo saturada cuando a través de la realización de nuevas entrevistas los participantes no aportaron ninguna información nueva. Esto se confirmó una vez se completaron catorce entrevistas en las cuales los contenidos fueron esencialmente similares.

### **3.7.2 Entrevista no estructurada**

Para disminuir los riesgos en la recolección de la información, se consideraron algunos aspectos los cuales se cumplieron al realizar las entrevistas:

---

<sup>204</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 67.

<sup>205</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 74.

<sup>206</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 75.

<sup>207</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 75.

Realización de dos entrevistas preliminares con el fin de refinar el proceso de la técnica para recolección de la información.

Se formularon preguntas que dieran respuesta al fenómeno de interés, se tuvieron en cuenta los supuestos planteados para la investigación y que a la vez permitieran la libre expresión de los participantes:

- ¿Hace cuánto tiempo le colocaron el desfibrilador?
- ¿Usted me puede contar cómo ha sido su experiencia desde que vive con el Desfibrilador Automático implantable (DAI)?
- Trate de recordar cómo se sintió y se ha sentido en cada momento y con cada situación.
- Por favor no pare hasta que usted sienta que ha comentado su experiencia y sentimientos tan completos como sea posible.

Se incluyeron las observaciones registradas en las notas de campo, teniendo en cuenta la modulación, las pausas, los silencios y todo aquello que sintácticamente tenía significado.

### **3.7.3 Validez semántica**

En esta investigación se aseguró la validez semántica de los hallazgos obtenidos en las entrevistas realizadas, las cuales fueron grabadas previa autorización de todos los participantes, ninguno de ellos se negó a que la entrevista fuera grabada, posteriormente se realizó una transcripción exacta de los audios obtenidos entre las 24 y 48 horas para asegurar mayor fiabilidad, y obtener como resultado que el corpus textual fuera lo más cercano a lo narrado por los participantes.

### **3.7.4 Sesgo con la interpretación**

Se llevó a cabo asesoría continua con la directora de tesis, investigadora experta en el tema y en la metodología, quien leyó e interpretó los textos de manera independiente para luego contrastar con lo interpretado por la investigadora.

Para evitar sesgo en la interpretación, las entrevistas se grabaron en audio y fueron y transcritas manteniendo la originalidad en las expresiones verbales relevantes dadas por los participantes, así como la interpretación y significados que le dieron a su situación. Igualmente se hizo recabación de la información (a los siete participantes, catorce entrevistas) para aclarar y complementar los hallazgos encontrados.

## **3.8 Rigor metodológico**

Fue necesario considerar los aspectos de credibilidad, auditabilidad o confirmabilidad y transferibilidad o aplicabilidad; para mantener el rigor científico en esta investigación.

### 3.8.1 Credibilidad

Sandelowski<sup>208</sup>, sugiere la coherencia o credibilidad de la interpretación como un aspecto fundamental que garantiza la calidad del estudio interpretativo. La credibilidad se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como “reales” o “verdad” de los participantes en el estudio y otros que han experimentado el fenómeno de la investigación<sup>209</sup>, también se refiere a si el investigador ha captado el significado completo y profundo de la experiencia o percepción de los participantes, específicamente de las relacionadas con el planteamiento del problema.<sup>210, 211</sup>

Según, Trentini y Paim, la credibilidad “pone de manifiesto la transparencia y la fiabilidad en relación con los resultados”<sup>212</sup>. Para lograr el cumplimiento de este criterio, se presentó a los participantes del estudio, las transcripciones literales de la información recolectada basada en la grabación de la entrevista no estructurada, de manera que cada participante pudiera verificar la información obtenida.

Para cumplir con este criterio se tomaron algunas recomendaciones definidas por Coleman y Unrau, citadas por Hernández.<sup>213</sup>

- Evitar que las creencias y opiniones del investigador afecten la claridad de las interpretaciones de los hallazgos, cuando debe enriquecerlas.
- Considerar importantes todos los hallazgos.
- Privilegiar a todos los participantes por igual, es decir el trato, mantener una actitud de escucha y la explicación que se les dio a todos los participantes, de manera que ellos entendieran la importancia de su relato para esta investigación.
- Tener presente que aspectos como la subjetividad del investigador influye a los participantes y cómo ellos pueden llegar a afectarlo, aspecto que logró a partir de la selección del contexto donde se desarrollaron las entrevistas (trece en el lugar de domicilio de los participantes y una en el consultorio del Instituto de arritmias).
- Permitir una relación de confianza con el participante.

Este aspecto se logró con la integridad y la veracidad en la descripción de las entrevistas realizadas a los participantes, después de transcribir textualmente la entrevista no estructurada, se procedió a la lectura comprensiva de parte de la investigadora y la directora de tesis, posteriormente se entregó a cada participante con el fin de verificar y comprobar la información, ellos leyeron y confirmaron la historia descrita como real y

---

<sup>208</sup> SANDELOWSKI, Margarete. The problem of rigor in qualitative research. *In*: Advances in Nursing Science. April 1986. Vol. 8, no 3, p. 27-39.

<sup>209</sup> CASTILLO, Edelmira y VASQUEZ, Martha. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *En*: Colombia Médica. 2003. Vol. 34, no. 3, p. 164- 167.

<sup>210</sup> HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ y BAPTISTA. Op. cit., p. 665.

<sup>211</sup> STRUBERT, Helen y CARPENTER, Dona. Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative. (2 ed). Philadelphia: Lippincott. 1999. ISBN: 0-7817-1628-4, p. 331.

<sup>212</sup> TRENTINI, Mercedes y PAIM, Lygia. Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem 2 ed. Insular. 2004. ISBN 8574742090, 9788574742090. Citado por MOTA, María. Cuidado humaniza no prè-natal: Um olhar para além das divergências e convergências. Universidad Federal de Santa Catarina. 2006. p. 209.

<sup>213</sup> HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ y BAPTISTA. Op. cit., p. 665.

verídica, luego se definieron las unidades de análisis, se agruparon códigos de clasificación por similitud, y se fueron construyendo las categorías, para terminar con la integración de los hallazgos y su respectivo análisis e interpretación.

### 3.8.2 Auditabilidad o confirmabilidad

Hace referencia a la neutralidad en la interpretación de los datos, se logra cuando otro(s) investigador(es) puede(n) seguir el “camino” del investigador original y obtener resultados similares<sup>214</sup>.

El criterio de auditabilidad o confirmabilidad se garantizó mediante el registro y documentación completa que permite a otro investigador seguir la ruta del hecho original<sup>215</sup>. Para este caso se describieron las características de los participantes, su proceso de selección, así como los contextos físicos, interpersonales y sociales en la presentación del informe, y espacios donde se generaron las interacciones. Por parte de la investigadora se tuvo en cuenta la objetividad y prejuicios con el fin de aumentar la fiabilidad de las conclusiones.<sup>216</sup>

### 3.8.3 Transferibilidad o aplicabilidad

El propósito de la investigación cualitativa es comprender y conocer a profundidad un fenómeno, de manera que los resultados del presente estudio puedan servir para establecer comparaciones en investigaciones similares. Para cumplir con este criterio, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- La investigadora plasmó explícitamente las respuestas de los participantes en el texto de las transcripciones tal como fueron expuestas por ellos mismos.
- Se examinó la representatividad de los hallazgos como un todo, cada entrevista fue transcrita y comprendida de manera integral, para poder relacionarlos entre sí.

La aplicabilidad hace posible encontrar semejanzas de los hallazgos de esta investigación bajo condiciones, contextos o circunstancias similares.<sup>217, 218</sup> El rigor con que se llevó a cabo esta investigación permitirá realizar réplicas en condiciones similares, así como preservar los hallazgos originales de este estudio.

---

<sup>214</sup> STRUBERT. Op. cit., p. 331.

<sup>215</sup> LEINHINGER, Madeleine. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. En: MORSE, Janice. Critical Issues Qualitative research methods. Beverly Hills: Sage Publications. 1994.

<sup>216</sup> CASTILLO. Op. cit., p. 164- 167.

<sup>217</sup> HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ y BAPTISTA. Op. cit., p. 668.

<sup>218</sup> MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de Investigación cualitativa. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. ISBN: 958-655-623-9. p. 128.

### 3.9 Consideraciones éticas

El desarrollo de la presente investigación tuvo en cuenta la normatividad propuesta en Colombia, con la Resolución 008430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud, hoy de Protección Social, por la cual se establecen las normas académicas, científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Se resumen en ella los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Se tuvo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 6º, donde establece que “la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, entre ellos: que se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen y que se llevará a cabo cuando se obtenga la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución”<sup>219</sup>.

También se tuvo en cuenta la Ley 911 del 2004 del Congreso de Colombia en donde se describe que “El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno”<sup>220</sup>

Es importante aclarar que a pesar que la investigadora labora en la institución donde se desarrolló esta investigación, en el momento de iniciar el proceso investigativo no tenía relación directa con el servicio de electrofisiología, ni con los sujetos que asistían a control al Instituto de arritmias “Josep Brugada”.

Por otra parte, para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta y se respetó la política ambiental de la Universidad Nacional de Colombia,<sup>221</sup> ya que el impacto que ésta ocasionó al ambiente fue mínimo, y no produjo contaminación. Se limitó la impresión documentos y durante todo el tiempo que duro este estudio, se propuso al máximo dar aprovechamiento de los recursos naturales, fomentando el ahorro, la reutilización y el reciclaje.

---

<sup>219</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Consejo de Sede. Acuerdo 7. Acta 5 (31, marzo, 2004). Por el cual se conforma y reglamenta el Comité de Ética en Investigación de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia. Conformación y Reglamentación del Comité de Ética en Investigación. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.

<sup>220</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 911 (5, octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D. C., 2004, no. 45.693. p. 1-15.

<sup>221</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Consejo Superior Universitario. Acuerdo 16 (18, octubre, 2011). Por el cual se establece la Política Ambiental de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C. 2011. Disponible en internet: <<http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=43766>> [citado en 15 noviembre 2014].

### 3.9.1 Principio de veracidad

Es el principio en donde se tiene la obligación de decir la verdad, de no mentir a otros<sup>222</sup>. Se reconoce la propiedad intelectual de los estudios que soportan el desarrollo de los marcos referencial, conceptual y de diseño de la investigación.

En la investigación se respetó la propiedad intelectual de cada uno de los autores que sustentan las ideas descritas en el documento y que se encuentran soportadas con referencias bibliográficas completas, según la Ley 23 de 1982 del Congreso de Colombia y las políticas de propiedad intelectual de la Universidad Nacional de Colombia.

Este proyecto se sometió a evaluación por parte del comité de ética e Investigación de la Institución, así como del comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia, una vez obtenida la aprobación por parte de las dos entidades, se dio inicio con la recolección de la información.

### 3.9.2 Principio de fidelidad

Este principio incluye la obligación de cumplir a lo que se ha comprometido y mantener la confidencialidad<sup>223</sup>

Este principio exige que las grabaciones de las entrevistas se mantengan bajo custodia irrestricta de la investigadora, de la misma manera que la transcripción detallada de los testimonios dados por los participantes. Se utilizaron códigos como P1, E2.....P7, que identificaron a cada una de los participantes del estudio sin comprometer su identidad. En el consentimiento informado también se especificó el carácter confidencial, el anonimato y el uso de la información para fines académicos.

### 3.9.3 Respeto a la autonomía

Este principio señala que los individuos tienen la libertad de elegir y determinar sus propias acciones<sup>224</sup>. Se contó con el consentimiento informado por escrito, sin “la intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o sumisión u otra forma distinta de coacción o coerción”<sup>225</sup>. Se preparó un documento con la información previa que se dio a los participantes, se les explicó en forma sencilla y comprensible para su nivel sociocultural, incluyendo los objetivos de la investigación y los beneficios que darán sus resultados, se respondieron las inquietudes y dudas expresadas. Se dejó explícita la posibilidad de retirarse del estudio, si éste era el deseo, y de ser necesario se suspendería la entrevista en caso de llegar a sentir cansancio o malestar. Cada participante firmó el consentimiento con plena libertad.

---

<sup>222</sup> GARZÓN, Nelly, et al. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Centro de Extensión e Investigación. 2008. p. 2.

<sup>223</sup> *Ibíd.*, p. 4.

<sup>224</sup> *Ibíd.*, p. 5.

<sup>225</sup> *Ibíd.*, p. 5.

Cada uno de los participantes fue incluido voluntariamente, sin ningún tipo de remuneración por su participación, la información suministrada fue completamente confidencial por lo cual se designaron códigos a las entrevistas permitiendo una completa confidencialidad con cada una. Según Garzón,<sup>226</sup> el consentimiento informado es el mecanismo más apropiado para respaldar el interés del investigador que respeta la autonomía de los participantes al estudio.

### 3.10 Socialización de resultados

En primera instancia se dio a conocer el consentimiento informado a cada participante una vez aceptaron participar en la investigación.

Una vez transcrita cada entrevista, se dio a conocer la información obtenida a cada participante, con el fin de verificar si era acorde con su propia experiencia y tener el aval de la información por parte de ellos, lo cual fue un elemento clave para la validación de los resultados.

Se presentaron periódicamente los avances de la investigación, en cada una de las sesiones presenciales de tesis de Maestría en Enfermería, en la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de enriquecer el análisis con ayuda de docentes expertos en investigación cualitativa.

Se llevará a cabo la socialización de la investigación al personal de enfermería, médico y administrativo del Instituto de arritmias “Josep Brugada”, y también se presentarán los resultados de la investigación en la Fundación Clínica Shaio ante el Comité de Ética e investigaciones, Departamento de Educación y Departamento de Enfermería.

Se presentaron los resultados de la investigación en el IV Congreso Internacional de Enfermería, XIV Jornada de Actualización en Enfermería al Paciente Cardiovascular y Cuidado Crítico que se desarrolló en la Fundación Clínica Shaio, del 31 de Julio al 01 de Agosto de 2014.

Se llevará a cabo la participación como ponente en evento científico nacional y/o internacional donde se presenten los resultados obtenidos en esta investigación.

También se publicará un artículo relacionado con La experiencia de vivir con un DAI, en una revista Indexada en una base de datos que permita la divulgación del conocimiento aportado a la disciplina.

Se espera con los resultados de esta investigación participar en la construcción de respuestas académicas, investigativas, políticas y asistenciales relacionadas con la experiencia de personas que viven con un DAI.

---

<sup>226</sup> GARZÓN. Op. cit., p. 2.

### **3.11 Permisos institucionales**

Se solicitaron los permisos institucionales correspondientes, partiendo de la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional de Colombia.

Posteriormente, a través de una carta formal, se solicitó la autorización a la Institución, para la aplicación de la entrevista no estructurada a los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y las normas estipuladas como la firma del consentimiento informado por parte de ellos.

## 4. Marco de análisis y resultados

El proceso de análisis de los hallazgos obtenidos se realizó teniendo en cuenta las fases propuestas por Cáceres <sup>227</sup>, manteniendo los criterios de rigor científico descritos en el marco de diseño, de igual manera se guardó coherencia con el objetivo de la investigación: Analizar, interpretar y describir la experiencia de personas que viven con un Desfibrilador Automático Implantable (DAI), que asisten a la consulta externa del Instituto de arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds” de la Fundación Clínica Shaio.

Este proceso implicó separar los datos en sus componentes y constituyentes para revelar los temas que tuvieran características y coherencia similares, es decir transformar los datos, para llegar al proceso de interpretación.

Los participantes de la investigación tenían una característica común, que los llevo a compartir una situación única, que para ellos tuvo un significado y una experiencia sobre sí mismos y de su realidad, de este modo cada contexto y experiencia fue particular, lo que implicó reconocer estas realidades tanto objetivas como subjetivas institucionalizadas pero cambiantes.<sup>228</sup> Las situaciones anteriores fueron expresadas a través del lenguaje, no como una simple pintura de la realidad. Su carácter fundamental fue el de la sedimentación de la experiencia humana...el cual se expone comunicativamente en la relación con los demás, para el caso de este estudio, se dio en la relación con la investigadora.<sup>229</sup>

El análisis de la información se apoyó en los supuestos teóricos, para mantener la objetividad en el procedimiento en todo el proceso investigativo, este se realizó de manera simultánea a la recolección de la información, y el propósito final fue crear categorías específicas producto de las experiencias compartidas, obtenidas en catorce entrevistas a siete participantes a quienes se les implanto el DAI.

El proceso para el análisis de los hallazgos fue el siguiente:

- A partir de las entrevistas realizadas, se procedió a la lectura y relectura completa de la transcripción de cada una de ellas con el fin de obtener una idea integral de la información.

---

<sup>227</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 63.

<sup>228</sup> TORRES, Alfonso. Enfoques cualitativos y participativos en investigación social. Aprender a investigar en comunidad. Bogotá, D. C.: Corcas. 1997. p. 64-65.

<sup>229</sup> HOYOS & VARGAS. Op. cit., p. 139.

- Se recolectaron los documentos o cuerpos de contenidos, se formularon guías al trabajo de análisis, estableciendo indicadores que dieran cuenta de temas presentes en el material analizado.
- Se definieron las unidades de análisis, estas constituyeron parte del contenido sobre las cuales se inició la elaboración del análisis, representaron el sustento informativo principal para procesar.
- Se agruparon códigos de clasificación por similitud, una vez se tenía claro cuál sería la unidad de análisis, se dispuso a acomodar el material y se separó el contenido en virtud de dicha unidad. Se agrupó todo el material que parecía guardaba relación suficiente para ser considerada similar, mientras que otros contenidos se seleccionaban para conformar otros grupos, en este paso es importante mencionar que los supuestos de la investigación eran los que dirigían la clasificación del texto.
- El anterior procedimiento se llevó a cabo para clasificar todo el material y en la medida en que se fue progresando en dicha tarea la investigadora fue desarrollando un criterio de clasificación hasta que surgió la regla de análisis.
- Luego se fueron construyendo las categorías, las cuales representaron el momento en el cual se agrupó la información incorporando la perspectiva crítica en la investigación y por consiguiente, el paso primordial para establecer nuevas interpretaciones y relaciones teóricas.
- Una vez elaboradas las categorías se hizo la representación de nuevas aproximaciones teóricas, nuevas formas de entender la información entregada por los participantes, fue donde se logró el momento crucial de todo el análisis y en donde quedó plasmada la intención final de la investigación.
- Por último se llevó a cabo la integración e interpretación final de los hallazgos.

El proceso inductivo fue desarrollado en tres momentos a partir de la información suministrada por los participantes.

**Tabla 4-1:** Desarrollo del proceso inductivo.

| Definición unidades de análisis                         | Códigos de clasificación                                                                                                                                                                        | Desarrollo de Categorías                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Representan los segmentos del contenido de los mensajes | Se dispone a acomodar el material y se separa el contenido en virtud de dicha unidad, agrupando todo el material que parezca guardar relación, la suficiente como para ser considerada similar. | Representan el momento en el cual se agrupa la información y se incorpora la perspectiva crítica en el estudio y por consiguiente, el paso primordial para establecer nuevas interpretaciones. |

Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

## 4.1 Caracterización de los participantes

**Tabla 4-2:** Caracterización de los participantes.

| Participante | Género    | Edad (años) | Ocupación   | Estado Civil | Estrato socio-económico | Escolaridad   | Tiempo del implante en años | Experiencia de choques o descargas | Número de Choques o descargas | Prevención | Fracción de eyección del ventrículo izquierdo | Etiología de la enfermedad |
|--------------|-----------|-------------|-------------|--------------|-------------------------|---------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------|-----------------------------------------------|----------------------------|
| 1            | Masculino | 86          | Pensionado  | Viudo        | 5                       | Universitario | 6 años                      | Si                                 | 1                             | Primaria   | 38%                                           | Isquémica                  |
| 2            | Masculino | 54          | Pensionado  | Casado       | 3                       | Bachillerato  | 4 años                      | Si                                 | 1                             | Secundaria | 30%                                           | Isquémica                  |
| 3            | Femenino  | 77          | Ama de casa | Unión libre  | 3                       | Primaria      | 3 años                      | Si                                 | >20                           | Secundaria | 30%                                           | Isquémica                  |
| 4            | Masculino | 77          | Comerciante | Casado       | 3                       | Bachillerato  | 1 1/2 años                  | Si                                 | >20                           | Primaria   | 35%                                           | Isquémica                  |
| 5            | Masculino | 67          | Gerente     | Casado       | 6                       | Universitario | 5 1/2 años                  | Si                                 | 2                             | Secundaria | 30%                                           | Idiopática                 |
| 6            | Femenino  | 56          | Ama de casa | Viuda        | 2                       | Primaria      | 1 1/2 años                  | Si                                 | 1                             | Primaria   | 30%                                           | Isquémica                  |
| 7            | Masculino | 72          | Pensionado  | Casado       | 3                       | Técnico       | 4 1/2 años                  | Si                                 | >10                           | Primaria   | 15%                                           | Isquémica                  |

Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

Se entrevistaron siete participantes: cinco pertenecientes al género masculino y dos al género femenino, todos asistentes a la consulta externa del Instituto de Arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds” de la Fundación Clínica Shaio.

Las edades de los participantes estaban en los rangos comprendidos entre los 54 y 86 años; en relación con el estado civil se encontró que dos participantes eran viudos, cuatro eran casados y uno vivía en unión libre con su pareja. En cuanto al estrato socio económico a que pertenecían los participantes, estaban distribuidos entre el estrato dos y el seis.

El nivel de escolaridad de los participantes varió entre la primaria completa hasta el nivel universitario, actualmente dos de los participantes se encuentran activos laboralmente, los otros cinco participantes están pensionados o permanecen en sus casas bajo el cuidado de un familiar.

Con respecto al tiempo de colocación del DAI, se encontró que dos personas llevan 1 ½ años con el dispositivo, una persona 3 años, dos personas entre 4 y 4 ½ años, una persona lleva 5 ½ años y otra lleva seis años.

Todos los participantes en esta investigación informaron haber tenido la experiencia de recibir descargas entre una y más de veinte veces. Se encontró que algunos participantes que llevaban con el dispositivo entre 1½ años y 3 años han recibido una serie de

descargas que supera las veinte, en tanto que pacientes que llevaban de 4 a 6 años con el DAI solo habían recibido una descarga.

Debido al diagnóstico médico y a la condición clínica de los participantes, a cuatro de ellos se les implantó el DAI como prevención primaria, el indicador fue no haber presentado episodios de muerte súbita. A tres de los participantes que habían tenido experiencia de muerte súbita, se les realizó el implante como prevención secundaria.

Al valorar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), se encontró que esta oscilaba entre el 15% y el 38%, lo que en algunos casos refleja deterioro de la clase funcional, dado por disnea, fatiga y limitaciones en actividades de la vida diaria.

Con respecto a la etiología de la enfermedad, se encontró que en seis de los participantes la causa de la cardiopatía fue isquémica, y sólo en uno de ellos no se determinó el origen de la enfermedad, por lo que semiológicamente fue clasificado como idiopática. Ninguno de los participantes tuvo enfermedad de Chagas como factor etiológico de su cardiomiopatía, patología de alta prevalencia en Colombia que predispone al desarrollo de arritmias ventriculares o supraventriculares.<sup>230</sup>

Los datos obtenidos a partir de la revisión de la historia clínica aportan una visión general de la condición de salud de los participantes, como antecedentes se encontró que todos habían tenido uno o más de un infarto agudo de miocardio, habían sido sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica con circulación extracorpórea o percutánea con la colocación de Stent, todos reciben tratamientos farmacológicos (polifarmacia), para manejo de la falla cardiaca, antiarrítmicos, diuréticos, inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA), beta bloqueadores, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes. Por otra parte se encontró que tenían diagnóstico médico de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y en algunos casos alteración del funcionamiento de la hormona tiroidea, para lo cual recibían suplencia. Los anteriores indicadores señalan que la condición de estos pacientes los hace vulnerables y de alta complejidad, por lo cual requieren un cuidado de enfermería personalizado y adaptado a su experiencia particular de salud. Lo que para Benner citado por Kérouac y otros denomina como el cuidado específico, individual y contextual.<sup>231</sup>

## 4.2 Definición de unidades de análisis

A la transcripción de las catorce entrevistas realizadas a los siete participantes, se les aplicó un formato semejante para facilitar su lectura y análisis. Con la lectura y relectura de los hallazgos, la investigadora fue haciendo inmersión en el fenómeno de enfermería, en este paso se tuvo en cuenta los indicadores establecidos para el análisis de contenido, constituido por el enunciado de la experiencia de vivir con un DAI.

Este proceso permitió la selección de 338 unidades de análisis de las catorce entrevistas realizadas y codificar cada una de las transcripciones de estas, que finalmente fue el

---

<sup>230</sup> ROSAS; VANEGAS y CABRALES. Op. cit., p. 92.

<sup>231</sup> KÉROUAC, Suzanne y otros. El pensamiento enfermero. Barcelona, España: Masson. 1996. p. 80.

insumo para describir y analizar la experiencia, en aras de la confidencialidad y la integridad de la información, se decidió asignar letras de la siguiente manera:

P: La primera letra en mayúscula hizo referencia al número de participante.

E: La segunda letra en mayúscula correspondió al número de entrevista realizada al participante.

p: La tercera letra en minúscula, correspondió al renglón del párrafo de la transcripción de cada entrevista.

Por ejemplo: P7E2p42, quería decir que este código correspondió al participante número 7, a la entrevista número 2 y el párrafo en mención estaba ubicado en el renglón número 42. (Tabla 4-3).

**Tabla 4-3:** Unidades de análisis.

| Participante | Unidad de análisis                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P2E1p179     | “el cigarrillo era, era un vicio que lo cogí a los 45 años y pues a los 47 infarté, me toco dejarlo, si, que a veces me da esa obsesión como se desespera uno como por tener ahí un cigarrillo en la boca pero no, no, me voy dando cuenta que eso no me es sano” |
| P3E1p149     | “Pues últimamente he dormido como mas poco pero.... por ejemplo ahorita... anoche dormí, hay noches que duermo el primer sueño y se me va”                                                                                                                        |
| P3E1p281     | “a mí me gustaría que yo pudiera volver a ir a donde nadie me conoce, que soy nueva , sí que soy nueva a otra ciudad, que con nadie... por qué lo primero que empiezan es que esa vieja no puede hacer nada, eso es lo que yo me imagino”                         |

Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

Posteriormente se realizó agrupación y sistematización de las unidades de análisis, teniendo en cuenta siempre la similitud entre cada una de ellas y los supuestos de la investigación. Luego de realizar esa clasificación se hizo nueva lectura y relectura detallada de los segmentos de información, y así se continuó el proceso de elaboración de códigos y finalmente el desarrollo de las categorías.

### 4.3 Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación

Luego de identificar las unidades de análisis 338 en total, se realizó lectura y relectura nuevamente de su contenido, con el propósito que el material fuera asimilado por la investigadora de manera integral, para posteriormente agrupar todas las unidades de análisis que guardaban relación suficiente, para ser consideradas por su similitud, los otros conjuntos de hallazgos fueron conformando otros grupos.

De acuerdo con las pautas dadas por Cáceres, este procedimiento se llevó hasta realizar la clasificación de todo el material disponible. En la medida en que se avanzó en dicha tarea, se desarrolló el criterio de clasificación que permitió incluir o excluir el contenido de manera sistemática.

Los criterios de clasificación surgieron a partir de la lectura y clasificación de las unidades de análisis, una vez que la información fue agrupada conforme a las reglas de análisis, se identificó cada grupo. De esta forma surgieron los códigos de clasificación y a cada uno se le asignó un número consecutivo así, 1.1,...1.2,...1.3., etc.

Cuando se clasificó todo el material, se realizó una última revisión exhaustiva de las reglas de análisis, y así se verificó que todas las unidades de análisis estaban contenidas en los códigos de clasificación que habían surgido.

Al finalizar el proceso anterior, se obtuvieron 16 códigos que se agruparon teniendo en cuenta las reglas de clasificación y a cada grupo se le dio un “rótulo” para identificarlo. (Ejemplos en las tablas 5, 6, 7)

**Tabla 4-4: Códigos de clasificación.**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Códigos de clasificación | 1.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Definición breve         | Aislamiento social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Definición completa      | Situaciones que evidencian donde el participante manifiesta sentimientos de soledad o distanciamiento de su grupo social.                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Cuando se usa            | Se usa cuando el participante expresa verbal o no verbal de manera clara y reiterativa situaciones relacionadas con sentimientos de soledad ocasionados por su situación de salud que le impide realizar actividades con el grupo social con el cual compartía antes de ser portador del DAI.                                                                                  |
| Cuando no se usa         | No se usa cuando el participante expresa sentimientos de compañía, integración familiar o a otros grupos sociales.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Ejemplos                 | P3E1p260 “Hacia ese ejercicio de allá, los que programan en el jardín de la tercera edad, me sentía bien, después de que me pusieron esto, ahí si yo no volví”<br><br>P2E1p100 “Aunque pues yo trato de cuidarme al máximo y como te decía yo no convivo con la enfermedad, yo me quedo solo, si mi señora quiere salir, mis hijos, se van, listo, entonces yo me quedo solo.” |

Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

**Tabla 4-5: Códigos de clasificación.**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Códigos de clasificación | 2.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Definición breve         | Aferrándose a la fe: * Hacia un Ser Supremo                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Definición completa      | Situaciones que evidencian que el participante expresa verbal o no verbalmente (actitud de súplica, agradecimiento, persignarse, rezar) situaciones relacionadas con sus creencias religiosas y fe en alguien (Dios) en quien confían puede contribuir a mejorar su salud, aspecto que se fortalece a partir del proceso del implante del DAI. |

| Tabla 4-5. (Continuación) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cuando se usa             | Se usa cuando el participante expresa verbal o no verbalmente situaciones relacionadas con sus creencias en alguien a quien le adjudican su recuperación.                                                                                                                                                                                                 |
| Cuando no se usa          | No se usa cuando el participante expresa un sentimiento de incredulidad y ausencia de fe.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Ejemplos                  | <p>P4E1p40 “nadie supervive más de 6 disparos de esos, yo superviví 42 que fue un milagro de Dios!”</p> <p>P4E1p104 “el que no tenga fe, no pida que le pongan aparato porque sin aparato y con aparato va a sufrir”</p> <p>P3E1p168 “el que me opero fue Dios... el que me hizo poner ese aparato ,porque de un minuto pa’ otro no había esperanzas”</p> |

Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

**Tabla 4-6: Códigos de clasificación.**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Códigos de clasificación | 5.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Definición breve         | Síntomas frente a las descargas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Definición completa      | Situaciones que donde se evidencia que el participante expresa de manera verbal o no verbal síntomas físicos y/o psicológicos ocasionados por la descarga de energía del DAI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Cuando se usa            | Se usa cuando el participante identifica y expresa de manera clara verbal o no verbalmente los síntomas físicos y/o psicológicos presentes frente a la descarga de energía del DAI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Cuando no se usa         | No se usa cuando el participante expresa verbal o no verbalmente que no ha tenido síntomas tanto físicos como psicológicos frente a la descarga de energía del DAI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ejemplos                 | <p>P3E1p179 “cuando me dio la primera descarga volé tres veces de la cama arriba, cuando me llevaron ya a la clínica no me podían tocar porque tenía corriente”</p> <p>P3E1p13 “siento que todo como que me tensiona, me mueve, veo que se aclara todo como si se viniera un rayo sobre mí y pum después ya quedo que como si me pasara un carro por encima si ...”</p> <p>P5E1p105 “yo no sé qué me paso, vi luces, vi relámpagos y pum me tiro al suelo y yo como no captaba lo que pasaba y me fui a parar y entonces tome otra vez!!, entonces me acorde del cardiodesfibrilador, y entonces ya me quede ahí porque ese era el instructivo que es quedarse quieto”</p> |

Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

## 4.4 Desarrollo de categorías

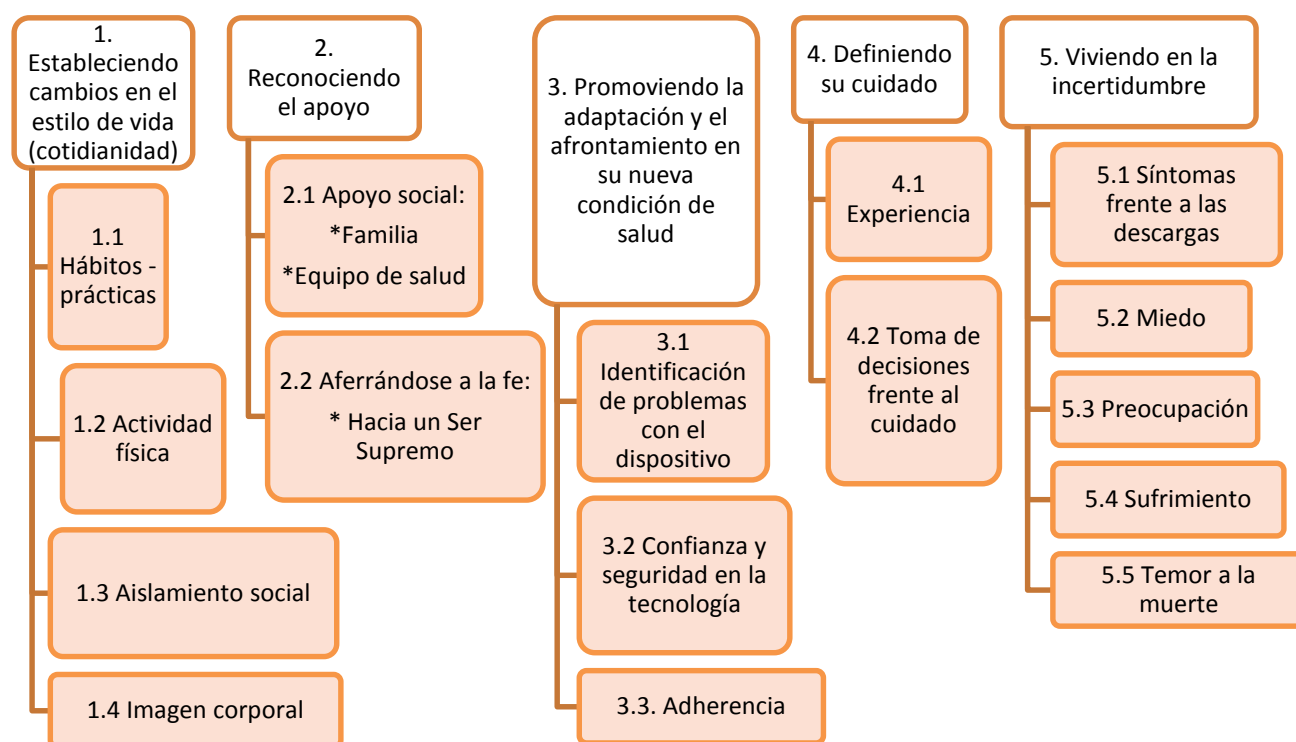
Para el desarrollo de las categorías se partió de la lectura y análisis de cada uno de los códigos de clasificación (16 en total), se agruparon con base en la similitud de términos, supuestos teóricos y el referente conceptual planteado para la investigación.

La categorización dependió primordialmente de la investigadora, según Cáceres en esta fase del proceso, es en donde se pone en práctica la creatividad, la capacidad de integración y de síntesis,<sup>232</sup> así como la experiencia, práctica y el conocimiento que la investigadora tenía frente al fenómeno estudiado.

La agrupación de los códigos permitió establecer cinco categorías, las cuales fueron definidas teniendo en cuenta tanto el contenido manifiesto como el latente presente en las 338 unidades de análisis.

A continuación se presentan los códigos de clasificación y las categorías a las que finalmente éstos dieron origen (Esquema 4-2, Tabla 4-7)

**Esquema 4-2: Códigos de clasificación – Desarrollo de categorías.**



Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

<sup>232</sup> CÁCERES. Op. cit., p. 67.

**Tabla 4-7: Códigos de clasificación – Desarrollo de categorías.**

| Códigos de clasificación                           |                                                                               | Desarrollo de Categorías |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1.1 Hábitos – prácticas                            | 1. Estableciendo cambios en el estilo de vida (cotidianidad)                  |                          |
| 1.2 Actividad física                               |                                                                               |                          |
| 1.3 Aislamiento social                             |                                                                               |                          |
| 1.4 Imagen corporal                                |                                                                               |                          |
| 2.1 Apoyo social:<br>*Familia<br>*Equipo de salud  | 2. Reconociendo el apoyo                                                      |                          |
| 2.2 Aferrándose a la fe:<br>* Hacia un Ser Supremo |                                                                               |                          |
|                                                    |                                                                               |                          |
| 3.1 Identificación de problemas con el dispositivo | 3. Promoviendo la adaptación y el afrontamiento a su nueva condición de salud |                          |
| 3.2 Confianza, seguridad frente a la tecnología    |                                                                               |                          |
| 3.3. Adherencia                                    |                                                                               |                          |
| 4.1 Experiencia                                    | 4. Definiendo su cuidado                                                      |                          |
| 4.2 Toma de decisiones frente al cuidado           |                                                                               |                          |
| 5.1 Síntomas frente a las descargas                | 5. Viviendo en la incertidumbre                                               |                          |
| 5.2 Miedo                                          |                                                                               |                          |
| 5.3 Preocupación                                   |                                                                               |                          |
| 5.4 Sufrimiento                                    |                                                                               |                          |
| 5.5 Temor a la muerte                              |                                                                               |                          |

Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

A continuación se hace una descripción de manera detallada de cada una de las categorías obtenidas en el proceso investigativo.

#### **4.4.1 Categoría 1. Estableciendo cambios en el estilo de vida (cotidianidad)**

La personas portadoras del DAI manifiestan que a partir de la implantación del dispositivo, tuvieron que realizar cambios significativos en su estilo de vida, relacionadas con las actividades cotidianas, lo que les significó que en algún momento sientan que su vida ha cambiado, es decir no es la misma que antes. Esos cambios o modificaciones están relacionadas con:

- **Hábitos – prácticas.**

Los cambios relacionados con hábitos y prácticas hacen referencia de manera concreta con la dieta, por las restricciones en cuanto al tipo de alimentos, la cantidad de líquidos que pueden tomar, estas modificaciones generan en las personas y a las familias una voz de alerta y un llamado a cuidar de su salud, expresado en el no consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares refinados y evitar el consumo de bebidas alcohólicas en razón a la condición de salud, debido a que se recomienda no consumirlos por el médico tratante como por la enfermera y en la mayoría de los casos por el cuidador principal.

Otro de los cambios manifestados están en relación con el hábito del tabaco, los participantes quienes tenían este hábito manifestaron que ante la restricción para el no consumo sienten desesperación y la necesidad de fumar, pero a su vez entienden que fumar no es sano para su salud, lo cual los lleva a tomar la decisión de no incurrir nuevamente en esa práctica.

Otros aspectos en relación a los cambios en la vida cotidiana se refieren a que la persona quiere realizar actividades que se siente capaz de hacer como: conducir su vehículo, asistir a las actividades de la comunidad, viajar, ir a fiestas o reuniones con sus compañeros de trabajo, las cuales desarrollaba antes de que le implantaran el DAI, pero en ocasiones se ve enfrentado a la prohibición de parte del familiar o cuidador, quien no les permite realizarlas.

Otros cambios en sus rutinas cotidianas corresponden a los hábitos de sueño y descanso, debido a la dificultad que tiene la persona para acostumbrarse fácilmente a dormir del lado que tiene el DAI, (generalmente está implantado en la región delto pectoral izquierda). Entre las recomendaciones que se dan están: no dormir sobre ese lado hasta después de un mes del implante, no hacer fuerza, ni movimientos fuertes o extremos, lo cual genera incomodidad al dormir, algunos refieren que por decisión propia o miedo al malfuncionamiento o desplazamiento de los electrodos, no vuelven a dormir sobre el lado en el cual está el implante.

Otra rutina que expresaron que se modificó tiene que ver con el hábito de levantarse temprano con el fin de salir hacia el trabajo y de manera inesperada se ve modificado por limitaciones impuestas y por cambios en su situación de salud.

Los hallazgos obtenidos señalan que actividades relacionadas con la higiene personal como el baño diario, se modificó en razón a que se requiere de un cuidado específico para graduar la temperatura del agua, situación que antes de colocar el desfibrilador no era significativa, debido a que dentro de las recomendaciones dadas son en relación a no exponerse a cambios bruscos de temperatura.

Ante las situaciones descritas anteriormente los participantes expresan resignación frente a los cambios que exigen esta nueva situación de salud, además, creen que sus capacidades se acabaron totalmente, no son lo mismo de antes, pues podían asistir a lugares concurridos, hacer compras, ir al supermercado, pero ahora prefieren hablar con las personas de seguridad para que les permita el paso o la entrada por un sitio diferente y así no hacer sonar la alarma de detector de metales, o en otros casos prefieren no salir de la casa. Otros de los portadores del DAI, toman la decisión de presentar el carné que los identifica como portadores del DAI, para no tener que pasar cerca de los aparatos o detectores de metales.

Con respecto a actividades de la vida diaria como viajar o conducir un vehículo que en algunos casos representaba su actividad laboral, una vez se les implanta el DAI, esta actividad es restringida por varios meses después del implante y cuando la retoman, lo hacen de manera gradual y limitada, aspecto que los inquieta porque para ellos su trabajo era "el arte". Otra persona tuvo la posibilidad de guardar reposo por un mes, luego del implante y posteriormente retoma sus actividades laborales, acompañado de un conductor que le facilitó el reinicio de sus actividades.

El ser portador del DAI implica cambios drásticos en las rutinas de la vida diaria, tener que realizar actividades como asistir a la consulta médica, a controles programados o los servicios de urgencias posterior a una descarga, actividades que se vuelven cotidianas, y de las cuales dependen sus demás actividades debido tienen que asistir a veces hasta con una frecuencia semanal a alguno de estos servicios, es importante señalar que a medida que aumenta el tiempo y si el dispositivo no presenta descargas, los controles se vuelven menos frecuentes

Otro elemento importante para las personas portadoras de DAI tiene que ver con el uso de teléfonos celulares, constituyéndose en un elemento importante para su comunicación con familiares y allegados, por lo cual lo mantenían cerca (a su cuerpo) algunos de ellos prefirieron no volver a utilizarlo por temor a tener alteraciones en el dispositivo, otros manifestaron que atienden las recomendaciones como son no portarlo cerca del pecho o en el mismo lado del cuerpo donde tienen el implante.

Un aspecto importante a destacar es lo que sienten las personas con DAI, “la vida es peor que antes, si hubieran sabido que hacer para evitar un infarto para no necesitar el desfibrilador lo habrían realizado, pero que en algunos casos los médicos no les enseñan realmente las consecuencias de ese tipo de enfermedades del corazón”. Este aspecto es fundamental a tener en cuenta.

A continuación se presentan las 31 unidades de análisis obtenidas y relacionadas con hábitos y prácticas expresadas por los participantes.

P1E1p93 “No, pues a veces uno.....quiere hacer cosas y no lo dejan”

P2E1p179 “a veces me da esa obsesión como desesperado, como por tener ahí un cigarrillo en la boca pero no, no, me voy dando cuenta que eso no me es sano”

P2E2p13 “al comienzo siempre fue difícil acostumbrarme a él, (al DAI) por el cuidado por la forma de dormir, porque la recomendación un mes sin poder dormir sobre ese lado, eh... no se puede hacer fuerza, no se puede....”

P2E1p160 “siempre fue duro porque, porque de todas maneras uno acostumbrado, a mí por ejemplo toda la vida me ha gustado madrugar”.

P2E1p162 “pues es duro eh.., de pronto la costumbre uno ya adaptándose, que peleó con el pasajero, que llegó al paradero y el compañero llegó, que camine nos tomamos un tinto, que camine un cigarrillo, que la chanza, o sea uno cambia totalmente la rutina”.

P1E1p39 “le dicen a uno que....pues las instrucciones que dan es que no me exponga al frío, a temperaturas extremas ¿no? Como pasar de mucho calor....cuando uno va a la ducha que no esté muy fría, tampoco este muy caliente”

P2E1p19 “Yo trabajé más que todo con transporte, yo era conductor y siempre llevaba un trote muy acelerado por la cuestión del trabajo, de la cual hoy en día me he ido resignando”

P7E1p137 “no! mis capacidades físicas se acabaron totalmente, yo era uno de los que me metía debajo del carro, yo le cacharreaba una y otra cosa, yo alcance a hacer en el Sena

tres semestres y me defendiendo o me defendía ahorita ya no puedo porque llegar y tirarme allá, uno patas arriba debajo de un carro, si voy a moverme así, eso no!”

P2E1p95 “nunca me ha gustado ir a sitios concurridos y cuando lo hago toca hablar de pronto con el de seguridad o una persona que me colabore para pasar por otro lado que no tenga esa restricción”

P2E1p98 “Cambia la vida, claro, en todo...en todo esto le cambia la vida porque.....por ejemplo va uno y.....la misma familia, no coma esto porque le hace daño, no coma esto porque no sé qué, eh.. no se tome ese trago que le puede sentar mal”

P2E1p154 “Si, trato, trato de hacer dieta, me cohíbo a veces de muchas cosas que me gustaban, pero se va uno acostumbrando”

P2E1p179 “el cigarrillo era, era un vicio que lo cogí a los 45 años y pues a los 47 infarté, me toco dejarlo, si, que a veces me da esa obsesión como se desespera uno como por tener ahí un cigarrillo en la boca pero no, no, me voy dando cuenta que eso no me es sano”

P2E1p184 “Si, fume, por ahí una cajetilla diaria, cuando...cuando infarte, pues en el primer infarto me prohibieron pues lógico el cigarrillo...”

P2E1p210 “Pues entonces sale uno, maneja, pero ya no las 15, o las 18 horas continuas.”

P2E1p213 “si se viajaba, de Bogotá salía uno del terminal, salía por Anapoima, La Mesa, por varios pueblos y también andaba mucho a la costa, a todas partes, entonces pues uno...ese era el arte mío”

P3E1p100 “Cada rato volviendo a la clínica, cada semana, cada quince días, cada 20 días”

P3E1p149 “Pues últimamente he dormido como mas poco pero.... por ejemplo ahorita... anoche dormí, hay noches que duermo el primer sueño y se me va”

P5E1p138 “no, no, la vida no sigue igual, eso siempre hay un poco de cambios”

P5E1p161 “a mí lo único que me dijeron es que el celular lo tengo que tener a más de 30 centímetros, no pasar por sitios, por ejemplo aeropuertos, pues uno pasa por ese aparato que identifica si uno lleva armas”

P5E1p163 “yo siempre llevo el carnet y lo muestro, y paso por un lado, también en donde quiera que haya detectores de metales”

P5E1p180 “por tradición y por costumbre, toda la vida yo he madrugado, y toda la vida yo he sido muy activo, toda la vida pues a mí me afana estar aquí en la casa”

P5E1p188 “no me cambió tanto la vida, lo que si fue que me volvió más juicioso, en cuanto a comer, en cuidarme en la alimentación, no volví a fumar, era un fumador social... “

P5E1p213 “después de que me colocan el desfibrilador, empiezo a trabajar al mes, porque me dijeron un mes, el doctor me dijo bueno tiene un mes de incapacidad quédense en su casa descansen”

P5E1p216 “lo único es que no manejaba, tenía un conductor que me manejaba, también me aconsejaron no andar solo, en lo posible no estar solo sobre todo en la calle”

P5E1p238 “a nadar, ahí si no me arriesgo a hacer porque si me recomendaron que no hiciera tanto movimiento del brazo, movimientos bruscos con este brazo, no es porque tenga problemas, sino que se puede desconectar”

P6E1p107 “además de sentir la incomodidad tanto como para dormir, como por este lado, es que por el lado izquierdo no se puede”

P7E1p113 “la vida cambia en muchos aspectos .en primer lugar, lástima y desafortunadamente uno en su juventud no tuvo una orientación sobre lo que es un infarto, una cirugía, yo llegue incluso a dar con muchos médicos del Seguro Social a tener cierto roce de palabras.. sí ..para ellos esas cosas eran normales, para mí no eran normales para mi cambio todo, hoy en día es mucho más peor porque si yo hubiera sabido que hacer!”

P7E1p139 “aún para dormir si me acuesto yo así (boca arriba), al ratico estoy que no puedo quedar tensionado todo esto (el pecho), si me acuesto para acá (de medio lado) me toca buscar esta forma que me quede el brazo acá para que quede suelto”

P7E1p169 “yo le dije bueno doctor a qué estoy restringido, correcto ¿a qué estoy restringido...?”

P7E1p221 “yo estoy limitado todo, desde la comida en adelante y hoy por hoy más, en la solo provocación de comerme esta tajada de plátano, ya me estoy haciendo un mal”

P7E1p224 “me toca tomar mucha medicina”.

#### ▪ Actividad física.

Los relatos de los participantes señalan que su condición es una limitante para realizar actividad física, debido a las restricciones y temores por lo cual no puede movilizarse para realizar algunas actividades de su rutina diaria, por lo cual prefiere limitarse a realizarlas y evitan los movimientos del cuerpo por temor a que los electrodos se desplacen, para evitar riesgos, prefieren permanecer en su casa la mayor parte del tiempo y cuando deben salir por ejemplo a citas médicas de control lo hace acompañados.

Para otros de los participantes su vida cambia de manera positiva, porque pueden volver a realizar actividades importantes para su vida como caminar, ya no se fatigan cuando caminan distancias cortas, porque antes tenían que descansar tres o cuatro veces, no eran capaces, no tenían alientos, sentían que se iban a desmayar, y manifiestan que les dolía mucho el cuerpo. Otras personas expresan que tienen en cuenta la recomendación de no realizar ningún esfuerzo como cargar objetos pesados, lo cumplen al pie de la letra.

Esta situación a algunos les molesta por las restricciones que tienen actualmente, porque eran muy activos, trabajaban, hacían deporte, jugaban futbol, les gustaba trotar, y no hacerlo actualmente les cambio su cotidianidad, a veces inclusive se les olvida y realizan actividades como correr o subir trotando las escaleras, o esporádicamente (un día a la semana) salen a caminar “un rato y nada más”, quienes cuentan con recursos adquieren equipos como la trotadora eléctrica para comenzar a “hacer el ejercicio adecuado”.

Para quienes tienen como antecedente un infarto agudo de miocardio, su actividad física estuvo limitada periodos largos de tiempo, para luego retomar la actividad física específicamente realizan caminatas que algunas veces les ocasionan cansancio lo cual los afecta, sienten que su vida ya no es la que tenían antes. De manera que deben salir acompañados y sus desplazamientos son en carro, porque si tienen que caminar, aproximadamente después de 20 minutos se ven en la necesidad de descansar y sentarse.

Los síntomas físicos como “fatiga, cansancio, desaliento” o “aparición de picadas y dolor en las piernas” hacen que la actividad física sea restringida así como la deambulaci3n alrededor o dentro de sus lugares de domicilio. Algunos de ellos, asistían al gimnasio antes del implante, o tenían otro tipo de actividad física, pero lo han dejado de hacer por precauci3n, ya que el personal de electrofisiología les dio la recomendaci3n de no hacer actividades que requirieran demasiados esfuerzos un mes posterior al procedimiento y los pacientes manifiestan temor e inseguridad para retomar este tipo de conducta nuevamente.

A continuaci3n se presentan las 22 unidades de análisis obtenidas, expresadas por los participantes en relaci3n a la actividad física.

P6E1p66 “cambia la vida bastante, si seño ra porque ya al menos puedo caminar, ya no me fatigo, porque cuando yo llegaba de aquí a la esquina tenía que descansar tres o cuatro veces, yo no era capaz, no tenía alientos, eso me desmayaba, eso me dolía mucho el cuerpo, todo el cuerpo”

P3E1p247 “yo no barro, porque eso me lo advirtieron que no barriera, no trapeo, no hago nada de esfuerzo así de cargar, solo lo más liviano que pueda hacer, eso es lo que yo hago”

P2E2p15 “o sea siempre hay unas restricciones y el caso mío pues yo soy una persona que soy muy activo, me ha gustado el trabajo, hacía mi deporte, me gustaba jugar futbol, me gustaba trotar, entonces, todas esas restricciones pues lo... lo molestan a uno un poco”

P2E2p21 “como te decía lo del implante, pues si al comienzo fue un poco duro para mí, los cuidados, a uno se le olvida, yo por ejemplo a veces corro , a veces subo trotando las escaleras”

P2E1p127 “De pronto la actividad mía física, la que más me gustaba era correr y jugar al futbol, entonces pues hoy en día no, no se puede”

P2E1p139 “No, eso pasa por ahí la semana, así un día a la semana salgo y camino un rato y nada más”

P2E1p142 “Tengo el proyecto de comprarme la trotadora eléctrica y con esa voy a hacer el ejercicio adecuado”

P2E1p146 “yo pienso que si salgo a caminar y voy caminando de pronto voy pensando en la misma enfermedad, caminando y pensando en la enfermedad, entonces....eso me afecta”

P2E1p215 “cuando me dio el primer infarto yo dure 8 meses más o menos inactivo”

P3E1p27 “de ahí para acá he sentido mucho cansancio.... Ya no tengo una vida activa como la que tenía ya no....no”

P3E1p30 “Siempre salgo pero acompañada y más que todo en el carro, yo caminar, por ejemplo ahorita últimamente caminar...yo camino por ahí 20 minutos y estoy que voy a sentarme”

P3E1p33 “Fatigada, cansada, y me agarran como unas picaditas, ya me da miedo, lo mismo he sentido mucho últimamente muchos dolores de piernas”

P4E1p70 “no puedo jugar futbol, ni ponerme a jugar tejo”

P2E1p125 “pero no camino todos los días, me da....me da mucha pereza salir a caminar”

P4E1p72 “iba al gimnasio... pero ya no lo hago porque pues por precaución no se deben hacer esfuerzos máximos, más si se siente uno bien y el peso de uno está bien y la salud en general está bien

P5E1p99 “acostumbro a caminar todas las mañanas, me voy a caminar a Unicentro, como a los dos meses de la operación me fui a caminar a Monserrate”

P5E1p219 “me sentía bien, seguro, como que realmente me sentía bien, entonces me fui, ya había ido muchas veces solo, y me gusta, pero deje de ir por eso, por el choque”

P5E1p234 “trote y camino para calentar, troto, pero eso no tiene contraindicación ¿no?”

P7E1p143 “si subo esta escalera y subo a la terraza llego jadeando”

P7E1p143 “cuando bajo despacio, algunas veces incluso me da vértigo, me daba últimamente”

P1E1p31 “No, yo no he sentido que el Desfibrilador me haya disminuido el actuar, siempre después yo.....yo en ocupaciones como arreglar el jardín, salir a caminar, salir solo”

P5E1p230 “juego billar, tengo un grupo de amigos que tenemos un sitio especial, un club, no juego bolos porque si hay que coger la bola lanzarla, agacharse, pero no.. yo he jugado y pues bien y el billar no tiene ningún esfuerzo, y que más.... pues trotar, bailar, si bailo harto”.

#### ▪ **Aislamiento social**

En esta categoría se identificaron unidades de análisis que reflejan la importancia que tenía para los participantes asistir a grupos que les permitían momentos de esparcimiento, de relacionarse con otros y aprovechamiento de su tiempo libre. Una vez les colocan el DAI, sienten que es mejor no volver a desarrollar este tipo de actividades, porque su experiencia les ha mostrado que “a veces incluso los miran con temor que algo les llegue a suceder con el aparato”, por tal motivo deciden permanecer encerrados en sus casas, algunos de ellos relatan que salen estrictamente cada mes para realizar controles médicos, también manifiestan constantemente estar aburridos e intentan ocuparse en actividades como la

lectura, o a veces hablar con sus amigos, pero después de todo hay un sentimiento de aislamiento y soledad que los hace pensar incluso en tomar decisiones como cambiar su sitio de residencia, para evitar preguntas y preocupación en sus vecinos.

De igual manera en las narrativas se encontraron elementos que señalan que los portadores del DAI, se van acostumbrando a compartir únicamente con su núcleo familiar, los amigos prácticamente dejan de existir y no porque ellos no los tengan en cuenta para sus actividades, sino porque los participantes prefieren no responder las preguntas que se relacionan directamente con su estado de salud, eso los hace sentir incómodos.

Dentro de su experiencia con el aislamiento y la soledad, un aspecto relevante está relacionado con el hecho de las actividades que deben cumplir los hijos con respecto a sus obligaciones laborales, pero tienen la certeza que ante la necesidad de su presencia, ellos acudirán inmediatamente.

Actitudes y comportamientos presentes en los participantes, como el hecho de permanecer en silencio incluso cuando sienten que el DAI va a hacer su descarga de energía, porque han vivido la experiencia, piensan que verbalizar una situación como esa a sus seres queridos o quienes estén en ese momento cerca de ellos, va a preocuparlos, angustiarlos y piensan que no es necesario, que ese problema es solo de ellos y así tienen que vivirlo. Prefieren “no quejarse”, para que no los atiendan, ni les proporcionen cuidado, ya que sienten que son una carga en algunos casos.

Las unidades de análisis que lograron saturar esta categoría fueron 12, se mencionan a continuación.

P3E1p260 “Hacia ese ejercicio de allá, los que programan en el jardín de la tercera edad, me sentía bien, después de que me pusieron esto, ahí si yo no volví” (después de tener el DAI, prefiere quedarse en casa, para que otros no le hagan preguntas, porque eso la hace sentir mal)

P6E1p102 “ahorita he tenido la precaución por eso ya no salgo, sólo salgo cada mes”

P3E1p235 “A veces yo como que me aburro como de pensar, me gusta intentar leer, me gusta hablar con otra persona, pero mejor como que me alejo de todo... me alejo un poquito de ese pensamiento, me gusta entretenerme en algo o hacer algo solo” (evita a las personas, no quiere dar explicaciones todo el tiempo, prefiere refugiarse en la lectura)

P2E1p178 “pueden estar pendientes de uno también, pero ya saben que uno no va a compartir con ellos, las faras, esas fiestas de 1, 2, 3 días rumbeando, todo eso, todo eso cambia y uno se va acostumbrando”

P2E1p192 “hay que tener cuidado, ya uno sabe, ya la gente que está al lado de uno sabe también, lo conocen a uno, entonces pues, se evita al máximo estar con ellos”

P3E1p91 “esa vez dure casi un mes hospitalizada”

P3E1p281 “a mí me gustaría que yo pudiera volver a ir a donde nadie me conoce, donde sea nueva, por qué lo primero que empiezan es a decir que esa vieja no puede hacer nada, eso es lo que yo me imagino”

P6E1p99 “es que eso nos pasa, los hijos trabajando y uno aquí solo”

P6E1p97 “también a veces veo la necesidad de estar acompañada, pero no todas las veces la gente puede”

P7E1p232 “desafortunadamente yo vivo prácticamente con ese estrés, sin embargo yo, pues he tratado de en seguida, callarme, yo muchas veces lo he hecho es no hablar más”

P2E1p100 “Aunque pues yo trato de cuidarme al máximo y como te decía yo no convivo con la enfermedad, yo me quedo solo, si mi señora quiere salir, mis hijos, se van, listo, entonces yo me quedo solo.”

P3E1p199 “y yo porque no me atiendan o porque no estén al cuidado mío, pues no me quejo”.

#### ▪ Imagen corporal

En las narrativas se encontraron elementos que señalan que los portadores del DAI, se sienten incómodos, y les preocupa que algunas personas o sus amigos cercanos, no tengan la precaución al momento de saludarlos y le puedan ocasionar algún desplazamiento accidental al dispositivo. En ocasiones se sienten señalados por otros, sobre todo en el caso de un participante a quien le realizaron el implante antes de los 50 años de edad, prefiere no manifestar la situación con sus allegados y como consecuencia del cambio en su imagen corporal, se aísla de los demás. Para otros se convierte en un “estorbo”, porque “les asienta el pecho”, en cambio otros participantes manifiestan que se les olvida que tienen el aparato, para ellos no hay un cambio significativo en este aspecto.

Dentro de este código se encontraron 4 unidades de análisis con cambios en la imagen corporal expresadas por los participantes.

P2E1p26 “es siempre incomodo saber que tiene uno ese aparato ahí al lado del pecho, que de pronto alguien no sabe, le da a uno una palmadita en el pecho, por cuestiones del juego, cuestiones así”

P2E1p94 “de pronto, van a decir ese muchacho tan joven y con ese implante”

P5E1p275 “prácticamente se me olvida que tengo el aparato, si no es porque me acuerdo de que está ahí”

P6E1p31 “los primeros días se siente muy feo, porque me estorbaba y me asentaba en el pecho”.

#### 4.4.2 Categoría 2. Reconociendo el apoyo

La personas portadoras del DAI expresan que a partir de la implantación del DAI reciben apoyo permanente de sus seres queridos y también reconocieron a un Ser Supremo, así como del equipo de salud. Por otro lado y posterior al implante ellos manifiestan que la fe aumentó, en algunos casos nombran a Dios, al Divino Niño, a la Virgen María, en los

relatos está presente la seguridad y la confianza en un Ser Supremo, quien es para ellos, el que los ha ayudado a sobrellevar esta situación difícil.

#### ▪ **Apoyo social**

El reconocimiento del apoyo expresado por los participantes, se dio en dos aspectos, uno relacionado con la familia, y el otro con equipo de salud.

- **Familia**

Dentro de las narrativas se encontró que el apoyo recibido por personas del núcleo familiar y en algunos casos por sus vecinos y amigos, está representada en el acompañamiento a los controles médicos, y cuando los recursos económicos los permiten les contratan a una persona que se encargue del cuidado de forma permanente. Ellos comprenden que en algunos casos no es posible estar acompañados, lo que les da independencia, pero para otros participantes es absolutamente indispensable la compañía de alguien, porque viven con temor e inseguros frente a una posible descarga, disfrutan la compañía y saben que deben disfrutar cada momento, porque ya han tenido experiencias dolorosas cercanas con la enfermedad y la muerte. Sienten que durante los procesos de hospitalización, sus familiares y amigos están pendientes y preocupados por la recuperación clínica, perciben que este proceso les ha permitido fortalecer los lazos de unión.

A continuación se presentan las unidades de análisis expresadas por los participantes, en el aspecto relacionado con la familia (27 unidades):

P7E1p173 “Mi esposa me dijo que si me acompañaba, pero le dije que no, yo me siento bien, me voy”

P3E1p45 “él que me acompaña pa’ todo lado, el que está conmigo en la citas... el que está con todo porque el resto de familia todos quisieran pero cada uno.... desempeña su.... tienen su familia y desempeñan sus....trabajos”

P3E1p54 “yo me tengo que estar todo el día con él” (el conyugue es su cuidador principal)

P1E1p33 “desde que me lo implantaron siempre he venido con la asistencia de una enfermera, que me ha acompañado ahí....por petición de las hijas que no me quieren dejar andar solo, entonces pues ella viene de lunes a viernes y la enfermera me acompaña a hacer las vueltas que uno normalmente tiene que hacer,”

P1E1p95 “Yo vivo con mis hijas, y una va casi todas las tardes, ella pues vive cerca, ella también va con los nietos.”

P1E1p99 “Pues ellos viven preocupados, porque no puedo permanecer solo y pues ahora que tengo problemas de visión”

P2E1p54 “Pero mientras me tenga en este planeta que me de mi salud, que me de vida, para disfrutarla con los míos”

P2E1p170 “la familia esta con uno, están, más pendientes, están al cuidado de uno también, eso....”

P3E1p116 “no sé qué día el ataque que medio, me había salido pa’ la calle y estaba con un vecino cuando yo sentí una vibración, él fue el que me auxilió porque... el vino y llamo a mis hijos y a todo el mundo llamaron a la ambulancia y vinieron y ya todo eso”

P3E1p195 “ellos estaban conmigo gracias a Dios” (refiriéndose a sus hijos).

P3E1p199 “ellos me llaman dos, tres veces al día, están pendientes no y yo porque no me atiendan o porque no estén al cuidado mío, pues no me quejo”

P3E1p200 “Mi familia es toda consagrada a mí, yo creo que eso me da a mi mucha vida”

P3E1p203 “Como dice mi hijo: tranquila mamá hasta el último día estará conmigo y la gozaré hasta el último momento”

P3E1p204 “yo para ellos soy todo” (refiriéndose que para sus hijos ella lo es todo).

P3E1p206 “yo fui mamá y papá, yo los saqué adelante en todo lo que pude y después ya uno se apega tanto al resto, y eso ya es duro”

P3E1p210 “yo sé que eso es muy duro para ellos” (refiriéndose a sus hijos).

P3E1p244 “Yo nunca me he sentido sola, siempre he tenido el apoyo de mis hijos siempre he compartido con ellos todo, porque para mis hijos y para mí no hay secretos... nada... entonces todo eso también lo amarra uno a ellos”

P3E1p264 “tanto apoyo cuando estuve hospitalizada, cuando me pusieron ese aparato, de todos mis compañeros y compañeras”

P4E1p66 “el apoyo ha sido igual, porque nosotros, la familia mía, es mi señora no más, mis hijos ya son independientes, son personas que no permanecen en el apartamento”

P5E1p109 “llamaron la ambulancia y enseguida llegó una hija”

P5E1p201 “Yo creo que se fortalecen más los lazos, sobre todo que uno se vuelve más consciente de la familia, como más apegados y la familia, mis hijas son más apegadas a mí”

P5E1p204 “pues mis hijas son muy cercanas, igual no viven acá, pero trabajan conmigo”

P5E1p205 “somos muy unidos, si...a donde quiera que vayamos, vamos todos, si, si claro hay una como una conciencia más del afecto, de lo sentimental”

P5E1p261 “pues menos mal que había una gente que me auxilió, me tomaron la tensión hasta que llegaron y allá cuando llegue a la clínica ya no tenía realmente nada”

P6E1p43 “venía una hermana de la iglesia, también venía de Faca y también venía para acá, yo no la conocía a ella, si no que ella si me conocía porque yo no tenía memoria así mucho, y me ayudó a traerme hasta acá”

P6E1p45 “me ayudo el señor xxx creyendo que caminado se me pasaba, pero nada”

P6E1p152 “yo por lo regular, yo aquí estoy sola pero la paso más con ellos, con mis vecinos, y la puerta de mi casa siempre está abierta”

- Equipo de salud

Los participantes expresaron de manera espontánea que viven agradecidos por la labor del personal de la clínica, por el cuidado de las enfermeras, los médicos, no se sienten solos, también expresan que sienten al personal del hospital como salvadores y para una participante que manifestó ser muy nerviosa, es de gran ayuda el hecho que el médico no le informe su situación de salud específicamente porque ella sabe que le puede afectar más su condición: “a mí no me explican muchas cosas de esas... pero ya sé porque es ....es por mis nervios...”

Se presentan las unidades de análisis expresadas por los participantes, relacionadas con apoyo por parte del equipo de salud (7 unidades)

P3E1p330 “yo vivo agradecida con esta clínica”

P3E1p332 “las enfermeras como se familiarizan conmigo, los médicos, todo el mundo, no me siento sola en ningún lado porque me siento como apoyada...”

P5E1p87 “a mí me salvaron porque yo quede al pie del hospital”

P5E1p196 “el médico me dice que no tiene problema tomar, si es bueno el whisky, yo no tomo ningún otro o sea, ninguno otro, por ningún motivo”

P7E1p111 “me vieron tal vez bien, que me dijeron su nuevo control es en 6 meses..”

P3E1p135 “Yo soy supremamente nerviosa y cada día ando peor y la otra doctora me decía: no a usted no se le puede explicar tanta cosa porque en su cabeza le corren mil cosas y después corre un riesgo más alto, porque se puede alterar”

P3E1p132 “a mí no me explican muchas cosas de esas... pero ya sé porque es....es por mis nervios...”.

#### ▪ Aferrándose a la fe: \* Hacia un Ser Supremo

Dentro de las narrativas, producto de la experiencia vivida por los participantes, se encuentra que ellos reconocen el apoyo frente a un Ser Supremo, se aferran a su fe y sus creencias, sienten que están vivos de milagro, constantemente mencionan a Dios y tienen agradecimiento y ofrecen oraciones por darles una oportunidad más de vida, y por soportar las descargas del aparato (DAI).

A continuación se presentan las 30 unidades de análisis relacionadas con el código aferrándose a la fe (hacia un Ser supremo) expresadas por los participantes:

P2E1p151 “Yo pienso en la enfermedad y como te decía al comienzo, pues para evitar uno todos esos contratiempos, estar en manos de mi Dios, en las manos de los galenos y los medicamentos al pie de la letra.”

P7E1p246 “además tengo el apoyo de la familia y Dios proveerá”

P6E1p46 “al llegar aquí me acosté, entonces la señora llamó al pastor de la iglesia, le tengo mucha fe, y me llevaron a la Shaio”

P1E1p44 “El carro de milagro no.....me atropello”

P2E1p8 “gracias a Dios pues siempre cuando, cuando... me dijeron que me iban a implantar eso pues muy preocupado, porque pues uno entra al quirófano...ellos le explican a uno como va a ser el procedimiento, pero pues uno no sabe si vuelve a salir con vida o sin vida”

P2E1p11 “pero a la fecha gracias a Dios y a esas manos que bendice mi Dios todos los días de los galenos y de la Clínica Shaio, me ha ido bien y me he , me he concientizado, que creo que es lo importante”

P2E1p242 “toca estar en manos de mi Dios”

P2E1p20 “gracias a Dios pues logré la pensión, y ahí vamos”

P2E1p48 “le doy muchas gracias a mi Dios porque me tiene con vida, y mi aliciente es mi nietecito y le pido a mi Dios todos los días que me de salud y licencia de poder ver crecer ese nieto”

P3E1p158 “yo me agarro del primero que encuentre, yo me agarro y digo Dios mío! Me va a dar tal cosa”

P3E1p160 “Yo sí creo en Dios, porque Él es el que me tiene viva”

P3E1p168 “el que me opero fue Dios... el que me hizo poner ese aparato, porque de un minuto pa’ otro no había esperanzas”

P3E1p237 “pido mucho a Dios que me aleje de eso, yo le pido tanto a Dios que me aleje...”

P3E1p331 “Gracias a Dios y a toda la gente que me ha brindado tanto apoyo”

P3E1p350 “tal vez mi Dios me deje otros días con otra misión de servirle”

P4E1p8 “superviví de milagro”

P4E1p40 “nadie supervive más de 6 disparos de esos, yo superviví 42 que fue un milagro de Dios!”

P4E1p97 “lo primero que hay que hacer en la vida es tener fe, si un hombre no cree en Dios no es una persona humana”

P4E1p99 “uno tiene que ser un hombre de mucha fe, para tener disciplina hay que tener mucha fe, si uno no cree en nada entonces no creería en los científicos”

P4E1p104 “el que no tenga fe, no pida que le pongan aparato porque sin aparato y con aparato va a sufrir”

P4E1p107 “Lo importante aquí es tener fe en Dios, en un ser supremo”

P5E1p93 “que pienso es que darle gracias a Dios porque me salvo”

P5E1p93 “los exámenes que me hacen continuamente no arrojan nada grave, gracias a Dios”

P6E1p119 “la fe en Dios ayuda bastante, mucho, un cien por ciento, por esa es que también me he mejorado, por la fe en Dios”

P7e1p5 “en primer lugar gracias a mi Diosito lindo”

P7e1p37 “he sido muy devoto a mi Divino Niño, primero que todo a la Virgen del Carmen porque alma bendita de mi mamá, me comentaba que muy chiquito no sé qué enfermedad tuve yo, pero muy pequeñito ella me regalo la Virgen del Carmen”

P7E1p134 “a toda hora así sea un Padre Nuestro le rezo a mis santos que me ayuden con este corazón, porque yo ya no soporto... si se sigue bajando su trabajo...”

P7E1p154 “ahí mismo yo empiezo a orar mentalmente y que me ayude, que me ayude y a dejarme lo más libre que pueda”

P7E1p193 “yo estaba así puro de frente, no caí de frente porque la Virgencita o el Divino Niño me hizo para un lado y caí así de lado”

P7E1p231 “yo vuelvo y digo Virgencita linda ayúdeme”.

#### **4.4.3 Categoría 3. Promoviendo la adaptación y el afrontamiento a su nueva condición de salud**

Los participantes de este estudio manifiestan que después de vivir un año con DAI, han logrado la adaptación a su nueva condición de salud, de manera progresiva, identifican problemas con el funcionamiento del dispositivo, tienen confianza y seguridad frente a la tecnología y han llegado a afrontar su nueva condición de salud.

- **Identificación de problemas con el dispositivo**

Las narrativas describen que los participantes poseen conocimiento de los cuidados y precauciones que deben tener con el DAI, ellos detectan y conocen fallas en el dispositivo y lo consultan con su médico tratante o con la enfermera del servicio de arritmias, saben que el aparato puede tener daños cuando se expone a impactos fuertes, zonas en donde se genera algún tipo de corriente eléctrica o sitios en donde haya detectores de metales, los cuales evitan. Igualmente restringen contactos que generen alto impacto, que puedan

desplazar los electrodos o alterar el funcionamiento del DAI, de acuerdo a las posibilidades, algunas veces lo expresan a las personas con quienes interactúan.

Las unidades de análisis obtenidas, relacionadas con la identificación de problemas con el dispositivo expresadas por los participantes fueron 10 en total.

P4E1p32 “hay que controlar el uso del aparato, porque pues es un aparato que es delicado, no meterse uno a corrientes eléctricas fuertes, ni entrarse a niveles de cortocircuito con diversas corrientes”

P4E1p30 “hay que saberlo utilizar, en cierto modo, no hacer esfuerzos extremos”

P2E1p87 “de pronto inconscientemente me puse el inalámbrico sobre el pecho, sobre la parte donde va el implante y las ondas del inalámbrico hicieron molestar, porque lo que le recomiendan a uno siempre es eso, ni celular a la izquierda, ni inalámbrico, ni detectores de metales en aeropuertos”

P4E1p5 “al principio, pues tuvimos un problema de arritmias severas, 42 arritmias hacia el mes de febrero del año 2012, por que el aparato estaba graduado tal vez muy bajito..”

P4E1p7 “Pues se disparaba con mucha fuerza y al menor esfuerzo no?”

P4E1p21 “tiene que tenerse mucho cuidado en graduarle a los pacientes eh... el periodo, el lapso, dijéramos el cálculo de frecuencia en que debe disparar”

P4E1p22 “si el corazón tiene una frecuencia muy bajita se dispara muy fuerte, si esta alta el aparato la asimila con más facilidad no?, pero de lo contrario se dispara como el que está disparando una pistola 9 mm a menos de un metro no?”

P4E1p80 “si se mete uno ya a extremos como las sirenas de una ambulancia o de una alarma bancaria, pues naturalmente el aparato va a sufrir y uno mismo también siente inmediatamente que debe alejarse de ese sitio, todo ruido y toda descarga de gran potencia del sistema eléctrico sobre todo debe uno esquivarla”

P2E1p197 “la gente piensa: no es que imagínese que usted convive con la enfermedad, no es que yo conviva, sino que a la gente hay que hacerla sabedora porque como le explicaba, de pronto una chanza, una palmada al pecho, un juego de manos, pues puede ocasionar algún problema al aparato”

P7E1p97 “había un médico chiquito, el gritaba...que un imán, que un imán que para parar el aparato, menos mal que no había, porque me hubiera hecho mucho mal...”.

#### ▪ **Confianza y seguridad en la tecnología**

La confianza y seguridad que les ofrece el DAI, es narrada por los participantes en expresiones que reflejan que el dispositivo es de gran ayuda, creen en los médicos: “el médico me dijo que eso era normal, pues para eso es el aparato y que en cualquier momento podía pasar eso (la descarga), pues tenía que continuar normal, caminando, haciendo las cosas, porque el hecho de estarme quieto no... no garantizaba que no fueran a dar un choque”. La seguridad en el dispositivo hace que en algunos casos haya

disposición para retomar su actividad física, algunos comienzan a desplazarse solos, continúan ejerciendo su profesión, y son conscientes que las primeras cuatro semanas tienen restricciones para conducir vehículos, levantar objetos pesados y realizar actividades que demanden grandes esfuerzos físicos, un aspecto significativo es la confianza que tienen en el momento que pueden retomar actividades de la vida diaria, incluso manifiestan que algunas veces no recuerdan que tienen el aparato, pueden dormir tranquilos.

La experiencia para ellos es saber que se sienten protegidos: “me ha dicho el doctor que eso es lo que me salva a mí la vida y sino que yo ya tiempos....tiempos hubiera muerto de una arritmia”. Inclusive el hecho de recibir las descargas les da la seguridad de saber que el aparato les está funcionando bien: “por lo menos ya probamos de que el mío esta bueno”, o expresiones como: “después esto, (refiriéndose al DAI) llegó muy a tiempo, ya le digo me ha favorecido, cada descarga ha sido un favorecimiento”.

En relación con este código de clasificación, se encontraron 46 unidades de análisis expresadas por los participantes:

P7E1p148 “para mi ese aparato ha sido una ayuda, primero de la mano del doctor y su consentimiento de él mismo y yo le obedecí y fui tan de suerte, di con un cirujano muy activo en ese momento y me colaboro también para instalármelo”

P6E1p111 “no me molesta, ya puedo respirar bien, como antes no podía respirar”

P4E1p107 “se debe creer en las personas que lo están asistiendo científicamente”

P5E1p98 “yo a las 6 de la mañana yo ya estoy lejos, pues en la oficina, yo ya me acostumbre a caminar”

P5E1p237 “yo por lo contrario hago todo lo normal y aparte el médico me dijo: haga su vida normal”

P5E1p133 “el médico me dijo que eso era normal, pues para eso es el aparato y que en cualquier momento podía pasar eso, pues tenía que continuar normal, caminando, haciendo las cosas, porque el hecho de estarme quieto no... no garantizaba que no fueran a dar un choque”

P4E1p57 “ya estoy saliendo solo, no tengo la necesidad de lazarillo”

P4E1p116 “Sigo ejerciendo mi profesión, usted ve que sigo al frente de mis negocios, al frente de la actividad y trabajo 10, 12, 14, hasta 18 horas diarias”

P1E1p5 “me ha funcionado bien, no me quejo de ningún dolor en el sitio de la implantación”

P1E1p79 “si yo soy tranquilo, a veces ni me acuerdo que tengo el aparato”

P2E1p13 “y...sé que tengo ese aparato, pues.....al comienzo siempre fue difícil acostumbrarme a él”

P2E1p118 “cuando yo infarte las dosis mía de medicamentos eran 17 pastillas diarias y de las cuales las he bajado a la fecha estoy en un promedio de 7 pastillas”

P2E1p215 “entonces en una ocasión, pues ya aquí uno en la casa encerrado, dije, bueno yo tengo que mirar a ver que me pongo a hacer, fui a donde el cardiólogo y le dije mire doctor eh yo puedo volver a manejar?”

P2E1p220 “Entonces pues después volví a manejar, ya cuando lo del implante pues ya hay restricciones, pero....pero bien”

P1E1p27 “de resto....pues no he tenido otros problemas....y decirle ya llevo casi.....voy a completar 6 años con ese implante.”

P1E1p26 “y si no hubiera sido por eso....no estaría aquí contando mi historia”

P1E1p81 “No, yo por eso no me preocupe porque yo sabía que tenía confianza en mi médico, en mi cardiólogo, en las medicinas que él siempre me ha dado”

P2E1p52 “yo no vivo pensando en que por ahí en una esquina me voy a caer y quede....no yo no!”

P2E1p71 “me dice electrofisiología que así como va, está trabajando bien la pila, los electrodos, todo, un promedio de 5 años más todavía funcionando bien el aparato”

P2E1p105 “que sé que voy a dormir una noche, o dos noches, duermo solo, tranquilo sin ningún problema.”

P1E1p71 “Si solamente una vez que se disparó, pues realmente en electrofisiología, pues a uno lo salvo eso, de un paro cardíaco”

P2E1p238 “lo que si me llevo en la mente es que hoy en día el que se deja morir, se muere es por descuido, porque la ciencia ha avanzado mucho”

P2E1p5 “me lo implantaron el 6 de noviembre del 2009 en la Clínica Shaio, eso con el fin de evitar una.....la muerte súbita”

P3E1p35 “de todas maneras está uno protegido por que como dice, me ha dicho el doctor que eso es lo que me salva a mí la vida y sino que yo ya tiempos....tiempos hubiera muerto de una arritmia de las que me dan a mí porque yo tengo las dos clases de arritmias más bravas”

P4E1p10 “la duración de este aparato está calculada más o menos entre 5 y 7 años, y ya lleva el 50 % consumido en menos de año y medio, lo que quiere decir que ha tenido mucho que hacer”

P4E1p12 “ha favorecido mucho a mi organismo, porque puede haber habido cualquier cantidad de arritmias pero las ha asimilado y las ha sabido controlar”

P4E1p13 “es un aparato sumamente maravilloso y bueno, es de las cosas modernas que uno queda muy satisfecho que tiene que contarle a toda la gente, de que de verdad es un aparato científico que ayuda mucho a la vida normal de los pacientes que tenemos esta enfermedad”

P4E1p28 “la parte principal de esto es como al que le dan una muleta para caminar, si todos los días va a tener el complejo de que no puede caminar sin la muleta, pues va a terminar toda la vida inválido, pero si hace el esfuerzo de caminar solo, la muleta simplemente es un coadyuvante, lo mismo que este aparato”

P4E1p79 “es tan perfecto el aparato que no interfiere ni molesta el organismo por el uso de un celular o por pasar cerca de una máquina que esté funcionando electrónica”

P4E1p85 “la gente lo único que debe aceptar es que le implanten su aparato, porque hay gente que le tiene mucho miedo, que dice que va a quedar inválida, que va a quedar dependiendo, que eso va a ser terrible”

P5E1p95 “me dieron un mes más de incapacidad, me vine para acá pero a los 4 o 5 días empecé a ir a la oficina, claro que me llevaban”

P5E1p169 “pero yo después aclare que al corazón no le pasaba nada si el aparato se descargaba o se desprogramaba”

P5E1p170 “Pueden pasar 2 cosas, o se acaban las pilas, o se desprograma, entonces dije: ah ya, el problema es que lo calibren y que lo carguen, o sea volver a poner la pila”

P5E1p245 “solo sé que pues que el aparato me sacó en tres oportunidades y me provee de lo que es bueno”

P5E1p246 “por lo menos ya probamos de que el mío esta bueno” (refiriéndose al funcionamiento del DAI)

P5E1p252 “sabía que tenía un aparato para evitar un ataque, para sacarme...y cuando fuera necesario se disparaba, eso sabía y aparte yo leí bien la literatura y me metí a internet a consultar”

P5E1p267 “me colocaron el desfibrilador como tratamiento, eso fue lo que me explicaron, es para que lo ayude, y el medicamento le ayuda al aparato”

P6E1p66 “como a los 6 meses u 8 meses ya se me normalizó” (refiriéndose a que al comienzo tuvo problemas por la mala programación del DAI).

P6E1p92 “a veces salgo sola, ya no me da tanta desconfianza”

P6E1p165 “también veo que la hinchazón de las piernas nunca más, desde que tengo el aparato nunca más!”

P7E1p108 “luego seguí normal con los medicamentos, el cardio me lo reprogramaron, le pusieron nuevamente su carga y todo perfecto”

P7E1p145 “después esto (refiriéndose al DAI) llegó muy a tiempo, ya le digo me ha favorecido, cada descarga ha sido un favorecimiento...”

P7E1p162 “por lo menos las tres descargas que me dieron el 10 de julio que fue un miércoles, yo esa semana, el final de esa semana y esos tres días súper alentado

manejando carro, me atreví a salirme dé aquí de la casa solo e irme a la autopista norte con 104”

P7E1p166 “salí de la casa solo con Dios y la Virgen, para variar e incluso con el carro, me salía solo manejando”

P6E1p61 “eso se le olvida a uno los cuidados, y cuando se acuerda es cuando uno siente eso”

P5E1p242 “nadando no hago mucho esfuerzo, no hago muchos movimientos bruscos, es lo único que le tengo temor, a hacer movimientos bruscos, por el temor que se desplace, pero de resto yo hago todo normal”.

#### ▪ Adherencia

Los participantes señalan que su condición les permite tomar decisiones importantes para el cuidado de su salud, basados en el conocimiento de su situación clínica. Son conscientes de la necesidad de recibir el tratamiento farmacológico, asumen responsablemente y con disciplina los controles médicos programados para la revisión del DAI, cumplen las indicaciones y recomendaciones proporcionadas por los profesionales que los cuidan.

Las unidades de análisis obtenidas en este estudio que se relacionaron con la adherencia, expresadas por los participantes fueron 7 en total:

P4E1p74 “con los medicamentos que estoy tomando, y los controles en que me tienen, no tiene uno porque ir a abusar del organismo haciendo ejercicio y haciendo cosas que no debe hacer”

P7E1p226 “con los medicamentos últimamente estoy tratando de hacerlo más juicioso”

P3E1p122 “yo tengo mucha dedicación, mucha dedicación para tomarme mi droga como me la mandan, que no digan que es descuido”

P3E1p124 “yo trato de hacer al máximo lo que me han advertido y todo...” (refiriéndose al seguimiento de las indicaciones y recomendaciones posterior al implante del DAI).

P1E1p85 “Si yo vengo al control cada 3 meses, 3 veces al año”

P4E1p91 “ser disciplinado en lo que ordenan los médicos y el trato que se le debe dar al aparato, el cuidado, más su alimentación su dieta y listos, se vive normalmente”

P4E1p93 “lo único que se tiene es voluntad de vivir y disciplina no más y el aparato hace el resto”.

#### 4.4.4 Categoría 4. Definiendo su cuidado

Los participantes de esta investigación manifiestan que a partir del implante del DAI, han tenido diferentes experiencias en su vida, algunas de ellas positivas y otras negativas.

Han tenido cambios significativos en su vida que no esperaban; pero con el paso del tiempo aprenden a aceptarlos, lo cual les permite promover el cuidado de su salud.

#### ▪ Experiencia

Para describir este código, se encontró que la experiencia vivida por los participantes se manifiesta en dos direcciones, una de manera positiva, en donde aceptan el DAI, se adaptan y comprenden su nueva condición. Otra forma de vivir la experiencia es negativa y la relacionan con el sufrimiento que les genera cada descarga y haber aceptado desde un comienzo la cirugía para el implante.

Para algunos se fortalecen las relaciones familiares, les cambia la vida para bien, manifiestan que el DAI les da la oportunidad de: “vivir mucho tiempo y llevar una vida sana y tranquila”, “es una oportunidad nueva que le da la vida a uno”, pero eso debe ir acompañado de disciplina en la toma de medicamentos y la asistencia a los controles médicos.

Para otros el sufrimiento ha sido predominante, pero manifiestan que finalmente terminan adaptándose, porque el DAI les salvó la vida, aunque hubieran preferido no haber aceptado ese tratamiento nunca, hubieran preferido la muerte, lo expresan así: “le digo que si yo hubiera sabido que esto me iba a dar esas descargas yo no me dejo poner eso”, “No, es que las descargas son mortales!, estas personas prefieren en algunas ocasiones asumir las descargas en silencio y quedarse calladas hasta que su cuidador advierte la situación.

En relación con la experiencia vivida por los participantes, se obtuvieron 33 unidades de análisis en total:

P4E1p27 “Yo he sido un hombre que no he tenido que depender exactamente pensando en un aparato”

P6E1p124 “la relación con las personas mejora, porque la gente... a ver toda la experiencia que he vivido, tanto uno como ellos nos apegamos, hay una comunión más íntima, más cercana, una relación más cercana”

P3E1p157 “No... yo no digo nada.. él (se refiere su compañero) es peor de alterado que yo cuando ve que me da una cosa de esas”

P3E1p125 “... sí se sufre mucho, pero a la hora de la verdad después de un golpe de estos que le dan a uno cada rato sin tener ese aparato pues uno....sí se adapta”

P3E1p170 “le digo que si yo hubiera sabido que esto me iba a dar esas descargas yo no me dejo poner eso”

P4E1p5 “la experiencia ha sido muy buena” (refiriéndose a la etapa posterior al implante del DAI)

P4E1p36 “Naturalmente tiene que cambiar la vida, porque uno tiene que cuidar las dos cosas, la superación del trauma que tiene y el aparato para que ayude al trauma que uno vive”

P4E1p87 “esto es para vivir mucho tiempo y llevar una vida sana y tranquila”

P4E1p90 “Lo primero que tiene que hacer una persona es aceptar que está enferma, lo segundo que se debe curar, y lo tercero tener muchas ganas de vivir y lo cuarto ser disciplinado”

P5E1p174 “ya me concientice y me acostumbre y ahí vivo bien como... como concientizado, y aparte como los exámenes que me hacen continuamente no arrojan nada grave”

P5E1p209 “uno se concientiza más, como que es más buena gente, claro que no es que haya sido mala gente”

P2E1p149 “Si, claro, si no va a decir uno de que .....que yo no pienso en la enfermedad, sí”

P5E1p264 “Yo estaba tomando medicamentos para la arritmia, beta bloqueadores que actúan en el corazón para tenerlo en un trabajo más lento, mi frecuencia yo la mantengo muy baja, de 60 a 70, y la tensión está entre 110 y 70 por ahí”

P6E1p127 “el aparato ha cambiado mi vida hacia lo positivo, positivo mucho, mucho, si, señora cien por ciento”

P7E1p63 “a los 7 días fue la primera descarga, mejor dicho por eso yo vivo agradecido del doctor, mejor dicho como si él hubiera sabido!”

P5E1p209 “es una oportunidad nueva que le da la vida a uno”

P3E1p173 “No, es que las descargas son mortales!”

P3E1p175 “¿Yo no sé qué me hubieran dicho o que hubiera preferido?”

P3E1p177 “él no me dijo que le van a dar unas descargas así, no...él no me advirtió.

P3E1p183 “eso ahí en ese aparato sale que más pasa, marca todo, lo graba, me dijeron que era una descarga mortal lo que me había dado”

P3E1p186 “pero fue muy mortal, son mortales y la última descarga que yo he sentido... la que me dio, fue mortal, primero me dio una descarga y como al momentico me dio otra, luego yo sentí que como que no alcanzó a disparar”

P3E1p221 “A veces me quedo callada, y me agacho, porque uno pa’ que...”

P3E1p337 “esa experiencia ha sido mortal para mí, digo que fue mortal”

P5E1p71 “a mí me gustaría saber qué fue lo que me pasó”

P5E1p104 “yo estaba caminando en el segundo piso del parqueadero, estaba atravesando el parqueadero del segundo piso dando la vuelta a Unicentro y pum medio el choque, se disparó el aparato”

P5E1p117 “ahí fue que reaccione que tenía el cardiodesfibrilador y que fue eso, ya caí en cuenta que era eso y entonces me quede quieto”

P7E1p54 “la primera descarga de mi vida, la tuve en el baño a las 6:00, 6:30 de la mañana, me levante a bañarme, porque tenía que ir precisamente al Seguro a cumplir una cita”

P7E1p68 “nunca, nunca, me imaginé que esa descarga iba a hacer de esa manera!!”

P7E1p102 “cuando yo dije: me va a....., no alcance a decir me va a dar. Ahí todas las personas se desaparecieron, Virgen Santísima, se asustaron como cuando usted pasa por un parque donde hay todas esas palomitas y alzan vuelo para los lados y así hizo la gente”

P7E1p131 “la capacidad de mi corazón era una, hoy en día es otra, la capacidad en el momento en que me instalan el dispositivo creo no estoy seguro, me tendría que poner a leer mi historia....estaba en 20% y pico o 30% si más o menos, hoy en día estoy en 15% no más”

P1E1p24 “si, si era cierto que se trataba de...que no se trataba de un tábano sino del desfibrilador, el desfibrilador se había disparado por que el corazón en ese momento probablemente.....dejo de funcionar miles de milésimas de segundo”

P3E1p5 “es una experiencia muy dura.....muy dura porque he tenido muchos.....muchos contrastes diría yo, me han pasado muchas descargas, muchas cosas”

P7E1p105 “fueron dos descargas en un lapso de un cuarto de hora, eso fue entre 9 y 10 de la mañana. Después de esas tres, ya demore hartoo tiempo... más de dos años”.

#### ▪ Toma de decisiones frente al cuidado

Para describir este código se tiene en cuenta que en las narrativas aportadas por los participantes, ellos manifiestan que tienen como prioridad las recomendaciones dadas por el equipo de salud relacionada con el cuidado del DAI, la toma de medicamentos, los controles periódicos, y modificaciones en los estilos de vida. Para ellos es importante el reconocimiento de parte del equipo cuando los felicitan, por los avances en el cuidado de su salud, como es el caso de esta vivencia expresada por uno de ellos: “los médicos que me felicitan porque me cuido, porque estoy atento a mis controles, mis exámenes de laboratorio”, y también saben que de las decisiones que cada uno tome, depende el cuidado de su salud y el funcionamiento del DAI: “como soy portador de un cardiodesfibrilador, tengo que estar pendiente de ir a las citas, que cuando se dispare tengo que ir a la clínica, que tengo que tomar todas las cosas, que no puedo faltar a los controles”. Por otra parte asumen conductas y toman decisiones frente a estilos de vida saludable, investigan y están en constante actualización con temas relacionados con el dispositivo, y para la toma de decisiones frente a su salud, es importante resaltar el apoyo familiar.

Se obtuvieron 8 unidades de análisis relacionadas con este código de clasificación:

P6E1p56 “que tenía que tener cuidado con los aparatos, al pasar por los sensores y los aparatos eléctricos debajo de torres, los contadores, todo eso me dijo y todo eso hago”

P2E1p120 “los médicos que me felicitan porque me cuido, porque estoy atento a mis controles, mis exámenes de laboratorio”

P5E1p146 “Me dijeron usted tenía que haberse venido ahí mismo, usted sabe que tiene que venirse, tiene que quedarse un momento quieto, pero tiene que venirse, me pegaron un regaño ni el tenaz”

P5E1p150 “me quede en la casa por obedecer a ella, la señora me dijo que no, pues fuimos irresponsables!”

P5E1p155 “como soy portador de un cardiodesfibrilador, tengo que estar pendiente de ir a las citas, que cuando se dispare tengo que ir a la clínica, que tengo que tomar todas las cosas, que no puedo faltar a los controles, pero como el caso mío no es que yo tenga problemas de venas, ni de arterias, ni de hipertensión, nada de eso, si no que la causa de mi enfermedad no fue identificada”

P5E1p188 “lo que si fue, es que me volvió más juicioso, en cuanto a comer, en cuidarme en la alimentación, no volví a fumar”

P5E1p255 “las cosas relativas al aparato o al corazón yo me meto e investigo e investigo voy más y más, y me ilustré muy bien que hay que tener cuidado y estar consciente de que se puede disparar y que no es del otro mundo pues...”

P5E1p279 “yo si soy muy disciplinado, yo soy muy consciente, como muy tranquilo, realista, pero hay que cuidarse nada más y como tradicionalmente me pude dar de cuenta que la alimentación, no grasas, carnes rojas fuera, entonces empecé a comer pescado, pollo o mariscos”.

#### **4.4.5 Categoría 5. Viviendo en la incertidumbre**

Para llegar a la construcción de esta categoría, se tuvieron en cuenta cinco códigos inductivos basados en las narrativas a partir de la experiencia de los participantes de vivir con un DAI, estos fueron: síntomas frente a las descargas, miedo, preocupación, sufrimiento y temor a la muerte.

Se describe que la experiencia de las personas que son portadoras del DAI, inicia desde el momento del diagnóstico de la enfermedad coronaria, una vez es implantado el DAI, los relatos de los participantes evidencian que esta es una vivencia particular, irrepetible, ambivalente y en algunos casos no es posible describirla.

- **Síntomas frente a las descargas**

Los síntomas frente a las descargas son descritos de manera heterogénea y compleja, en sus narrativas los participantes manifiestan diversos síntomas (referencia subjetiva, indicio

de algo que está sucediendo o va a suceder)<sup>233</sup>, expresan que sienten debilidad muscular en la piernas, descargas eléctricas, vibraciones, que se les tensiona el cuerpo, ven luces, caen al suelo, como si se viniera un rayo sobre ellos, o como si pasara un carro por encima, escalofríos, malestar, sudor exagerado, desvanecimiento, pérdida de apetito, náuseas, vómito, se elevan de la cama, sienten que “explotan”, pasan corriente, pierden el sentido, que: “el pecho se le levanta y los intestinos quedan pegados contra el techo donde uno esta acostado”, “el cuerpo se levanta 15 cm de la violencia del impacto”, también refieren mucho dolor.

Con respecto a este código se obtuvieron 54 unidades de análisis, que se mencionan a continuación:

P1E1p16 “que se me iban las luces... veía las luces amarillas y con debilidad muscular en la piernas”

P1E1p17 “sentí una descarga fuerte eléctrica similar a la de un tábano, que se utiliza para mover animales cuando no quieren andar, eso fue muy fuerte y yo pensé que era que había una cuerda del semáforo por ahí”

P2E1p67 “fue la vibración, como cuando vibra un celular, entonces pues arranco para la clínica, llego por urgencias, me toman mis exámenes, electro, todo y me dejaron hospitalizado”

P3E1p13 “siento que todo como que me tensiona, me mueve, veo que se aclara todo como si se viniera un rayo sobre mí y pum después ya quedo que como si me pasara un carro por encima si ...”

P3E1p16 “Agotada físicamente. Meda mucho escalofríos, mucho malestar....después de eso es cosa seria”

P3E1p20 “con un desespero como el que le da a uno, quisiera más bien no tener nada, pues que se muriera..... porque es muy duro. Ya no hay tranquilidad, porque yo por lo menos no tengo tranquilidad después de todo lo que me ha pasado... no tengo tranquilidad”

P3E1p57 “tan mala que a mí me daban esas arritmias y me daba un malestar, una sudadera espantosa una tembladera que yo no podía, me sentía muy mal”

P3E1p65 “Pues que me daban esos patatuses pero yo no sabía que era”

P3E1p67 “Porque siempre que me daba una arritmia me daban esas cosas, un desvanecimiento”

P3E1p69 “Claro que unas más fuertes y otras más suaves, pero me daba eso”

---

<sup>233</sup> REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Definición de “síntomas”. [en línea]. 2013. Disponible en internet: <<http://lema.rae.es/drae/?val=sintomas>>. [consultado en 22 de junio de 2014]

P3E1p70 “me recosté y ya no pude almorzar porque a mí como que se me va el apetito, me dan ganas de vomitar”

P3E1p73 “estaba lavada, lavada en sudor”

P3E1p82 “pero yo lo único que sentía era maluca, maluca, maluca”

P3E1p179 “cuando me dio la primera descarga volé tres veces de la cama arriba, cuando me llevaron ya a la clínica no me podían tocar porque tenía corriente”

P3E1p194 “primera me levantó de la cama dicen mis hijos que eso fue pum, me levantó”

P3E1p195 “ellos me iban a coger y dizque la corriente los cogía y ellos también pues se asustaron mucho, que pensaron quien sabe, que se había descuadrado ese aparato”

P3E1p213 “yo creo que nadie tiene la imaginación, porque nunca lo han sentido, lo terrible que es, decirme que yo con solo pensar en que siento ese corrientazo que me da la arritmia y pienso que me vaya a dar algo tan duro”

P3E1p217 “Quieta, yo me quedo quieta”

P3E1p219 “Quieta me quedo como...yo miro a todo lado y me quedo como estática quieta, quieta solamente miro abajo”

P3E1p223 “Para que asustarlos... ya cuando exploto, pues eso yo si pego el grito y ahí si alguien me coge ah....y le paso corriente...”

P3E1p228 “que yo diga que no sé qué más me hicieron, o no me acuerdo de lo que paso, eso no!”

P4E1p17 “el pecho se le levanta y los intestinos quedan pegados contra el techo donde uno esta acostado”

P4E1p18 “del colchón hacia arriba, el cuerpo se levanta 15 cm de la violencia del impacto”

P5E1p12 “en el taxi me dio la maluquera, mejor dicho caí”

P5E1p20 “pues yo me fui de cara contra el asiento y ahí quedé”

P5E1p105 “yo no sé qué me paso, vi luces, vi relámpagos y pum me tiro al suelo y yo como no captaba lo que pasaba y me fui a parar y entonces tome otra vez!, entonces me acorde del cardiodesfibrilador, y entonces ya me quede ahí porque ese era el instructivo que es quedarse quieto”

P5E1p110 “imagínese el susto tan tenaz, pero realmente fue el susto porque yo no quedé inconsciente de nada”

P5E1p111 “la cuestión era no pararme y no me pare y después de que reaccione, porque después del totazo yo no sabía qué pasaba”

P5E1p114 “pensé que era un problema eléctrico, pero pensé era que me había cogido, como yo sentí el totazo, me pregunte si ¿sería que pise un cable?”

P5E1p141 “yo estaba haciendo ejercicio, inclusive estaba era bailando y haciendo aeróbicos, entonces, como a las 9 de la noche tal vez me dio el tramacazo otra vez, entonces la señora estaba conmigo, me dijo pues recuéstese, y no nos vamos para la clínica y dijo no pues espérese un momentico y yo me quedé dormido, y dentro de lo dormido yo sentía unos golpecitos”

P5E1p258 “sabía que era un golpe duro, que lo podía tumbar y sí es verdad, yo ya estaba prevenido y pensé que era más fuerte”

P5E1p260 “cuando me da duro, yo como que me voy a caer, y lo que le da a uno... uno se asusta mucho... mucho porque uno piensa que y lo más que me dio dos veces, yo dije “estoy gravísimo”

P6E1p13 “sentía mucho, mucho dolor” (refiriéndose al síntoma posterior a la descarga del DAI)

P6E1p38 “cuando la buseta se sacudió hartó, se sacudió bien duro, sentí que se me desconecto eso, yo no podía ni que me hablaran, ni llegar a hablar, ni tocar nada, ni que me tocaran porque unos corrientazos que me pasaban pero horrible, eran muy feos esos corrientazos”

P6E1p40 “yo pegué un grito y era todo el mundo a ponerme las manos, todo el mundo me ponía manos, y yo no podía aguantar que me tocaran”

P6E1p43 “era pura corriente sí” (refiriéndose al síntoma posterior a la descarga del DAI).

P6E1p49 “mucho dolor, ya como pasó, como después de los seis meses a ocho meses algo así ya me fue pasando, cuando pasaba por los aparatos eléctricos inmediatamente se sentía la corriente”

P6E1p63 “se siente unos corrientazos, por ejemplo cuando uno se quita la ropa que uno siente chispas y así me daba ira, mucha rabia, porque sentía cada nada esos corrientazos así, como que chirreaba”

P6E1p112 “antiguamente aquí en el corazón, donde está el aparato, yo tocaba a alguien y yo empujaba a esa persona, pero por el golpe del choque”

P7E1p58 “le iba a poner crema al cepillo, cuando pum y una llamaradas de candela, el cepillo salió para allá y el grito tan salvaje, porque el grito fue impresionante”

P7E1p59 “Si uno está sentado lo levanta; ella estaba por allá en la cocina y llego ahí toda aterrada, yo ya estaba contra la pared aquí a este lado al respaldo de esta pared, pero está bien? yo si si ya estoy bien, le dije”

P7E1p71 “me han dicho que es peor que la patada de un burro, y como la patada de un burro es la que me ha dado todas las veces...es que la última descarga, que fue en la Shaio fue de 150 voltios, yo temblaba, pero al mismo tiempo como no sé. No sufrí ningún golpe, ni nada, me pego la descarga y en si yo quedé todo trémulo, todo asustado”

P7E1p76 “yo siempre he visto eso.... esa candela, la llamarada sale de aquí (tocándose el pecho), si yo paro así pero temblando, y en sí desaparece”

P7E1p79 “Si esos corrientazos los siento muy tremendos” (refiriéndose al síntoma posterior a la descarga del DAI).

P7E1p80 “como dicen cuando uno está mal parado, mal de zapatos que lo coge la humedad y uno está tocando el carro a la vez , esa descarga de corriente de un carro de la bujía eso es salvaje... y bueno esa fue la primera, estuve allá, y en la segunda ocasión tres descargas”

P7E1p84 “yo estaba listo a comer y otro totazo allá, ya era la segunda, luego estábamos en una silla esperando que nos vacunaran en la sala de espera de la clínica y allá recibí otro totazo”

P7E1p90 “en el de ahorita últimamente tuve pérdida de consciencia” (refiriéndose al síntoma posterior a la descarga del DAI).

P7E1p93 “estando yo ahí sentado y tranquilo, cuando yo no sé, sentí como corriente, entonces yo volteé a mirar así, allá atrás ella y ella se vino rápido, yo tenía el celular aquí, le dije quíteme esta cosa, yo no le dije celular, dije quíteme esa cosa, que como que me va a dar otra vez, ella que me quita el celular y la descarga que me paro, me levantó el grito que yo pegue creo que retumbo tal vez en toda la clínica”

P7E1p154 “cuando se va a disparar, es como un hormigueamiento”

P7E1p158 “muchas veces no entendía porque me sentía acalorado, me mojaba las manos y cogía con la manos y fisiónelas y así busque la forma de desconectar ese hormigueamiento y que me quitara el sueño porque después de todo me da un sueño tremendo”

P7E1p185 “de pronto sentí una cosa, pero como cuando recibe uno, cuando hay un horno prendido y se viene no la llamarada si no el vapor, como caliente, pero yo lo sentí como corriente, corriente... todo esto así (en el pecho)”

P7E1p187 “intente ir a cogerme, yo estaba retirado unos pasos, cuando llegue yo ahí yo que cojo mi brazo para irme a abrazar, y llega la descarga, yo lo que hice fue pegar el grito, no se cojan de ese riel, que tiene corriente, yo que estoy diciendo que tiene corriente cuando pum, me dio la de verdad, la primera y me tiro por allá”

P1E1p43 “pues afortunadamente no me caí ahí porque sentí que perdía fuerza, y no veía bien y me asusté mucho claro”

P7E1p152 “a veces me malaqueo así, tengo unos bajones, siento un calor como si fuera fiebre interna”.

▪ **Miedo**

Los participantes manifiestan que esta experiencia les ha llevado a sentir miedo, sobre todo cuando evocan los momentos en que se han producido las descargas, quisieran salir a caminar, pero lo evitan. Saben que al comienzo del implante, algún movimiento brusco o exagerado, podía generar como consecuencia una descarga y en ocasiones, a pesar del tiempo no lo superan. Tienen miedo de estar solos, prefieren estar acompañados de sus familiares o de su cuidador, los recuerdos de las hospitalizaciones o el paso por las clínicas también les llega a afectar su estado emocional.

La construcción de este código, se dio a partir de la obtención de 17 unidades de análisis:

P7E1p171 “ahorita llego el momento que ya, la verdad a mí me da miedo, me siento con las ganas de salir a caminar, pero me da miedo acordándome de ese día”

P1E1p15 “ahí en ese momento yo sentí mucho susto” (refiriéndose al sentimiento previo a la descarga del DAI).

P1E1p19 “me sentí pues.....con susto y dije seguramente alguien me toco con una cuerda eléctrica”

P2E1p65 “Es una vibración, cuando el cardiodesfibrilador vibra es porque hay algo anormal”

P2E1p84 ““Pues me dio miedo de que se fuera a activar, que fuera a infartar, porque normalmente entiendo que cuando se dispara es cuando hay alguna falla en el corazón”

P3E1p24 Porque a mí me da miedo de todo, siento algo en el cuerpo, que siente uno que... se... como que se me mueve, ya piensa uno que es que le va a dar esa.....descarga

P3E1p27 Por eso me da miedo salir sola. (refiriéndose al recuerdo de la descarga del DAI).

P3E1p73 “entonces ya me dio miedo y le dije a mi hija” (refiriéndose al recuerdo de la descarga del DAI y a no sentirse capaz de salir sin compañía).

P3E1p78 “hágame algo doctor, pero yo no me voy esta tarde pa’ la clínica, yo ya le tenía un miedo espantoso a la clínica”

P3E1p105 “me da mucho miedo. Sí, mucho miedo... yo mantengo con mucho miedo.... Yo le tengo, si yo pudiera hacerme un lavado cerebral, que no me acordara de nada de todas esas cosas terribles que me pasan...yo lo haría”

P3E1p115 “pues ya le digo mi desespero o mi miedo, por ejemplo yo no soy capaz de quedarme aquí, un día aquí sola”

P3E1p118 “de ahí pa’ acá ya me da miedo quedarme sola... porque yo ya me quedaba una, dos horas, tres horas sola... pero ahora si me da más miedo”

P3E1p250 “como me da mucha tontina para agacharme, a veces me da como mucho mareo, entonces me da miedo pero yo trato de entretenerme en algo”

P5E1p166 “al principio si mantenía terriblemente temeroso, o sea pasó mucho tiempo que yo veía un aparato de esos detectores y yo no pasaba”

P5E1p168 “me di cuenta que estaba al lado de un aparato de esos y me enferme, empecé con angustia con temblor, porque pensé que eso me iba a hacer daño, que me iba a enfermar”

P5E1p173 “yo mantenía muy asustado, yo no arrimaba a una nevera, era una cosa exagerada”

P7E1p171 “ahorita llego el momento que ya, la verdad a mí me da miedo, me siento con las ganas de salir a caminar, pero me da miedo acordándome de ese día”

#### ▪ Preocupación

La preocupación, como parte de intranquilidad se ve reflejada en las narrativas, y en expresiones relacionadas con los cambios y alteraciones en la dinámica familiar como consecuencia de la enfermedad, con posibles fallas en el funcionamiento del DAI, las descargas de manera frecuente y continua y la imposibilidad de controlar esta situación. Otro elemento de preocupación son los cambios en el estado de ánimo y la dificultad para el manejo de las situaciones estresantes, así como el no poder hacer uso de electrodomésticos pues creen que el acercarse a ellos puede generar alteraciones en el DAI, también piensan y expresan preocupación que ante una descarga la corriente pueda pasar y hacer daño a otros.

A continuación se presentan las 10 unidades de análisis obtenidas y relacionadas con este código:

P2E1p11 “pues....siempre es preocupante” (refiriéndose a los cambios en la vida después del implante del DAI)

P2E1p46 “Pues el sentimiento mío, de todas maneras pensando en mi familia, en mi señora, en mis hijos”

P2E1p62 “llego a mi casa, cuando en menos de 24 horas, 48 horas, se me activa el dispositivo, o sea me dio una voz de alerta”

P3E1p8 “No sé decirle ... muchas preocupaciones....muchas por ejemplo el día que...de la vez de que estaba hospitalizada el médico.. 22 descargas en una noche”

P3E1p152 “Me pongo a pensar bobadas” (refiriéndose a la situación de salud actual, y a las descargas del DAI).

P5E1p172 “pero yo mantenía preocupado porque yo no había caído en cuenta que el hecho de estar al pie de un electrodoméstico o a una cuestión eléctrica era malo”

P7E1p197 “como ya me habían dado las tres descargas, yo estaba ahí... yo no hallaba que hacer” (refiriéndose a cómo actuar luego de sentir las descargas del DAI).

P7E1p198 “nadie se arrimaba al pie mío” (refiriéndose a lo que genera hacia otros, cuando el DAI se descarga).

P7E1p200 “salió una doctora, ella a cogerme y yo no!, no!, no!, yo todo asustado, yo no quería que me cogieran”

P7E1p231 “yo vuelvo y digo Virgencita linda ayúdeme y hay veces que yo sé que tengo unas reacciones fuertes, me pongo de mal genio”.

#### ▪ Sufrimiento

Los participantes manifestaron sufrimiento a raíz de su enfermedad, lo cual les ocasiona llanto como una forma de desahogarse, piensan que la enfermedad y el tratamiento a que son sometidos, les puede generar consecuencias psicológicas, expresan y sienten que lentamente se ha ido deteriorando su estado de salud y solicitan comprensión de parte de sus familiares y del equipo de salud frente al dolor que le produce su enfermedad actual y expresan que para ellos la vida llega a ser agobiante después de haberle implantado el DAI.

Para este código se encontraron 11 unidades de análisis, derivadas de las narrativas expresadas por los participantes.

P7E1p234 ““sé que estoy sufriendo del corazón”

P3E1p139 “el estrés mío es supremamente alto” (refiriéndose a los cambios en la vida).

P3E1p207 “pero ya le digo yo he sufrido mucho.... no..., son tres años de sufrimiento”

P3E1p211 “cuando estoy sola o me despierto me da la llorona, por eso fue que me llevaron donde el psicólogo en la clínica por el problema de que yo lloraba mucho”

P3E1p212 “yo entre mi decía si alguien supiera lo que yo siento...”

P5E1p120 “durante todo el proceso tuve depresión, una tristeza impresionante, decepcionado umm, me daban ganas de llorar”

P5E1p127 “eso parece tener consecuencias psicológicas” (refiriéndose a los cambios después de sentir las descargas del DAI).

P5E1p274 “los dos primeros meses sí, cuando le digo que me dio depresión, todas esas cosas pero era pensando en lo que me había pasado, era más en eso, sí quede estresado por ahí como tres meses”

P6E1p8 “me lo colocan porque sufrí varios añitos que me hinchaba, cada ocho días tenían que sacarme líquidos, o sea cada ocho días me hospitalizaban para sacarme líquidos y la última vez me sacaron 16 litros”

P7E1p134 “a toda hora así sea un Padre Nuestro le rezo a mis santos que me ayuden con este corazón, porque yo ya no soporto... si se sigue bajando la función...”

P7E1p234 “le dije: usted no está sintiendo lo que yo siento, dolor!”. (refiriéndose a los cambios después de sentir las descargas del DAI).

#### ▪ Temor a la muerte

La muerte es una realidad, los participantes son conscientes que existe y que en algún momento llega, pero en muchos casos tiene incertidumbre del momento real, es descrita como una sensación angustiante, tienen muchos pensamientos, les da miedo que de pronto al estar dormidos, “queden ahí”. Para algunos es una situación menos difícil, pues ya han tenido episodios de muerte súbita, desencadenada por la arritmia y son conscientes que el DAI les prolonga la vida.

Otro aspecto que les genera miedo es no tener la certeza del momento en que esto suceda, también pensar en dejar a los seres queridos, no volverlos a ver, lo verbalizan así: “yo quisiera decirles a todos por favor ténganme paciencia, porque estar enfermo del corazón soy yo, yo ya sé que de esto no me salvo, que me muero ¿no sé cuándo?”. Sienten que la muerte está cerca, ven sombras y le piden a Dios que el día que suceda, puedan partir en paz.

Para relacionar este código, se encontraron en las narrativas nueve unidades de análisis:

P2E1p44 “que uno este por ahí bien y quede como un pollito”

P3E1p87 “le dijeron a mi hijo lo que tenían que hacer, que tenían que reanimarme porque ya estaba prácticamente yo era como andando como muerta sería!”

P3E1p154 “Mmm pienso tantas cosas...porque a mí me da miedo por ejemplo con todas esas cosas que he sentido yo digo de pronto dormida me da un corrientazo de esos y ahí me quedo....!”

P5E1p127 “se me fue quitando la depresión, porque es duro saber que uno estuvo muerto”

P7E1p155 “cerraba los ojos como a quedarme dormido, unas ganas a quedarme dormido, y yo que cerraba los ojos y por decir algo la muerte me rondaba yo veía una momia una sombra oscura, negra, entonces yo decía esa es la muerte, entonces ahí mismo me pasaba y yo me quedaba quieto, y a lo último para no ver esas cosas, venía al baño, me echaba agüita”

P7E1p228 “yo quisiera decirles a todos por favor ténganme paciencia, porque estar enfermo del corazón soy yo, yo ya sé que de esto no me salvo, que me muero ¿no sé cuándo?”

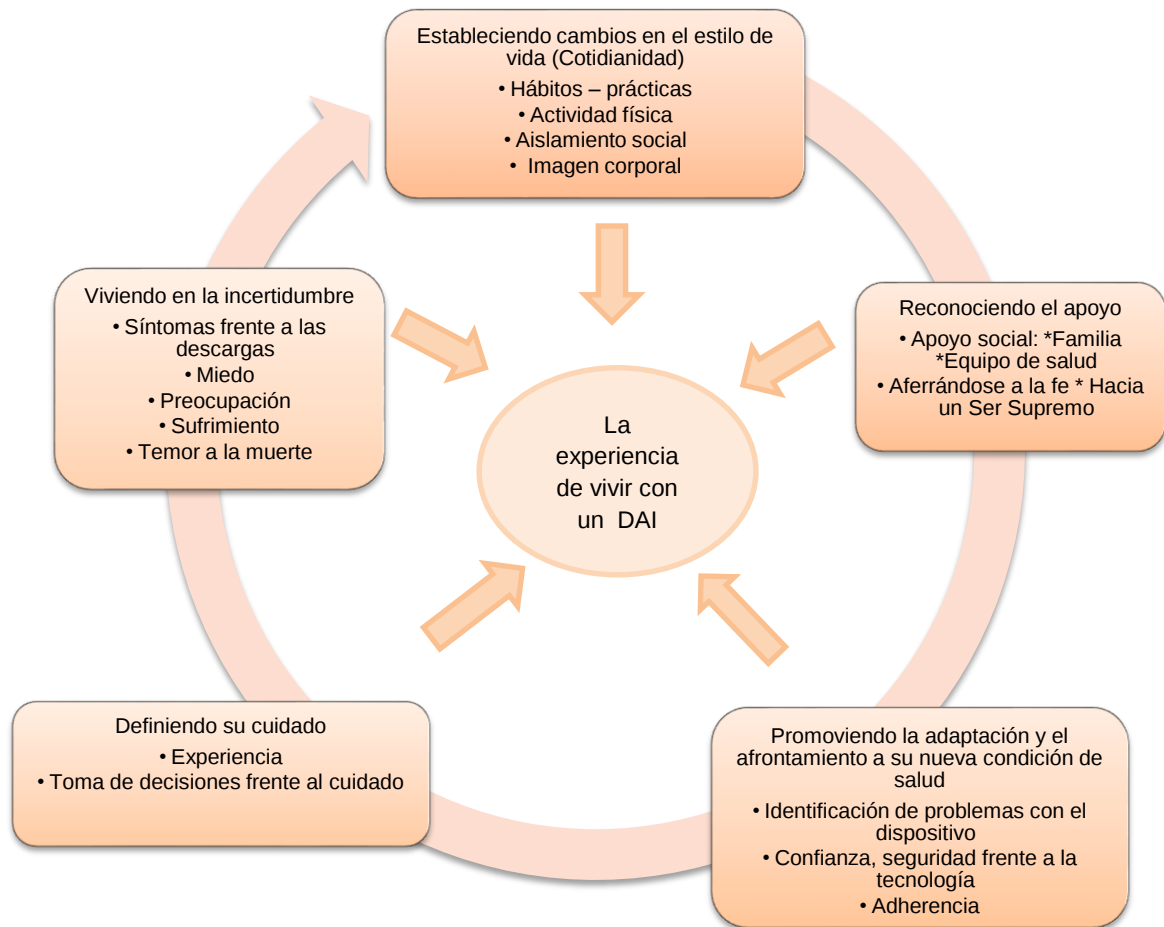
P7E1p239 “yo estoy hablando con usted pero estoy mirando....ya me parece estar viendo las sombras de la muerte...yo ya sé que me voy a morir en cualquier momento”

P7E1p242 “yo le pido a mi Dios que el día que ha de venir la muerte, esté cada vez más alentado para no dejar nada de resentimientos eirme en paz, eso es lo que quiero, pero usted sabe que eso es duro conseguir, yo sé que lo mío es de dos y pico de años, no es de ayer ni de hoy”

P7E1p230 “esto lo tengo en mi mente a todo momento, lo estoy viendo, desafortunadamente eso somos los seres humanos.

## 4.5 Integración e interpretación final de los hallazgos

**Esquema 4-3:** Integración final de los hallazgos.



Fuente: La Autora de la presente investigación con base en la información recopilada. 2014.

Se presenta a continuación la integración e interpretación en relación con los hallazgos obtenidos a lo largo de la investigación, en donde se siguió la metodología de Cáceres apoyada por el trabajo inductivo, a través de un proceso reflexivo y crítico.

### 4.5.1 Estableciendo cambios en el estilo de vida (Cotidianidad)

La categoría estableciendo cambios en el estilo de vida (Cotidianidad) hace referencia de manera específica a las modificaciones en su manera de vivir que deben realizar a quienes se les han implantado el DAI, algunos de estos cambios son más drásticos lo que afecta de manera significativa la vida de las personas. Estos cambios están relacionados con la modificación de hábitos, algunos de ellos con resultados positivos para la salud de las personas, como: el dejar de fumar, cambios en la dieta, cambios en las condiciones del trabajo. Es importante resaltar que algunos de los participantes consideran que los cambios en el estilo de vida han contribuido a mejorar su salud de manera significativa.

Otros cambios experimentados están relacionados con aspectos negativos como: modificaciones en la forma de dormir, sentimientos de disminución de sus capacidades físicas, variación en el desarrollo de actividades que requieran esfuerzo físico, cuidados con el manejo de aparatos electrodomésticos, restricción en prácticas deportivas lo cual disminuye su relación con grupos, que propicia el aislamiento.

Una vez la persona ha recibido el implante, su vida gira en torno a: los controles médicos, el ajustar su vida a instrucciones dadas por el equipo de salud, como el acompañamiento permanente para la realización de actividades que requieran desplazamientos fuera de su domicilio, que genera como resultado inseguridad, precauciones en el desarrollo de sus actividades diarias para evitar las descargas.

Otro elemento significativo es la incomodidad que sienten con el dispositivo, y los cuidados que deben tener para evitar riesgos asociados al contacto personal y con aparatos tecnológicos como los celulares y con la exposición a temperaturas extremas.

#### **4.5.2 Reconociendo el apoyo**

Para la interpretación de esta categoría, se subdividió en el apoyo relacionado con la familia, el dado por el equipo de salud y el apoyo que de manera intangible experimentan a través de la fe, en razón a que los participantes hacen esta diferenciación de forma clara.

En relación con el apoyo familiar se expresa como algo importante y necesario de acuerdo a su condición de salud, está dado por los familiares más cercanos, esposo, esposa, hijos y otros miembros de la familia, en algunos casos se reconoce el apoyo dado por amigos, y personas cercanas, además de acuerdo a su condición socioeconómica algunos cuentan con recursos para contratar la prestación del servicio de un cuidador.

Es importante destacar que a partir de esta situación de salud se fortalecen los lazos familiares, se valora la familia, y se afianzan los vínculos afectivos.

Con respecto al equipo de salud (médicos y enfermeras) son los profesionales con los cuales hay mayor acercamiento y agradecimiento por que les salvaron la vida y por el apoyo dado en momentos críticos: descargas, lo cual genera confianza y seguridad.

Aferrándose a la fe, hacia un Ser Supremo determina que conjuntamente con los médicos, y los medicamentos, son elementos esenciales para lograr la recuperación. La fe y el estar en manos de Dios son aspectos que les permiten a los participantes tener confianza para poder afrontar la experiencia de las descargas, para algunos el hecho de lograr la recuperación positiva es atribuido a un milagro. Este aspecto es reiterativo y constante en las expresiones dadas por los participantes.

#### **4.5.3 Promoviendo la adaptación y el afrontamiento a su nueva condición de salud**

Para los participantes el proceso de adaptación a su nueva condición inicialmente es difícil de aceptar y enfrentar, potencializado en algunos casos por su condición clínica de salud previa, donde hay deterioro de la clase funcional (disnea), disminución de la fracción de

eyección y como consecuencia, limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana. La adaptación se inicia en una primera fase con la aceptación del tratamiento farmacológico y no farmacológico, una segunda fase con la aceptación de los cuidados, restricciones y recomendaciones específicas con el DAI (identificación y alteración en el funcionamiento) y por último en algunos casos reiniciar sus actividades y en otros asumir una postura de resignación y limitación funcional.

Para los participantes un elemento importante en su adaptación y afrontamiento de manera positiva a su nueva condición es la seguridad y confianza frente a la tecnología, el apoyo familiar y del equipo de salud, se constituyen en elementos que les permite desarrollar su vida normal, aumentar la supervivencia lo que consideran como una nueva oportunidad de vivir. Es importante resaltar que la experiencia de los participantes señala que para tener una buena calidad de vida es necesario conjugar: el tratamiento farmacológico, los cambios en el estilo de vida y aceptar las indicaciones de ser portador del DAI.

Sumado a lo anterior es significativa para los participantes la reducción en el número de medicamentos que deben consumir diariamente, así como el reconocer que ante eventos relacionados con dificultades en el funcionamiento del DAI, existen soluciones rápidas, seguras y confiables.

#### **4.5.4 Definiendo su cuidado**

La experiencia para los participantes se manifiesta en dos direcciones, la primera señala una forma positiva, en donde aceptan el DAI, se adaptan y comprenden su nueva condición, que les “permite llevar una vida sana y más tranquila”

Ante la nueva condición de salud, definen el cuidado a partir de los siguientes elementos: aceptar la enfermedad, la efectividad del tratamiento, adoptar una postura positiva frente a la vida y “ser disciplinado”: cumplir las citas médicas, ante los signos de alarma del dispositivo acudir al servicio de urgencias, esto permite mejorar las relaciones interpersonales, fortaleciendo la confianza a sí mismo y a los demás.

Los participantes una vez viven ese proceso de adaptación y afrontamiento, fortalecen la capacidad de autocuidado, mediante toma de decisiones frente a su cuidado: cambios en la dieta, actividad física, dejar de fumar, administración oportuna de medicamentos y asistencia periódica de controles, así como obtener información sobre su condición de salud.

Para quienes la experiencia ha sido negativa, está relacionada con el sufrimiento de las personas ante la descarga, lo cual lleva a la no aceptación del DAI, por asociarlo con la muerte, trayendo como consecuencia la no verbalización de su situación, el aislamiento, sentimientos de rechazo y arrepentimiento por haber aceptado el implante.

Esta situación se puede presentar debido a que en el momento en que se da la información sobre lo que implica para una persona ser portador del DAI, no se comprende, se da de manera general, no se verifica la comprensión de la información por parte del receptor de acuerdo a su condición personal. O las estrategias utilizadas para comunicar aspectos relacionados con el tratamiento no satisfacen las expectativas de los participantes, por lo

cual es mayor el nivel de sufrimiento, pues no alcanzan a dimensionar la experiencia de manera integral.

Es importante resaltar el valor que le dan los participantes a la retroalimentación y apoyo que da el equipo de salud, lo que les permite desarrollar y fortalecer habilidades y prácticas de cuidado que contribuyen a mejorar su salud.

#### **4.5.5 Viviendo en la incertidumbre**

La experiencia de las personas que son portadoras del DAI, se inicia desde el momento del diagnóstico de la enfermedad coronaria, una vez es implantado el DAI, los relatos de los participantes evidencian que esta es una vivencia particular, irrepetible, ambivalente y en algunos casos no es posible describirla.

El conocer que el dispositivo funciona bien les da seguridad y la certeza de la solución del problema prioritario para su salud: arritmias ventriculares, que son calificadas por los participantes como fuertes, otras suaves y en otras ocasiones acompañadas por un desvanecimiento.

Ante la experiencia de las descargas, las personas expresan diferentes síntomas, lo que les ocasiona miedo, sufrimiento y temor hacia la muerte. Esto los lleva a adoptar comportamientos como querer estar solo, no tener contacto con los demás, reposo, no querer expresar lo que están viviendo, actitud pensante, tendencia al llanto fácil. Otras de las manifestaciones presentes son: sudoración, temblor, cansancio, desespero, intranquilidad, inapetencia, hormigueo, transmisores de corriente, debilidad muscular, elevarse de la superficie con la cual están en contacto, ocasionando caídas, ver luces. Los relatos permiten confirmar que cada persona vive la experiencia de manera individual y diferente, inclusive cada descarga tiene manifestaciones diferentes a la anterior, lo cual es un elemento de preocupación para el portador como para su familia.

En la medida en que aumenta el número de descargas, y sumado a esto la existencia de factores como el escaso apoyo y la falta de adaptación al DAI, la actitud de la persona frente a la enfermedad y el tratamiento, la edad, el género, la información que tenga frente a este tipo de tecnología aumenta la incertidumbre de manera significativa, expresado unidades de análisis como “si alguien supiera lo que yo siento”.

### **4.6 Contraste con la literatura**

Los hallazgos encontrados frente al fenómeno de investigación, “la experiencia de vivir con un DAI” se contrastaron con lo reportado por la literatura científica.

La presente investigación coincide con los resultados encontrados por Rohlfs y cols<sup>234</sup> quienes reportaron que las personas jubiladas constituyen un grupo menos sano y los

---

<sup>234</sup> ROHLFS, I.; GARCÍA, M.; GAVALDÁ, L.; MEDRANO, M.; JUVINYÀ, D.; BALTASAR, A., et al. Género y cardiopatía isquémica. En: Gac Sanit. 2004. Supl. 2, p. 55-64. Citado por: ARTAZCOZ, Lucía. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. En: Gac Sanit. 2004. Vol. 18, supl. 2, p. 1-2. Disponible en internet

hombres son más vulnerables, también encontró que las amas de casa, tenían peor estado de salud frente a las mujeres ocupadas.

Al-Khatib y cols<sup>235</sup> estudiaron pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca con una FEVI entre el 30% y el 35% y de menos del 30%, y llegaron a la conclusión que fue mejor la supervivencia a los 3 años en los pacientes que recibieron un DAI profiláctico que en los pacientes que no lo tenían, lo que demostró la recomendación de implantar el DAI profiláctico en pacientes elegibles con una FEVI del 35% o menos; para la presente investigación se encontró que los participantes tenían un FEVI entre 15% y 38%, se les implanto el DAI como prevención primaria a cuatro de ellos, los otros tres ya habían tenido la experiencia de arritmias ventriculares que les había desencadenado episodios de muerte súbita. Sin embargo es de anotar que según la indicación, ya sea como prevención primaria o secundaria, el número de descargas no fue proporcional, ya que a algunos participantes que no habían tenido episodios de muerte súbita (prevención primaria), se les ha llegado a descargar más de 20 veces.

Está descrito que el estado de salud de las personas empeora ante una situación socio económica más baja, lo que coincide con el documento de la OMS<sup>236</sup> el cual menciona que el determinante económico es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, a su vez existe una importante carga de enfermedad estrechamente relacionada con el subdesarrollo dado por malos servicios sanitarios, desnutrición y enfermedades infecciosas.<sup>237</sup> Para el caso de esta investigación, no se permitió correlacionar esta situación, puesto que ninguno de los participantes vivía en condiciones socioeconómicas de extrema pobreza.

La OMS reconoce que la epidemia creciente de enfermedades crónicas que aqueja tanto a países desarrollados como en vía de desarrollo, está relacionada con los cambios de los hábitos alimentarios y del modo de vida.<sup>238</sup> Por su parte Artazcoz, L. y cols<sup>239</sup> plantean que el género y la clase social son importantes determinantes de los estilos de vida relacionados con la salud, porque en función del sexo o de la posición socioeconómica las

---

<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500001&lng=es&nrm=iso)>. [citado en 24 de junio de 2014]

<sup>235</sup> AL-KHATIB, S. M.; HELLKAMP, A. S.; FONAROW, G. C., et al. Association between prophylactic implantable cardioverter-defibrillators and survival in patients with left ventricular ejection fraction between 30% and 35%. In: JAMA. 2014. Vol. 311, no 21, p. 2209-2215. [on line]. Disponible en internet: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1877211>> [citado en 05 de agosto de 2013].

<sup>236</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra, Suiza: OMS. 2008, p. 9.

<sup>237</sup> VACCA. Op. cit., p. 208.

<sup>238</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Serie de Informes Técnicos 916. Dieta, Nutrición Y Prevención de Enfermedades Crónicas. 2003. [en línea]. Disponible en internet: <[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_916\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf)> [citado en 15 de junio de 2014].

<sup>239</sup> ARTAZCOZ, Lucía. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. In: Gac Sanit. 2004. Vol. 18, Supl. 2, p. 1-2. [on line]. Available in internet: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021391112004000800001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000800001&lng=en&nrm=iso)>. [citado en 18 de enero de 2014]

personas crecen en entornos culturales diferentes, con distintos valores y oportunidades, esto coincide con los hallazgos derivados de la presente investigación, se encontró que las dos mujeres que relataron su experiencia, eran amas de casa y expresaron mayor dificultad para afrontar cambios en el estilo de vida.

Para los participantes del estudio existen aspectos en común relacionados con el estilo de vida, concepto que comenzó a ser aplicado a partir de la década de los cincuenta, y con mayor relevancia a partir de los años sesenta en relación con las enfermedades cardiovasculares, en particular, referido al hábito de fumar (Kannell<sup>240</sup>, citado por Menéndez), también se aplicó por medio de consejos (platicas) dadas por el equipo de salud a individuos o pequeños grupos para modificar hábitos específicos<sup>241</sup>

Toffler utilizó el concepto " estilo de vida" por primera vez en 1979, cuando predijo la explosión de los diferentes estilos de vida en una sociedad post-industrial. La forma en que comemos, el ejercicio, el descanso, el juego, se conjugan con el pensar, planificar, conducir un vehículo, dormir, trabajar, hacer otras cosas, *en general la forma en que vivimos*, es la que se relaciona con el término "estilo de vida". Incluye patrones para las relaciones sociales, el ocio y la ropa y también refleja el individuo típico de actitud, valores o la propia imagen.<sup>242</sup>

Un estilo de vida específico indica la elección consciente o inconsciente entre un tipo de comportamiento u otro, y puede afectar a los mecanismos biológicos básicos que conducen a la enfermedad: cambios en la expresión genética, la inflamación, el estrés oxidativo y la disfunción metabólica.<sup>243</sup>

Los estilos de vida están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos, definidos social y culturalmente, que favorecen o ponen en riesgo la salud, modificarlos significa transformar comportamientos con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en sistemas de creencias y en tradiciones culturales.<sup>244</sup> Para los individuos el estilo de vida se constituye en su vida y se expresa en la cotidianidad y no solo es un riesgo específico.<sup>245</sup>

Dentro de la experiencia de cuidar la salud, el ser humano encuentra formas diferentes de comportarse frente a la exposición a factores nocivos o protectores que representan un riesgo o una fortaleza para llegar a vivir una situación de enfermedad o alejarse de ella. La

---

<sup>240</sup> KANNELL, W. Una perspectiva sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. 1988. En: MENÉNDEZ, Eduardo. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En: Estudios sociológicos. 1998. Vol. 16, no. 46, p. 49.

<sup>241</sup> MENÉNDEZ, Eduardo. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En: Estudios sociológicos. 1998. Vol. 16, no 46, p. 51.

<sup>242</sup> TOFFLER, A. The third wave. London: Pan Books Ltd. 1981. En: MORA, Ramon. Lifestyle medicine: The importance of considering all the causes of disease. En: Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2012. Vol. 5, no 1, p. 48-52. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989111000528>>. [citado en 2 de junio de 2014]

<sup>243</sup> Ibíd.

<sup>244</sup> DE ROUX, Gustavo I. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. En: Educ Med Salud. 1994. Vol. 28, no. 2.

<sup>245</sup> MENÉNDEZ. Op. cit., p. 50.

identificación de estos factores de riesgo y protección tiene impacto en la salud y vida de cada persona y la llaman, en algunas oportunidades, a modificar su conducta habitual para favorecer un pronóstico que la aleje de vivir en situación de enfermedad más compleja y con menor funcionalidad.<sup>246</sup>

Como lo señala Buck<sup>247</sup> citado por Menéndez “*Se ha demostrado que algunos problemas de estilo de vida son generados por problemas ambientales, en particular de índole ocupacional,*” emplear el concepto de estilo de vida en esta investigación de manera integral y holística contribuye a comprender las experiencias de las personas que viven con un DAI ya que para los participantes de este es un aspecto relevante.

El estilo de vida de las personas con esta condición de salud se ve modificada ya que la mayoría de personas tienen la necesidad de continuar tomando medicamentos antiarrítmicos, antihipertensivos, anti agregantes plaquetarios, anticoagulantes, ya que las comorbilidades que acompañan su patología de base así lo requiere. Lo cual es expresado en los relatos de los participantes coincidiendo con Alicia Vaggione quien plantea la compleja interacción discursiva entre lo que se “dice”, se “piensa”, se “sabe” de una enfermedad y la experiencia de esta por parte de los sujetos que intentan adaptarse a su nueva situación.<sup>248</sup>

La modificación de comportamientos en los sujetos se da porque acceden a una nueva cultura de la salud, a una nueva relación con el cuerpo, con la noción de vejez, con la posibilidad de prolongar su esperanza de vida<sup>249</sup>, aspectos que hicieron parte de la experiencia y que fueron relatados por los participantes en las entrevistas.

La actividad física es una dimensión de estilos de vida saludable y se constituye en un elemento protector para la salud por los beneficios tanto físicos como psicológicos. Es una conducta que involucra a todos los grandes músculos del movimiento para cumplir con las diferentes tareas durante el día (WHO). La actividad física depende de la experiencia y del historial del ejercicio de cada individuo así como de su condición física, el nivel de actividad física aceptable para cada individuo, es aquel que logra ser protector para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).<sup>250</sup>

---

<sup>246</sup> SÁNCHEZ, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. . 2004. p. 80

<sup>247</sup> BUCK, C. et al. El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Organización Panamericana de la Salud. No. 505. 1988. En: MENÉNDEZ, Eduardo. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En: Estudios sociológicos. 1998. Vol. 16, no 46, p. 49.

<sup>248</sup> VAGGIONE, Alicia. Enfermedad, cuerpo, discursos: tres relatos sobre la experiencia. 2009. En: FIGARI, Carlos. SCRIBIANO, Adrián (Comp.) Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica. Buenos Aires, Argentina: Clacso – CICCUS. [en línea]. Disponible en internet:

<<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/coedicion/scrivano/08enferme.pdf>>. [citado en 19 de junio de 2014]

<sup>249</sup> Ibíd.

<sup>250</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [en línea]. 2014. Disponible en internet: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>>. Consultado 20 Marzo 2014.

Los determinantes de la actividad física son biológicos, demográficos, psicológicos, cognitivos, sociales, culturales, ambientales y conductuales. La falta de tiempo, el cansancio, los recursos limitados, la falta de motivación son las barreras más comunes citadas para participar en una actividad física.<sup>251</sup>

La inactividad física ha llegado a convertirse en uno de los factores de riesgo más recurrentes en las ECNT, es un problema de salud pública que se reconoce como un factor independiente de riesgo de enfermedad coronaria. El riesgo relativo de la inactividad es similar al de la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, por lo que el sedentarismo se asocia a un aumento simultáneo de las enfermedades cardiovasculares, aproximadamente el 12% de la mortalidad total en los Estados Unidos está relacionado con la falta de actividad física regular, y la inactividad se asocia con al menos un aumento de 2 veces en el riesgo de un evento coronario.<sup>252</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior y según reportes de la literatura, en el estudio realizado por Hamilton, G., Carroll, D.<sup>253</sup> el grupo de pacientes mayores de edad tuvieron menor actividad física y presentaron mayor ansiedad a los 6 y 12 meses que los pacientes más jóvenes; por el contrario los jóvenes portadores del DAI demostraron que a mayor tiempo fue mejor la percepción frente a la adaptación física y hubo menos ansiedad con respecto a los pacientes mayores de edad. Estos resultados coinciden con los códigos correspondientes a la actividad física (disminución) que hicieron parte de las categorías: estableciendo cambios en el estilo de vida y viviendo en la incertidumbre.

La experiencia de los participantes con DAI, guarda similitud con una de las categorías encontradas en el estudio fenomenológico de Chiaranai<sup>254</sup> en donde los cambios descritos incluyeron los físicos, emocionales, sociales y económicos, todos los participantes reportaron tener limitaciones en el funcionamiento físico, que les restringió su capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Los participantes expresaron el aislamiento como el deseo de no querer estar acompañados, no querer expresar sus sentimientos a otras personas, no compartir, por precaución y cuidado con el DAI, evitar asistir a actividades donde concurren muchas personas. También se referían a la sensación de soledad pasando por el proceso de la enfermedad (hospitalización).

Por otra parte, los participantes de esta investigación, refieren que la frecuencia de hospitalizaciones y ante situaciones relacionadas con las complicaciones ocasionadas por el DAI, que los llevan a asistir a los servicios de urgencias o a consulta, hace que se alteren

---

<sup>251</sup> MOREL GONAY, Veronique. Estilos de vida saludable: actividad física. En: La salud publica en Costa Rica. Costa Rica: Siedin – UCR. p. 125- 148. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/07%20Estilos%20de%20vida.pdf>> [citado en 06 de abril de 2014]

<sup>252</sup> BORAITA, Aracely. Exercise as the Cornerstone of Cardiovascular Prevention. En: Revista Española de Cardiología. Vol. 61, no 5, p. 514-528.

<sup>253</sup> HAMILTON & CARROLL. Op. cit., p. 195.

<sup>254</sup> CHIARANAI, C. A Phenomenological Study of Day-to-Day Experiences of Living With Heart Failure: Do Cultural Differences Matter? In: J Cardiovasc Nurs. Jul 2014. Vol. 29, no 4, p. E9-E17. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24231892>>. [cited on may 10, 2014]

sus actividades cotidianas, y sumado a esto sienten que el ambiente hospitalario los aleja de su entorno, el aislamiento social en este sentido se hace visible y afecta aún más la condición de estas personas ocasionando pérdida de relaciones importantes de la red social frente a la enfermedad, debido a los cambios en sus redes sociales, por cambios en su estructura y nivel de relación y apoyo.<sup>255</sup>

En el presente estudio surgió el aislamiento social, como un código que hizo parte de la categoría: estableciendo cambios en el estilo de vida (cotidianidad), esta misma categoría se obtuvo en la investigación realizada por Molchany C, Peterson K.<sup>256</sup> referida como sensación de soledad, no querer expresar sus sentimientos a otras personas. De igual manera existe similitud entre los subtemas encontrados con la investigación realizada por Chiaranai<sup>257</sup>, como reducción de la vida social, dificultad para disfrutar la vida, cambios emocionales tales como ira, culpa e infelicidad, en la vida de personas con falla cardíaca.

Lo anterior también coincide con Sneed y Finch<sup>258</sup> quienes en su estudio encontraron que los pacientes tuvieron sentimientos de falta de protección y pérdida de control que les impidió volver al mismo estilo de vida, con el consiguiente aislamiento social por el riesgo de un choque repentino.

Para el caso de los pacientes con DAI, la modificación en la imagen corporal se deriva del tratamiento, es decir la colocación del DAI para controlar arritmias cardíacas, el hecho de tener el implante lleva a que los portadores modifiquen su estilo de vida, lo cual tiene repercusiones en su estado emocional, calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral; lo anterior coincide con lo encontrado en estudios que analizaron las alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos<sup>259</sup>

Por su parte, la imagen corporal está relacionada con la percepción que otros puedan tener por su situación. Al respecto Cortés<sup>260</sup> hizo referencia a la experiencia de la enfermedad, en donde el cuerpo aloja un sujeto que habla, sufre, goza, y que está inmerso en un espacio simbólico, debe interpretarla como una alteración subjetiva y puede ser expresada en incertidumbres, alteraciones del esquema corporal (imagen), así como en el deterioro en la valoración de sí mismo (autoestima).

---

<sup>255</sup> STEFANI, Dorina; SEIDMANN, Susana; PANO, Carlos; ACRICH, Luisa y BAIL, Vera Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de Afrontamiento. En: Revista Latinoamericana de Psicología. 2003. Vol. 35, no 1, p. 55-65. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.redalyc.org/pdf/805/80535105.pdf>> [citado en 23 de mayo de 2014]

<sup>256</sup> MOLCHANY & PETERSON. Op. cit., p. 23-29.

<sup>257</sup> CHIARANAI. Op. cit., p. 9-17.

<sup>258</sup> SNEED & FINCH. Op. cit., p 20-24.

<sup>259</sup> ARGÜELLO, Leyre; ROMERO, Irene. Trastorno de la imagen corporal. En: Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos de Fin de Grado. 2012. Vol. 4, no 1, p. 478-518. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1005/1017>>[citado en 14 de julio de 2014]

<sup>260</sup> CORTÉS. Op. cit., p. 90.

En esta investigación, los participantes manifiestan la forma en que los demás les brindan apoyo, el cual diferenciaron en dos aspectos, el que reciben por parte de su familia y el percibido por el equipo de salud. Para Kamphuis y cols una de las siete categorías halladas en su investigación fue el apoyo social percibido,<sup>261</sup> lo que coincide con los resultados de la presente investigación, en donde se obtuvo como la categoría: reconociendo el apoyo.

Reid y cols<sup>262</sup> concluyeron que la mayoría de los receptores del DAI tenían buena calidad de vida, pero esta se vio reducida en aquellos que habían recibido descargas, también los pacientes manifestaron saber lo suficiente sobre cómo vivir con el dispositivo, pero solicitaron más educación y apoyo en el momento de la inserción del DAI; para el caso de la presente investigación, se encuentra que luego de pasar por un proceso de cambios en el estilo de vida e incertidumbre, logran adaptación y afrontamiento a su nueva situación de salud, lo cual se llega a interpretar como mejorar la calidad de vida, con respecto a la que tenían antes del implante, aunque también coincide con el estudio de Reid y col, en el aspecto en donde la calidad de vida se ve afectada en quienes las descargas son más frecuentes.

Por otra parte Sneed y cols<sup>263</sup> realizaron una encuesta a 261 personas con DAI, encontraron que las preocupaciones relacionadas con el dispositivo originaban depresión, tristeza y miedo por lo que disminuía el nivel de confort, para aumentar el nivel de confort tanto a pacientes como a las familias se creó un grupo de apoyo emocional donde canalizaban sus necesidades. Estos grupos de apoyo tuvieron una repercusión importante, desde el preoperatorio, periodo considerado de crisis ya que la ansiedad y el miedo son inevitables, evidenciaron la importancia de información y apoyo emocional en este periodo.

Otro estudio de Kamphuis y cols, evaluó las experiencias, la calidad de vida y los cambios en cuanto a depresión y ansiedad a 167 pacientes que recibieron y no recibieron choques en los primeros 12 meses después de la implantación del DAI, aplicaron cuatro cuestionarios, el primero se llevó a cabo antes de la implantación, los tres restantes al primer, al sexto y a los 12 meses después del alta. En general la calidad de vida y bienestar psicológico no cambió en los receptores del DAI, independiente de la presencia de choques, se encontró alta prevalencia para depresión y ansiedad, que fue interpretado como una respuesta a los problemas físicos y mentales percibidos respecto a las actividades diarias. Los pacientes que recibieron descargas no se adaptaron bien a vivir con el DAI, presentaron más ansiedad que aquellos que no las tuvieron. Sin embargo, la expectativa de tener otro choque después de experimentar el primero, fue menos estresante. Como conclusión encontraron que las alteraciones a nivel psicológico son duraderas y que no desaparecen de forma espontánea, por lo que es importante tener presente las intervenciones psicosociales como una garantía para ellos.<sup>264</sup>

---

<sup>261</sup> KAMPHUIS; VERHOEVEN; LEEUW; DERKSEN; HAUER & WINNUBST Op. cit., p. 1008-1016.

<sup>262</sup> REID; NAGY; MCKINLEY. Op. cit., p. 14-19.

<sup>263</sup> SNEED; FINCH & LEMAN. Op. cit., p. 317-322.

<sup>264</sup> KAMPHUIS, H.; DE LEEUW, J.; DERKSEN, R. ; HAUER, R. & WINNUBST, J. Implantable cardioverter defibrillator recipients: quality of life in recipients with and without ICD shock delivery: a prospective study. In: Europace. Oct 2003. Vol. 5, no 4, p. 381-9. [on line]. Available in internet: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14753636> >[cited on jun 27, 2014]

En contraste el estudio anterior, la presente investigación demuestra que con el transcurso del tiempo los participantes logran cambios positivos, lo cual se describe e interpreta en dos categorías: promoviendo la adaptación y el afrontamiento a su nueva condición de salud, y definiendo su cuidado.

Carlsson diseñó un plan de educación y seguimiento a un grupo de pacientes con DAI, analizó como ellos aceptaban su nueva condición de vida en el posoperatorio, su estudio evidenció la necesidad de información a través de un plan educativo, así como del seguimiento por parte de la enfermera después del implante del DAI,<sup>265</sup> lo anterior toma importancia para brindar educación basada en la práctica, identificar necesidades y preocupaciones, así como la promoción en la participación de los cuidados que promuevan la independencia. En contraste con el estudio de Carlsson, en esta investigación se encontró como producto de la experiencia de los participantes la toma de decisiones frente al cuidado, que se clasificó e interpretó dentro de la categoría: definiendo su cuidado.

La literatura reporta que los pacientes que reciben descargas eléctricas, por la presencia de arritmias ventriculares u otras condiciones particulares (taquicardias supra ventriculares, sobresensado de la onda T, daños en los cables de estimulación, entre otros) requieren un monitoreo permanente y estudios específicos para determinar las conductas a seguir,<sup>266</sup> Todos los participantes en esta investigación recibieron descargas del DAI, entre una y más de veinte, el paso del tiempo les ha permitido desarrollar identificación de problemas con el dispositivo, así como confianza y seguridad frente a la tecnología, y para otros sujetos, cada descarga ha generado mayor incertidumbre por no saber el momento en que esta se presentará. Cada experiencia es vivida de manera individual, se presenta de manera única e irrepetible, lo que debe ser un aspecto fundamental para el seguimiento individualizado y la planeación del cuidado de enfermería integralmente.

En cuanto a la dimensión espiritual humana, se menciona como un elemento dentro del individuo del cual se origina el significado, el propósito y plenitud en la vida, el deseo de vivir, las creencias y la fe en su ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior). Esta dimensión es esencial para alcanzar un nivel óptimo de salud, de bienestar o de calidad de vida. Todo hombre requiere de una integridad espiritual que se satisface a través de mantener la dinámica de relación personal con Dios (ser o fuerza superior), de la experiencia del perdón, del amor, de la esperanza, de la confianza y del significado y propósito en la vida.<sup>267</sup> En contraste con lo mencionado por la autora, en esta investigación se encontró de manera contundente el código que hace referencia a la fe y cómo los portadores del DAI tienen creencias en un Ser Supremo, a quien le agradecen los beneficios del tratamiento y también satisfacen sus necesidades espirituales, que les genera bienestar espiritual, que les permite seguir creciendo como personas apoyadas también en su religión como forma de vida, lo que favorece la satisfacción de esas necesidades.

---

<sup>265</sup> CARLSSON, et al. Op. cit., p. 18-25.

<sup>266</sup> ZULUAGA, Leydi. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida de las personas que tienen dispositivos cardiacos Implantable. Tesis para obtener el título de Maestría. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2013. 213 p.

<sup>267</sup> SÁNCHEZ. Op. cit., p. 31.

La confianza está dirigida hacia la tecnología y el equipo, desde enfermería se puede entender como lo que Peplau denomina la fase de identificación, donde los pacientes identifican quienes le pueden ayudar, y cómo. La confianza de igual manera está relacionada con el rol y la actitud de los miembros del equipo. Para J. Watson la relación de ayuda - confianza permite que los pacientes expresen sus sentimientos, implica una comunicación eficaz que tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales<sup>268</sup>

La adherencia se constituye en una de los temas de investigación del grupo de Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria. Según Frasure Smith N, *“el estado de ánimo negativo puede predecir la mortalidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad cardíaca, en una evaluación a largo plazo después de un infarto de miocardio”*<sup>269</sup>. Este aumento del riesgo de desenlaces fatales de la enfermedad cardíaca cuando se asocia con la depresión puede estar determinada por la falta de ánimo e interés para hacer las cosas y la poca adherencia a los tratamientos que pueden desarrollar las personas cuando están deprimidas.

La forma establecer de relaciones de cuidado que expresan las personas son individuales y no pueden generalizarse puesto que adoptan diferentes formas de decidir sobre su propio cuidado de acuerdo a la experiencia vivida.

Mishel aseguró que la incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente los casos de enfermedad, debido a la falta de claves suficientes, puede presentarse bajo la forma de: ambigüedad, complejidad, falta de información, información nada consistente e imprevisibilidad.<sup>270</sup>

A su vez cuando la tipología de los síntomas, la familiaridad y la coherencia de las circunstancias (marco de los estímulos) aumentan, el grado de incertidumbre disminuye. Por otra parte citó que las fuentes de la estructura (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) producen disminución de la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos.<sup>271</sup>

Es importante mencionar como la influencia que tiene la incertidumbre en las consecuencias psicológicas se ve mediada por la eficacia de los esfuerzos de afrontamiento, cuando la incertidumbre se valora como un peligro que no puede reducirse, se pueden emplear las estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales. Cuando hay exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos, a la anulación y a trastornos

---

<sup>268</sup> WATSON, J. Nursing; The philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown. 1979, p. 312.

<sup>269</sup> FRASURE SMITH, Nancy and LESPERENCE, François. Depression and other psychological risk following myocardial infarction. En: BUITRAGO MALAVER, Lilia. Experiencias vividas de las mujeres en la etapa post infarto agudo de miocardio. Trabajo de Magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.Facultad de Enfermería. 2010. 140 p.

<sup>270</sup> MISHEL, Merle. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. Aspectos biográficos. [en línea]. 2014. Disponible en internet: <<http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/06/merle-h-mishel-teoria-de-la.html>>. [citado en 20 de junio de 2014]

<sup>271</sup> Ibid.

emocionales en el individuo.<sup>272</sup> En contraste con la teoría de Mishel, para la presente investigación se evidencia que con el paso del tiempo los participantes logran disminución del grado de incertidumbre, gracias a sus fuentes de información y de apoyo, pero en algunos de los sujetos de cuidado, se evidencia aún miedo, preocupación, e incertidumbre frente a las descargas, ya que éstas van acompañadas de síntomas desagradables, que no quisieran experimentar de nuevo. Se describe e interpreta en la categoría: viviendo en la incertidumbre.

Flemme y cols encontraron que los receptores del DAI rara vez utilizan estrategias de afrontamiento, y cuando lo hacen, es percibido como bastante eficiente en el manejo de su situación de vida. Sin embargo, el optimismo fue la estrategia de afrontamiento más utilizada y efectiva, y la mayoría de los beneficiarios perciben un control moderado en la vida.<sup>273</sup> En esta investigación los participantes encuentran como un elemento importante en su adaptación y afrontamiento de manera positiva a su nueva condición es la seguridad y confianza frente a la tecnología, el apoyo familiar y del equipo de salud, se constituyen en elementos que les permite desarrollar su vida normal, aumentar la supervivencia lo que consideran como una nueva oportunidad de vivir. Es importante resaltar que la experiencia de los participantes señala que para tener una buena calidad de vida es necesario conjugar: el tratamiento farmacológico, los cambios en el estilo de vida y aceptar las indicaciones de ser portador del DAI.

Para Peinado, R <sup>274</sup> los pacientes con DAI constituyen una población en riesgo de presentar alteraciones psicológicas y una peor calidad de vida, sin embargo, datos derivados de la mayoría de los grandes ensayos clínicos aleatorios, ponen de manifiesto que el efecto del dispositivo sobre la calidad de vida es beneficioso o neutro. El principal predictor de empeoramiento de la calidad de vida y ajuste psicológico al DAI, es el número de descargas del dispositivo.

Con base en lo anterior también se han encontrado otros predictores como la juventud, los antecedentes de trastornos de ansiedad o depresión, y el escaso apoyo social o familiar. En la mayor parte de los estudios se han realizado evaluaciones de la calidad de vida a corto plazo y se desconoce si ésta puede cambiar a más largo plazo. Además, hay menos información sobre la calidad de vida en pacientes con indicación de DAI como prevención primaria.<sup>275</sup>

Se dispone de diversos recursos para ayudar al paciente en el proceso de adaptación a la vida con DAI, una adecuada programación de los criterios de detección y las terapias de estimulación anti taquicardia hacen reducir significativamente el número de descargas y

---

<sup>272</sup> *Ibíd.*

<sup>273</sup> FLEMMER, Inger; JOHANSSON, Ingela and STROMBERG, Anna. Living with life-saving technology - coping strategies in implantable cardioverter defibrillators recipients. *In: Journal of Clinical Nursing*. May 2011. Vol. 21, no 3-4, p. 311-321.

<sup>274</sup> PEINADO, Rafael; MERINO, José; ROA, José; MACÍ, Ester y QUINTERO, Oscar. Calidad de vida y estado psicológico de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable. *En: Revista española de cardiología*. 2008. Vol. 8, no 1, p. 40A-50A. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.revvespcardiol.org/es/calidad-vida-estado-psicologico-los/articulo/13113869/>>[citado en 27 de julio de 2014]

<sup>275</sup> *Ibíd.*, p. 40A-50A.

hace menos probable el deterioro de la calidad de vida. Se encontró que los pacientes que han experimentado una reducción de las descargas del DAI, y a la vez han recibido terapias psicológicas y/o farmacológicas, así como intervención psicoterapéutica, han demostrado eficacia y mejoría de la calidad de vida.<sup>276</sup>

Autores como Rassin y cols, encontraron que las personas a quienes se les había implantado un DAI, manifestaron miedo secundario a que desconocían cuál era la forma correcta para la movilización del cuerpo, la higiene personal, la actividad sexual, la actividad física, el cuidado de la herida quirúrgica, cambios en el hábito alimentario así como en el uso correcto de equipos electrónicos o electrodomésticos,<sup>277</sup> estos hallazgos se identificaron en los participantes de esta investigación, aunque es de anotar que ninguno de los participantes menciona el tema relacionado a su actividad sexual.

El estudio de Luderitz y cols<sup>278</sup>, citado en el marco conceptual, menciona que evaluaron la calidad de vida después del implante del DAI en 43 pacientes, 15 de ellos reportaron tener miedo ante una descarga, mientras que 8 manifestaron malestar físico causado por el dispositivo.

Por otra parte Sneed y cols<sup>279</sup> realizaron una encuesta a 261 personas con DAI, encontraron que las preocupaciones relacionadas con el dispositivo originaban depresión, tristeza y miedo, lo cual llevaba a una disminución del nivel de confort en los pacientes y sus familias. Esta situación llevó a la formación de un grupo de apoyo emocional donde canalizaban sus necesidades. Estos grupos de apoyo tuvieron una repercusión importante, desde el preoperatorio, periodo considerado de crisis ya que la ansiedad y el miedo son inevitables, evidenciaron la importancia de información y apoyo emocional para ese momento del tratamiento.

Otros estudios demuestran que los pacientes tienen miedo a permanecer solos y a la familia también les genera temor el hecho de dejarlo sin un cuidador, les produce intranquilidad la ocurrencia de una descarga durante su ausencia<sup>280</sup>

Es importante resaltar como bajo una visión recíproca, el profesional de enfermería valora las diferentes dimensiones de la persona al aceptar su interactividad y la unicidad de cada una de ellas y reconoce, en la dimensión espiritual, aspectos como el significado de la experiencia para las personas implicadas y el valor de la relación en la búsqueda de una armonía entre las diferentes dimensiones.<sup>281</sup>

La esperanza es una parte de la realidad de las personas importantes para afrontar la vida que ayuda en eventos de mayor estrés y alivia el estrés emocional, asociándose de forma negativa con la depresión. La desesperanza acarrea problemas de ajuste en la

---

<sup>276</sup> Ibíd., p. 40A-50A.

<sup>277</sup> RASSIN, et al. Op. cit., p. 56.

<sup>278</sup> LUDERITZ, y cols. Op. cit., p. 118-289.

<sup>279</sup> SNEED. Op. cit., p. 317-322.

<sup>280</sup> MOLCHANY & PETERSON. Op. cit., p. 23-29.

<sup>281</sup> SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004. p. 39.

cotidianidad, y estrés psicológico que afecta la supervivencia, la cual junto al desespero se asocian al sufrimiento.<sup>282</sup>

---

<sup>282</sup> KYLMA, J. y cols. Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: a grounded theory study. In: Journal of Advanced Nursing. March 2001. Vol. 33, no 6, p. 64-775. En: SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004. p. 195.

## **5. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones**

### **5.1 Conclusiones**

La experiencia de las personas que viven con un DAI, indica que su situación, aunque en las narrativas expresan elementos comunes para cada uno de ellos, es única y la viven de manera intensa. Esa experiencia así como las capacidades, la edad, el estado de salud, los recursos, los intereses y las motivaciones, juegan un papel importante en la definición y decisiones del cuidado, también aportan herramientas para la disciplina de enfermería y para la práctica del cuidado de la salud.

Esta investigación demuestra la importancia del abordaje cualitativo, bajo el paradigma interpretativo, dado que las historias contadas por los sujetos de cuidado a los profesionales de la salud, se constituyen en un retrato dialogado de sus experiencias y son vistas como la mejor manera para captar la riqueza y la diversidad de las experiencias subjetivas en la práctica.

Teniendo en cuenta la experiencia que viven los portadores del DAI, el cuidado de enfermería debe contemplar y comprender los sentimientos y emociones generados por el dispositivo, el apoyo y orientación que el profesional de enfermería y el resto del equipo de salud deben proporcionar de manera individualizada, a sus familiares o cuidadores. La comunicación e interrelación entre el paciente y la enfermera genera habilidades que facilita la forma de encontrar las necesidades específicas, la experiencia particular de su condición de salud, relacionados con el DAI, y lograr que la adaptación hacia el dispositivo sea de forma continua.

Luego de un proceso inductivo, se definen cinco categorías: Estableciendo cambios en el estilo de vida (cotidianidad), reconociendo el apoyo, promoviendo la adaptación y el afrontamiento a su nueva condición de salud, definiendo su cuidado y viviendo en la incertidumbre. Simultáneamente se lleva a cabo el análisis, la interpretación y la descripción del fenómeno de la experiencia de vivir con un DAI.

La primera categoría, estableciendo cambios en el estilo de vida (cotidianidad) está conformada por códigos relacionados con hábitos y prácticas, actividad física, aislamiento social e imagen corporal. La segunda categoría, reconociendo el apoyo está conformada por códigos que hacen referencia al apoyo social (por parte de la familia y del equipo de salud) y aferrándose a la fe (hacia un Ser Supremo). La tercera categoría, promoviendo la adaptación y el afrontamiento a su nueva condición de salud, la conforman códigos como

la identificación de problemas con el dispositivo, confianza, seguridad frente a la tecnología y adherencia. La cuarta categoría, definiendo su cuidado, está conformada por códigos como la experiencia y la toma de decisiones frente al cuidado. Y la quinta categoría, viviendo en la incertidumbre, la conforman códigos como síntomas frente a las descargas, miedo, preocupación, sufrimiento y temor a la muerte.

El cuidado es un proceso intersubjetivo y comienza cuando el profesional de enfermería: conoce, comprende y da sentido a las experiencias de salud y de vida de los sujetos, lo cual permite fortalecer las capacidades de la persona, familia y entorno. Le facilita entender los cambios en los estilos de vida y utiliza estrategias que contribuyan a la aceptación de una nueva situación de salud. Determina la planeación del cuidado de enfermería a partir de las necesidades, teniendo como base la experiencia actual de salud, es decir, la situación tal como es vivida por la persona, elemento fundamental en el acto de cuidar.

La práctica del cuidado de enfermería puede considerarse como: un campo de experiencias donde el eje es la interacción del sujeto de cuidado y su cuidador, mediante procesos creativos y sustentados en la evidencia científica. La complejidad de la situación de salud de los sujetos portadores de DAI, requiere de un cuidado individualizado de enfermería en donde se integre los conocimientos de la disciplina, una práctica de excelencia, la tecnología y el trabajo en equipo.

Para los profesionales de enfermería debe ser prioritario brindar cuidado humanizado, no solo desde el conocimiento y manejo de insumos tecnológicos como los dispositivos cardíacos, en este caso el DAI que llega a salvar la vida de las personas cuando se desencadena una muerte súbita por presencia de una arritmia ventricular, sino también el verdadero cuidado de enfermería debe contemplar la totalidad del ser humano, el bienestar espiritual puede significar un factor de crecimiento personal, un aspecto de trascendencia que los acerca a muchas respuestas necesarias para dar sentido a la vida, la cotidianidad, el dolor y el sufrimiento humano.

Con respecto a las experiencias humanas de salud, se constituyen en la guía principal para el desarrollo de: el saber ser (valores, creencias, convicciones y actitudes), el saber (conocimiento, comprensión, análisis crítico y síntesis) y el saber hacer (habilidades relacionales y técnicas). En su conjunto convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

Resulta importante para enfermería conocer el fenómeno de la experiencia de vivir con un DAI, porque de esta forma se puede ayudar a fortalecer aquellos aspectos de cada persona que garantizan una óptima recuperación, como el cambio en el estilo de vida y la adherencia al tratamiento. Y también ofrece orientación en el planteamiento de diagnósticos, intervenciones y resultados, indicadores empíricos al momento de realizar planes de cuidado individualizado.

## 5.2 Recomendaciones e implicaciones para enfermería

A nivel disciplinar, se recomienda continuar investigando cómo es la experiencia de la personas que viven con un DAI, para llegar a comprender con claridad estos fenómenos de enfermería, ya que la revisión de la literatura dejó en evidencia la escasa documentación que existe al respecto en la población colombiana.

Se requiere fortalecer el sistema de seguimiento y control a las personas portadoras de un DAI, que les permita un monitoreo permanente, integral e individualizado, para garantizar el apoyo específico, especialmente en momento de crisis, tanto al paciente como a la familia.

Se recomienda generar, socializar, evaluar y retroalimentar protocolos de manejo, políticas y programas de salud específicos, que estén dirigidos a esta población y que de acuerdo a los avances investigativos en el área permitan generar mayor visibilidad desde y para la disciplina profesional de enfermería.

Socializar los resultados de esta investigación al personal de enfermería de la Fundación Clínica Shaio, dando prioridad a quienes cuidan personas portadoras del DAI, en la unidad de cuidado coronario, unidad de cuidado intensivo, urgencias, hospitalización, así como en otras instituciones de salud, que prestan sus servicios a estos sujetos de cuidado.

Teniendo en cuenta que el análisis de contenido tiene como finalidad generar conocimientos con la representación de los hechos y permite clasificar el contenido en categorías apropiadas para describir de forma ordenada y metódica para convertir los fenómenos registrados en “bruto” en hallazgos que son tratados científicamente; se recomienda continuar su implementación como una metodología que ofrece la posibilidad de contribuir a mejorar la práctica de cuidado y al desarrollo del conocimiento de enfermería en esta área específica.

Desde la línea de investigación de Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, el desarrollo de investigaciones con la aplicación de teorías de mediano rango para apoyo de la práctica y poder brindar cuidado acorde a las necesidades individuales de los sujetos de cuidado.

Finalmente, es determinante para enfermería abordar fenómenos relacionados con la experiencia, el tratamiento y la recuperación de la salud, donde el beneficiario es el sujeto de cuidado y su familia, mediante estudios cualitativos e interpretativos que permiten la comprensión de las experiencias y proporcionan al profesional de enfermería, un conocimiento de gran riqueza y una profundización en la naturaleza de los seres humanos, donde el lenguaje expresado a través de la comunicación y la interacción con las personas es el todo de la experiencia humana.

## 5.3 Limitaciones

La falta de experiencia de la investigadora para desarrollar la capacidad de extraer de las narrativas los hallazgos centrados en el fenómeno de investigación, debido a que los

participantes en ocasiones narraban la experiencia relacionándola con situaciones similares de salud.

Las habilidades de la investigadora para implementar procesos de escritura de textos argumentativos, que requirió el acompañamiento y asesoría por parte de la directora de tesis.

Los compromisos laborales y aspectos relacionados con la disponibilidad de tiempo, que por momentos limitaron la dedicación a la tarea investigativa.

# **A. Anexo: Formato Consentimiento Informado**

**Universidad Nacional de Colombia.  
Facultad de Enfermería  
Postgrados en Enfermería**

**LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)**

FECHA:

HORA:

Apreciado Señor (a):

Usted actualmente asiste a la consulta externa del Instituto de arritmias “Josep Brugada” y Centro de Estimulación Cardíaca “Jorge Reynolds” de la Fundación Clínica Shaio, ya que es portador de un DAI. Por esta razón está invitado a participar en el proyecto de investigación: “LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)”, el cual hace parte de la tesis de grado de la estudiante de Maestría en enfermería, Naydu Magally Peña Iguavita, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Esta investigación está planeada llevarse a cabo desde junio hasta agosto del año 2013 y parte de la necesidad de conocer su experiencia, con el propósito de adquirir las herramientas necesarias para entender y planear el cuidado de enfermería de forma integral e individualizada a personas que como usted está pasando por una condición de salud similar.

Si toma la decisión de participar, previa información sobre este estudio, lo debe autorizar por escrito.

La información que se necesita para desarrollar el estudio se obtendrá haciendo la revisión de su historia clínica, luego se le pedirá que responda unas preguntas relacionadas con su experiencia desde el momento en que le implantaron el cardiodesfibrilador automático (DAI). Se realizarán dos entrevistas, con duración aproximada de 45 minutos a una hora cada una, se le solicitará autorización para poderlas realizar en el lugar que usted prefiera y de común acuerdo establecer una fecha y hora determinada.

Hay interés en grabar en cinta de audio sus respuestas a la entrevista para asegurar la exactitud del registro de su experiencia tal como la describe, las cintas serán mantenidas en un lugar seguro hasta que sus respuestas sean transcritas, y posteriormente verificadas por usted, luego esas cintas serán destruidas.

Si usted no desea que sus respuestas sean grabadas, el registro se realizará por escrito, sin afectar el desarrollo de la entrevista.

Posteriormente la información suministrada será analizada por parte del investigador con el fin de mantener la confidencialidad, luego se transcribirá, se socializará con usted, y así nos dará a conocer si la información registrada es verídica.

Usted está en todo su derecho y libertad de hacer las preguntas que tenga al respecto, si decide participar y autoriza el uso de la información obtenida en la entrevista se le pedirá que firme al final de este formato.

Aunque el riesgo que se contempla al realizar la entrevista es mínimo, es su decisión suspender, retomar o finalizarla según usted lo decida. Si es necesario, se contará con la colaboración del personal del Instituto de arritmias “Josep Brugada” de la Fundación Clínica Shaio.

Su participación no tiene costo, la información que suministre al respecto será de carácter confidencial, con fines académicos y los datos que puedan ser publicados no revelarán su identidad, tampoco generará retribución económica. Usted tiene libertad para retirarse de este proyecto en el momento que lo considere y decida.

Los resultados de esta investigación serán difundidos de varias formas, en un evento científico nacional y/o internacional, publicación de un artículo en una revista Indexada en una base de datos que permita la divulgación del conocimiento aportado a la disciplina. Por otra parte se presentarán los resultados en Fundación Clínica Shaio, ante el Comité de Ética e investigaciones, al Departamento de Educación y al Departamento de Enfermería.

Es importante que usted sepa que esta investigación está avalada por el comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia y el Comité de Ética e Investigaciones (CEI) de la Fundación Clínica Shaio, para su desarrollo en la institución.

Teniendo en cuenta lo anterior,

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad, tipo \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ he sido informado sobre el objetivo de la investigación “LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)”, autorizo al investigador Naydu Magally Peña Iguavita, quien me ha explicado claramente los fines, riesgos y la forma cómo va a ser utilizada la información grabada durante las entrevistas para el desarrollo de la investigación.

He tenido conocimiento de las características de la investigación y me comprometo libremente a colaborar y a ofrecer la información necesaria para esta, además sé que tengo la opción de retirarme del estudio en el momento que lo considere.

## La experiencia de vivir con un desfibrilador automático implantable (DAI)

---

Comprendo claramente que los datos que se recolectarán a través de las entrevistas serán tratados confidencialmente, así como mi identidad, que los resultados del estudio no me van a exponer públicamente, que la entrevista no generará mayores riesgos, así como tampoco influirán en el tratamiento de mi enfermedad de base y que obtendré una copia de este consentimiento.

Agradezco su colaboración

---

Firma del Investigador Principal  
Naydu Magally Peña Iguavita  
CC. 52071255 de Bogotá  
Estudiante de Maestría en enfermería, con Énfasis en salud cardiovascular.  
Posgrados Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.  
Teléfono: 3165000 Ext. 10326 – 10333

Nombre del participante: \_\_\_\_\_  
Número de Cédula: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Huella  
Fecha: \_\_\_\_\_ (Día /mes /año)

### Testigo Número 1

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Número de cédula: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ (Día /mes /año)

### Testigo Número 2

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Número de cédula: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ (Día /mes /año)

Para obtener información adicional puede comunicarse con Naydu Magally Peña Iguavita, enfermera, estudiante del programa de Maestría de Enfermería al teléfono 4498196 o al celular 3002195831. Dirección de residencia: Carrera 78 A # 6- B -28 Interior 12 Apto. 301 y/o con el Comité de ética de la Facultad de Enfermería, Posgrados en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, al teléfono: 3165000 Ext. 10326 – 10333.

---

También ante cualquier inquietud del estudio puede comunicarse con el Presidente del CEI, de la Fundación Clínica Shaio, Doctor Jorge Alberto Aldas Gracia al número celular 3153360605.

Esta investigación se rige de acuerdo a los aspectos éticos especificados en la Resolución No. 2378 de 2008 Artículo II, Parágrafo (Buenas Prácticas Clínicas) del Ministerio de Salud de la República de Colombia, y en concordancia con la Declaración de Helsinki.

## B. Anexo: Formato Registro de Información - Revisión de la Historia Clínica.

La Experiencia de Vivir con un Desfibrilador Automático Implantable (DAI)

Fecha:

Nombre del paciente:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Código asignado:

Género:

Ocupación:

Estado civil:

Estrato socioeconómico:

Escolaridad:

Afiliación a la seguridad social:

### ANTECEDENTES

Personales:

Familiares:

Quirúrgicos:

Farmacológicos:

Etiología de la enfermedad: Chagásica \_\_\_\_\_ Isquémica \_\_\_\_\_

Idiopática \_\_\_\_\_

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) : \_\_\_\_\_

Indicación para el implante del DAI: Prevención primaria \_\_\_\_\_ Prevención secundaria \_\_\_\_\_

Tiempo de implante en años: \_\_\_\_\_

Experiencia de choques y descargas: \_\_\_\_\_ Número de choques: \_\_\_\_\_

Condición de salud y concepto del funcionamiento del DAI, luego de asistir a la consulta de control en el instituto de arritmias “Josep Brugada” de la fundación clínica Shaio.

---

---

---

## C. Anexo: Guía para la Entrevista No Estructurada

LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)

Participante código: \_\_\_\_\_ Número de entrevista: \_\_\_\_\_

Se dio la bienvenida, luego se explicó que el propósito de la entrevista era conocer su opinión en cuanto a la experiencia de tener un DAI después de un año de haber sido implantado.

Se agradeció la participación, y se pidió permiso para grabar la entrevista.

El participante accedió a la grabación.

La hora de inicio de la entrevista fue \_\_\_\_\_.

Previo a la realización de la entrevista se obtuvo toda la información relacionada con la condición de cada participante, a través de la revisión de la historia clínica.

Se permitió un espacio que propiciara un clima facilitador para el desarrollo de la entrevista.

La investigadora inicialmente realizó de forma verbal a los participantes, las preguntas que aparecen a continuación. Una vez iniciada la entrevista se dio comienzo a la grabación.

- ¿Hace cuánto tiempo le colocaron el desfibrilador?
- ¿Usted me puede contar cómo ha sido su experiencia desde que vive con el Desfibrilador automático implantable (DAI)?
- Trate de recordar cómo se sintió y se ha sentido en cada momento y con cada situación.
- Por favor no pare hasta que usted sienta que ha comentado su experiencia y sentimientos tan completos como sea posible.

Muchas gracias por compartir su experiencia...

## **D. Anexo: Carta de solicitud de aprobación al Comité de Ética institucional: Fundación Clínica Shaio**

Bogotá, 25 Abril de 2013

Doctor

Jorge Alberto Aldas Gracia  
Presidente Comité de Ética e Investigaciones  
Fundación Clínica Shaio.  
Ciudad

Respetado doctor:

Con la presente se solicita poner en consideración la investigación: “LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)”, para su posterior aplicación en la Fundación Clínica Shaio, de la ciudad de Bogotá.

La anterior será el sustrato para desarrollar el Trabajo de Grado, requisito para optar al título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular, programa del cual hago parte en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Atentamente,

---

Naydu Magally Peña Iguavita  
Firma de la Investigadora

## E. Anexo: Carta de Aval Comité de Ética Institucional: Fundación Clínica Shaio



CEI 804  
Bogotá, Miércoles 5 de junio de 2013

PRIMER CENTRO CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

Enfermera  
**NAYDU MAGALLY PEÑA IGUAVITA**  
Investigador principal  
Ciudad

Respetada Enfermera:

El Comité de Ética e Investigaciones de la Fundación Abood Shaio, en la sesión del 5 de junio de 2013 - Acta 184 aprueba el desarrollo en la institución del estudio "**Experiencia de vivir con un desfibrilador automático implantable DAI**". Se evalúan los siguientes documentos:

| Documento                           | Versión              | Fecha            |
|-------------------------------------|----------------------|------------------|
| Proyecto de Tesis                   | Versión uno-Español  | Mayo 26 de 2013  |
| Condiciones éticas mínimas          | Versión dos-Español  | Abril de 2013    |
| Formato de Consentimiento informado | Versión uno -Español | Mayo 26 de 2013  |
| Formato de registro de información  | Versión uno-Español  | Abril 29 de 2013 |
| Presupuesto                         |                      | Abril 29 de 2013 |
| Hoja de vida Investigador Principal |                      | Abril 29 de 2013 |
| Soportes del investigador principal |                      | Abril 29 de 2013 |
| Declaración de Helsinki             | Versión uno -Español | Abril 29 de 2013 |

*Deseamos éxitos en el desarrollo del estudio y agradecemos enviar un resumen de los resultados una vez sea finalizado.*

Atentamente,

**Jorge Alberto Aldas Gracia**

Responsable de la comunicación: Presidente Comité de Ética e investigaciones  
Fundación Abood Shaio – Diagonal 115A N° 70C – 75 Bogotá  
Email: [comiteeticainvestigaciones@shaio.org](mailto:comiteeticainvestigaciones@shaio.org) – Telefax: 571 – 6243372

COMITÉ DE ÉTICA  
INVESTIGACIONES  
FUNDACIÓN ABOOD SHAI0

- 5 JUN 2013

DOCUMENTO

Jorge Aldas

## **F. Anexo: Carta de solicitud de aprobación al Comité Ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional De Colombia**

Bogotá, 10 Mayo de 2013

SEÑORES:  
COMITÉ DE ÉTICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
Ciudad

Cordial saludo,

Con la presente declaro que a la actualidad NO he iniciado el proceso de recolección de datos, del proyecto de investigación: "LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)"

El proyecto mencionado será fundamento para el desarrollo del Trabajo de Grado, para optar al título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular, programa del cual hago parte en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Atentamente,

---

Firma de la Investigadora principal  
Naydu Magally Peña Iguavita  
C. C. 52071255 de Bogotá

# **G. Anexo: Carta de aval Comité Ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional De Colombia**

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN

**UGI-145-2013**

Bogotá D.C., 21 de Mayo de 2013

Profesora

**VIVIANA MARYCEL CÉSPEDES**

Directora Posgrados en Enfermería Unidisciplinarias

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 20 de Mayo de 2013 Acta No.09, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación de Maestría en Enfermería **“La experiencia de vivir con un Desfibrilador Automático Implantable (DAI)”** de la estudiante Naydu Magally Peña Iguavita, directora profesora Clara Virginia Caro Castillo.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

**(ORIGINAL FIRMADO POR)**

-----

**YURIAN RUBIANO MESA**

Presidenta Comité de Ética\*

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

\* Delegada por la Decana

Copia:

Naydu Magally Peña. – **Estudiante Maestría.**

Clara Virginia Caro C. – **Directora Tesis.**

Carrera 30 No.45 - 03, **TORRE DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, piso 8, Oficina 805

Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17020 Fax: 17021

Correo electrónico: [ugi\\_febog@unal.edu.co](mailto:ugi_febog@unal.edu.co) Bogotá, Colombia, Sur América

## H. Anexo: Cronograma de actividades

[illegible]

# I. Presupuesto

| Actividad                   | Valor de la unidad en pesos                                                                                              | Total mes    | Total         |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| Asesoría académica de tesis | 120.000 por Hora (Manual de costos, Centro de investigación y extensión. Facultad de Enfermería) (80 horas por semestre) | \$ 2.400.000 | \$ 28.800.000 |
| Computador portátil         | \$ 1.600.000                                                                                                             | -            | \$ 1.600.000  |
| Memoria USB                 | \$ 10.000                                                                                                                | -            | \$ 10.000     |
| Grabadora                   | \$ 150.000                                                                                                               | -            | \$ 150.000    |
| Baterías grabadora          | \$ 4.000 par                                                                                                             |              | \$ 20.000     |
| Impresiones                 | \$ 100                                                                                                                   |              | \$ 20.000     |
| Hojas de papel              | \$ 10.000 Resma                                                                                                          | 2 resmas     | \$ 20.000     |
| Bolígrafos                  | \$ 800                                                                                                                   | 4 Unidades   | \$ 3.200      |
| Transporte                  | \$ 1.700                                                                                                                 |              | \$ 170.000    |
| Internet                    | \$ 500 (Minuto)                                                                                                          |              | \$350.000     |
| TOTAL                       |                                                                                                                          |              |               |
|                             |                                                                                                                          |              | \$31.143.200* |

La investigación se ejecutó con recursos propios de la investigadora en su totalidad.



## Bibliografía

ACC/AHA/ESC. Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines Journal of the American College of Cardiology. 2006. Volume 48, Issue 5, Pages e247-e346. Disponible en internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109706018171>>. [citado en 19 de octubre de 2013]

ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela y ACHURY BELTRÁN, Luisa Fernanda. Aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con cardiodesfibrilador implantable. Artículo de reflexión derivado de la investigación. En: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2011. Vol. 19, no 2, p. 62-66. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112c.pdf>> [citado en 10 de enero de 2014]

ACHURY SALDAÑA, Diana. Adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardíaca. Enfermería Cardiovascular. Comité Editorial. Sociedad colombiana de Cardiología. Bogotá, D. C.: Distribuna. 2008.

ALCONERO CAMARERO, A y otros. Calidad de vida en personas portadoras de desfibriladores implantables. En: Enfermería en Cardiología. 2005. Vol. 12, no. 34, p. 38-41.

AL-KHATIB, S. M.; HELLKAMP, A. S.; FONAROW, G. C., et al. Association between prophylactic implantable cardioverter-defibrillators and survival in patients with left ventricular ejection fraction between 30% and 35%. In: JAMA. 2014. Vol. 311, no 21, p. 2209-2215. [on line]. Disponible en internet: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1877211>> [citado en 05 de agosto de 2013].

ÁLVAREZ, A.; MARIÑO, L.; JARAMILLO, C.; BETANCOURT, J., et al. Terapia pos implante de cardiodesfibrilador como prevención primaria y secundaria de muerte súbita en la Fundación Abood Shaio: seguimiento a un año. En: Revista Médica UIS. 2011. Vol. 24, no. 3. p. 259-270. Disponible en internet: <<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2840>>. [citado en 01 de abril de 2013].

ÁLVAREZ, María Isabel y cols. Evaluación de la calidad asistencial y posterior ajuste a la nueva situación tras e implante de un desfibrilador en pacientes

ingresados en la Unidad Coronaria del Hospital Virgen Macarena (Sevilla). En: Enferm Clin. 2006. Vol. 16, no. 6, p. 306-13.

ANGARITA, J.; LEGUIZAMÓN, S. Plan de cuidados de enfermería para suministrar apoyo emocional a los pacientes adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo adulto de la Clínica Partenón de Bogotá basado en la teoría de Kirsten Swanson. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

ARGÜELLO, Leyre; ROMERO, Irene. Trastorno de la imagen corporal. En: Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos de Fin de Grado. 2012. Vol. 4, no 1, p. 478-518. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1005/1017>>[citado en 14 de julio de 2014]

ARIZA, Claudia. Cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. Tesis doctoral. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, 2009. p. 222.

ARMSTRONG; David. La opinión del paciente. En: DE LA CUESTA, C. (compiladora). Salud enfermedad, lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999. p. 242.

ARREDONDO, Edith. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con falla cardíaca en una institución de Medellín. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

ARTAZCOZ, Lucía. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. In: Gac Sanit. 2004. Vol. 18, Suppl. 2, p. 1-2. [on line]. Available in internet: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021391112004000800001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000800001&lng=en&nrm=iso)>. [citado en 18 de enero de 2014]

BAINGER, E. M.; FERNSLER, J. I. Perceived quality of life before and after implantation of an internal cardioverter defibrillator. En: Am J Crit Care. 1995. N° 4, p. 36-43.

BARDIN, Laurence. El análisis de contenido. Madrid-España: Akal. S.A. 1986. (Traducción de César Suarez). p. 7.

BARDIN, Laurence. Organización del Análisis. En: Anàlice de contèudo. (5ª ed) Lisboa, Portugal. 2009. p. 121-142.

BEJARANO, Ana María, BALLESTEROS, Deyanira, MAHECHA, Cielo y MURCIA, Esperanza. Reconociendo las diferencias en la experiencia de los síntomas de enfermedad coronaria según género: Una estrategia de divulgación del conocimiento en los profesionales de salud en el área cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

BELTRÁN SALAZAR, Oscar Alberto. La práctica de Enfermería en Cuidado Intensivo. En: Aquichan. Abril 2008. Vol. 8, no. 1. Abril 2008. p. 50-63.

BERELSON, B. Content Analysis in Communication Researches. Glencoe III: Free Press. 1952. Citado por: LOPEZ NOGUERO, Fernando. El análisis de contenido como método de investigación. Revista de Educación. Universidad de Huelva. 2002. No 4, p. 173. Disponible en internet: <<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf?sequence=1>>. [Consultado 10 Octubre 2014].

BORAITA, Aracely. Exercise as the Cornerstone of Cardiovascular Prevention. En: Revista Española de Cardiología. Vol. 61, no 5, p. 514-528.

BOYKIN, Anne and SCHOENHOFER, Savina. Is there really time to care? In: Nursing Forum. 2000. Vol. 35, no 4, p. 36- 38.

BOYKIN, Anne and SCHOENHOFER, Savina. Nursing as caring: A model for transforming practice. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers. 2001.

BUCK, C. et al. El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Organización Panamericana de la Salud. No. 505. 1988. En: MENÉNDEZ, Eduardo. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En: Estudios sociológicos. 1998. Vol. 16, no 46, p. 49.

BUITRAGO, Lilia y cols. Plan de cuidado de enfermería basado en el modelo de Autocuidado de Dorothea Orem para personas con antecedente de cambio valvular que reciben anticoagulación oral. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2005.

BURNS, Nancy y GROVE, Susan. Introducción al proceso de investigación cualitativa. Investigación en enfermería. (5ª ed). Madrid, España: Elsevier. 2012, p. 72-77.

BURNS, Nancy; GROVE, Susan. Investigación en enfermería. (3ª ed). Madrid, España: Elsevier. 2008, p. 387.

CÁCERES, Pablo. Análisis Cualitativo de Contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. Revista de la Escuela de Psicología. Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2003. Vol. 2, no. 1, p. 58.

CARLSSON, Eva, et al. The Role of the Nurse in Enhancing Quality of Life in Patients with an Implantable Cardioverter-Defibrillator: The Swedish Experience. In: Progress in cardiovascular nursing. 2007. Vol. 17, no. 1, p. 18-25.

CARROLL, D. L.; HAMILTON, G. A.; McGOVERN, B. A. Changes in health status and quality of life and the impact uncertainty in patients who survive life-threatening arrhythmias. En: Heart Lung. 1999. No 28, p. 251-60.

CARROLL, Diane; HAMILTON, Glenys and KENNEY, Barbara. Changes in health status, psychological distress, and quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients between 6 months and 1 year after implantation. In: European Journal cardiovascular nursing. 2002. No 1, p. 213-219. . [on line]. Available in internet: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14622676> >. [cited May. 15, 2014]

CASALES, J. C. Psicología social. Contribución a su estudio. La Habana: Ciencias Sociales. 1989. En: MEDISAN. Feb de 2009. Vol. 13, no 1. [en línea]. Disponible en internet: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100010&lng=es)>. [citado en 20 de agosto de 2011] ISSN 1029-3019.

CASAS, J.; REPULLO, J.; PEREIRA, J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. En: Med Clin (Barc). 2001. Nº 116, p. 789 -796.

CASTILLO, Edelmira y VASQUEZ, Martha. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. En: Colombia Médica. 2003. Vol. 34, no. 3, p. 164- 167.

CHIARANAI, C. A Phenomenological Study of Day-to-Day Experiences of Living With Heart Failure: Do Cultural Differences Matter? In: [J Cardiovasc Nurs](#). Jul 2014. Vol. 29, no 4, p. E9-E17. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24231892>>. [cited on may 10, 2014]

COFFEY, A. & ATKINSON, P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Facultad de enfermería. (Traducción Zimmerman, E. 2003, p. XV)

COLOMBIA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Informe de gestión, Ministerio de Protección Social, 2002-2010. [en línea]. Disponible en internet: <[www.minproteccion](http://www.minproteccionsocial.gov.co)social.>

gov.co/buscar/results.aspx?k=promedio%20de%20camas%20UCIS%20por%20habitantes>. [citado en 22 de septiembre de 2014].

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 911 (5, octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D. C., 2004, no. 45.693. p. 1-15.

COOK, T. & REICHARDT, C. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. España: Morata. 1986. p. 35.

CORTÉS, Beatriz. Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. En: Nueva Antropología. 1997. Vol. 16, no. 53, p. 89-115. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.redalyc.org/pdf/159/15905305.pdf>> [citado en : 12 marzo de 2014]

DAZA, C.; TORRES, A. y cols. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, Participación y Afecto. En: Index Enferm. 2005. Vol. 14, no. 48-49.

DE BORDE R. The automated implantable cardioverter. In: Clinical Issues in Critical Care Nursing. 1991. No. 2, p. 170-177.

DE LA CUESTA, C. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. En: Salud pública Méx. 1999. Vol. 41, no 2, p. 124-129. [online]. Disponible en internet: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00366341999000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00366341999000200007&lng=en&nrm=iso)>. [citado 2013-03-03], ISSN 0036-3634. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341999000200007>.

DE ROUX, Gustavo I. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. En: Educ Med Salud. 1994. Vol. 28, no. 2.

DEL BARRIO, M.; LACUNZA, M. y ARMENDARIZ, A. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo, estudio fenomenológico. En: Enferm Intensiva. 2001. Vol. 12, no. 3, p. 135 - 141.

DO PRADO, M., DE SOUZA, M. y CARRARO, T. Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Washington D. C.: OPS. 2008.

DOUGHERTY, C. M. Psychological reactions and family adjustment in shock versus no-shock groups after implantation of internal cardioverter defibrillator. In: Heart Lung. 1995. No 24, p. 281-291.

DOUGHERTY, C. M.; BENOLIEL, J. Q.; BELLIN, C. Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest automatical internal cardioverter defibrillator implantation. En: Heart Lung. 2000. Nº 29, p. 79-86.

DOUGHERTY, C. M.; PYPER, G. P.; FRASZ, H. A. Description of a nursing intervention program after an implantable cardioverter defibrillator. In: Heart Lung. 2004. No 33, p. 183-90. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15136779>>. [cited Apr, 03, 2014]

DURÁN DE VILLALOBOS, María Mercedes. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2001. p. 74.

ECKERT, M.; JONES, T. How does an implantable cardioverter defibrillator in the lives of patients and their families? In: Int J Nurs Pract. 2002. Vol. 8, no 3, p. 152-7. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000634>>. [cited May, 13, 2014]

ELOSEGUI ITXASO, Lucía. Calidad de vida en pacientes con desfibrilador automático Implantable. Tesis Doctoral. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza. 2014. [en línea]. Disponible en internet: <<http://zaguan.unizar.es/record/15780?ln=es>> [citado en 10 de abril de 2014]

EMBREE, Lester. Análisis Reflexivo: Una primera introducción a la investigación fenomenológica. Morelia, México: Red Utopía. 2003. p. 543.

EMDEN, C. Becoming a reflective practitioner. En: Towards a discipline of Nursing. Churchill Livingstone, Melbourne, 1991. p. 335-354

ESPITIA, Sonia. Percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida, de un grupo de personas que padecieron un evento coronario agudo. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

FAWCET, Jacqueline. Implementing nursing models and theories in practice (cap .2) En: Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories. 2º ed. FA Davis Company- Philadelphia. 2005. p. 31-48.

FEARS, S. F.; CONTI, J. B. Quality of life and psychological functioning of ICD patients. In: Heart. 2002. No 87, p. 488-93.

FERREIRA, Márcia. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. En: Rev. Bras. Enferm. Jun 2006. Vol. 59, no. 3, p. 327-330. ISSN 0034-7167.

FITZPATRICK R. Lay. Concepts of illness. En: FITZPATRICK R, HINTON J, NEWMAN S, SCAMBLER G, THOMPSON J, (comp). The experience of illness. Londres: Tavistock, 1984. p. 11-31.

FLEMMER, Inger; JOHANSSON, Ingela and STROMBERG, Anna. Living with life-saving technology - coping strategies in implantable cardioverter defibrillators recipients. In: Journal of Clinical Nursing. May 2011. Vol. 21, no 3-4, p. 311–321.

FRASURE SMITH, Nancy and LESPERENCE, François. Depression and other psychological risk following myocardial infarction. En: BUITRAGO MALAVER, Lilia. Experiencias vividas de las mujeres en la etapa post infarto agudo de miocardio. Trabajo de Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2010. 140 p.

FRESHWATER, D. Therapeutic Nursing: Improving patient care through self-awareness and reflection. London: Sage Publications Ltd. 2002. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446220719>

FRESHWATER, D., Reflective practice: the state of the art. En: Reflective practice in nursing. Blackwell publishing. Sigma Theta Tau International. Honor Society of Nursing. 2008. p. 11- 12.

FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIQ. Página web. [en línea]. 2014. Disponible en internet: <[http://www.shaio.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=322&Itemid=722&lang=es](http://www.shaio.org/index.php?option=com_content&view=article&id=322&Itemid=722&lang=es)> [citado en 21 de abril de 2014]

GARCÍA, Sandra. Cuidados al paciente con desfibrilador automático implantable. En: Nure Investigación. Revista científica de enfermería. Marzo – abril 2011. No 51. [en línea]. Disponible en internet: <[http://www.fuden.es/protocolos\\_obj.cfm?ID\\_PROTOCOLO=111&ID\\_PROTOCOLO\\_INI=1](http://www.fuden.es/protocolos_obj.cfm?ID_PROTOCOLO=111&ID_PROTOCOLO_INI=1)> [citado en 20 de junio de 2013]

GARZÓN, Nelly, et al. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Centro de Extensión e Investigación. 2008. p. 2.

GLASER, B. and STRAUSS, A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 1999. New York: Aldine De Gruyter. Citado por: CÁCERES,

Pablo. Análisis Cualitativo de Contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. En: Revista de la Escuela de Psicología. Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2003. Vol. 2, no. 1, p. 58.

GODEMANN, F.; BUTTER, C.; LAMPE, F., et al. Determinants of the quality of life (QoL) in patients with an implantable cardioverter defibrillator (ICD). In: Qual Life Res. 2004. Vol. 13, no 2, p. 411-6. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085913>>. [cited Aug, 28, 2014]

GONZALES-TORRECILLA, E. Indicaciones actuales del desfibrilador automático implantable. En: Rev Esp Cardiol Supl. 2008. Nº 8, p. 3A-8a.

GREGORATOS, G.; ABRAMS, J.; EPSTEIN, A.; et al. Guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). Circulation. 2002; 106:2145-61. En: MARTÍNEZ, Martín, et al. Manejo de los pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable en los servicios de urgencias hospitalarias. Emergencias. 2005. Vol. 17, p. 180-196.

GRIMBERG, Mabel. Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Antropofagia. 2009. p. 189.

GRUPO DE CUIDADO. Nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. En: Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Unibiblos. 2002. p. 4-13

HAMILTON, G.; CARROLL, D. The effects of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients. In: Journal of Clinical Nursing. February 2004. Vol. 13, no 2, p. 194-200.

HAVERKAMP, B. & YOUNG, R. Paradigms, purpose, and the role of the literature: Formulating a rationale for qualitative investigation. In: The counseling Psychologist. 35, p. 265-294. Citado por: BURNS, Nancy y GROVE, Susan. Introducción al proceso de investigación cualitativa. Investigación en enfermería. (5ª ed). Madrid, España: Elsevier. 2012, p. 73.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. (4ª ed). México, D. F.: McGraw Hill Interamericana. 2006. p. 665-666.

HOLLOWAY, I. and WHEELER, S. Qualitative Research for Nurses. London: Blackwell Science. 1996. En: DE LA CUESTA, C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. En: Investigación y Educación en enfermería. Septiembre de 1997. Vol. 15, no 2, p. 22. [en línea]. Disponible en internet:

<[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta\\_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf)> [citado en 13 de marzo de 2014]

HOYOS, Guillermo y VARGAS, Germán. La teoría de la acción comunicativa como nuevo paradigma de investigación en ciencias sociales: Las ciencias de la discusión. Bogotá, D. C.: Corcas, p. 130.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Observatorio Nacional de Salud. Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. [en línea]. Pagina. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D. C. Colombia. 2014. Disponible en internet:

<<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>>. [citado en 1 de octubre de 2014].

JAMES, J. Living on the edge-patients with an automatic cardioverter defibrillator (AICD): implications for nursing practice. En: Nurs Critic Care. 1997. No 2, p. 163-168.

KAMPHUIS, H.; DE LEEUW, J.; DERKSEN, R. ; HAUER, R. & WINNUST, J. Implantable cardioverter defibrillator recipients: quality of life in recipients with and without ICD shock delivery: a prospective study. In: Europace. Oct 2003. Vol. 5, no 4, p. 381-9. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14753636>>[cited on jun 27, 2014]

KAMPHUIS, Helen; VERHOEVEN, Nicole; LEEUW, Rob; DERKSEN, Richard; HAUER, Richard; WINNUST, Jacques. ICD: a qualitative study of patient experience the first year after implantation. In: Journal of Clinical Nursing. 2004. Vol. 13, no. 8, p. 1008-1016. [on line]. Available from internet: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.01021.x/abstract>>. [cited on April 20, 2014]

KANNELL, W. Una perspectiva sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. 1988. En: MENÉNDEZ, Eduardo. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En: Estudios sociológicos. 1998. Vol. 16, no. 46, p. 49.

KANT, I. Crítica de la razón pura. España: Taurus. 2005. p. 16.

KAO, C. W.; FRIEDMANN, E. & THOMAS, S. A. Quality of life predicts one-year survival in patients with implantable cardioverter defibrillators. In: Qual Life Res. 2010. Vol. 19, no 3, p. 307-15.

KÉROUAC, Suzanne y otros. El pensamiento enfermero. Barcelona, España: Masson. 1996. p. 80.

KIM, H. S. Structuring the Nursing system: A typology of four domains. Scholarly Inquiry for Nursing practice En: VILLALOBOS, de Maria Mercedes. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2001. p. 81

KOHN, C.; PETRUCCI, R.; BAESSLER, C.; et al. The effect of psychological intervention on adjustment to the ICD: A prospective study. In: Pacing & Clinical Electrophysiology. Apr 2000. Vol. 23, no. 4. p. 450-456.

KRIPPENDORFF, Klaus. Metodología de Análisis de contenido. Teoría y práctica. Madrid, España: Paidós Comunicación. 1990. p. 28.

KYLMA, J. y cols. Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: a grounded theory study. In: Journal of Advanced Nursing. March 2001. Vol. 33, no 6, p. 64-775. En: SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004. p. 195.

LANDEN, J.; BYRNE, C. and BROWN, B. Exploring the lived experiences of psychiatric Nursing students through self-reflective journals. In: Journal of Advanced Nursing. 1995. Vol. 21, no. 5, p. 878-885.

LARSON, Norma K. The concepts of caring and story from three nursing paradigms. In: International Journal of Human Caring. 2000. Vol. 4, no 2, p. 26-31. (Traducido por Edilma de Reales. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. 2001)

LEINHINGER, Madeleine. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. En: MORSE, Janice. Critical Issues Qualitative research methods. Beverly Hills: Sage Publications. 1994.

LIZARAZO, Claudia. Actitudes de la enfermera percibidas como calidad de cuidado por un grupo de mujeres en trabajo de parto en el hospital San Blas. En: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Unibiblos. 2002. p. 137.

LUDERITZ, B.; JUNG, W.; DEISTER, A.; MARNEROS, A.; MANZ, M. The quality of life after the implantation of a cardioverter/defibrillator in malignant arrhythmias. In: Dtsch Med Wochenschr. 1993. Vol. 5, no. 118, p. 285-289. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8444109>> [cited on April 22, 2014]

MALM, D, et al. Health-related quality of life in pacemaker patients: a single and multidimensional self-rated health comparison study. In: European Journal of cardiovascular Nursing. 2003. Vol. 2, no. 4, p. 291-302.

MANCILLA MUÑOZ, Mauricio. Experiencia de la historicidad e historicidad de la experiencia: el mundo como espacio hermenéutico. En: Alpha. 2013, No 35, p. 177-190. [en línea]. Disponible en internet: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22012013000100012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012013000100012&lng=es&nrm=iso)>. [citado en 21 de febrero de 2014]

MÁRQUEZ, Marisela. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Tesis de Maestría en Enfermería con Énfasis para la Salud Cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2012, p. 20.

MARTIN, Raúl. Análisis de Contenido. Estadística y Metodología de la Investigación. [en línea]. Disponible en internet: <[https://www.uclm.es/profesorado/raulmmartin/Estadistica\\_Comunicacion/AN%C3%81LISIS%20DE%20CONTENIDO.pdf](https://www.uclm.es/profesorado/raulmmartin/Estadistica_Comunicacion/AN%C3%81LISIS%20DE%20CONTENIDO.pdf)>. [citado en 01 de Mayo de 2012]

MAYRING, Philip. Qualitative Content Analysis. In: Forum Qualitative Social Research Sozialforschung. June 2000. Vol. 1, no 2. [on line]. Available in internet: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>>. [citado en 24 de abril 2013].

MAYRING, Philipp. Qualitative Content analysis. Citado por: CÁCERES, Pablo. Análisis Cualitativo de Contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. En: Psicoperspectivas. Revista de la Escuela de Psicología. Pontificia Universidad católica de Valparaíso. 2003. Vol. 2, no 1, p. 59.

McCAUGHERTY, D. The theory – practice gap in nurse education: its causes and posible solutions. Finding from an action research study. In: Journal of Advanced Nursing. 1991. No 16, p. 1055-1061.

McDONOUGH, Annette. The experiences and concerns of young adults (18-40 years) living with an implantable cardioverter defibrillator (ICD). En: European Journal of Cardiovascular Nursing. 2009. Vol. 8. p. 274-280.

MEDTRONIC. ¿Qué es un desfibrilador automático implantable?. [en línea]. 2010. Disponible en internet: <<http://www.medtronic.es/su-salud/muerte-subita/dispositivo/que-es/index.htm>>. [citado en 20 de junio de 2013]

MENÉNDEZ, Eduardo. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En: Estudios sociológicos. 1998. Vol. 16, no 46, p. 51.

MEZIROW, J. How critical reflection triggers transformative learning. *Fostering Critical Reflection in Adulthood*. San Francisco, CA: Jossey Bass. 1990. p. 1-20.

MILES, M.; HUBERMAN, A. Citado por COFFEY; A. ATKINSON, P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. (Traducción Zimmerman, E.) 2003. p. 33.

MISHEL, Merle. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. Aspectos biográficos. [en línea]. 2014. Disponible en internet: <<http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/06/merle-h-mishel-teoria-de-la.html>>. [citado en 20 de junio de 2014]

MOLCHANY, C.; PETERSON, K. The psychosocial effects of support group intervention on AICD recipients and their significant others. In: *Progress in cardiovascular Nursing*. 1994. No. 9, p. 23-29.

MONTI, Elizabeth; TINGEN, Martha. Multiple Paradigms of Nursing Science. In: *Advances in Nursing Science*. 1999. Vol. 21, no 4, p. 64 - 80 (Traducción: Profesora Edilma de Reales. Universidad Nacional de Colombia. 2001)

MORAIS, G.; GERALDO DA COSTA, S. y cols. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. En: *Acta Paul. Enferm.* Jun 2009. Vol. 22, no. 3, p. 323-7. ISSN 0103-2100.

MOREL GONAY, Veronique. Estilos de vida saludable: actividad física. En: *La salud publica en Costa Rica*. Costa Rica: Siedin – UCR. p. 125- 148. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/07%20Estilos%20de%20vida.pdf>> [citado en 06 de abril de 2014]

MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de Investigación cualitativa. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. ISBN: 958-655-623-9. p. 128.

NAVARRO, P. y DÍAZ, C. Análisis de contenido. Capítulo 7. En: DELGADO, J. & GUTIÉRREZ, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid, España: Síntesis. (Tercera reimpresión). 1990. p. 181.

NEWMAN, Margaret; SIME, Marilyn; CORCORAN, Sheila. Letters to editor. *Advances in Nursing Science*. ISSN: 0161-9268(C) 1992 Aspen Publishers, Inc. Issue: Volume 14(3) pgs. vi-viii, 1-84 March 1992. Consultado: 25 septiembre 2014.

NEWMAN, Margaret; SIME, Marilyn and CORCORAN, Sheila. The focus of the discipline of nursing. In: *Advances in Nursing Science*. 1991. Vol 14, no. 1, p. vi-vi. [on line]. Available in internet: <<http://es.calameo.com/read/000960602ded652b51d0b>> [cited on march 13, 2013]

NICHOLLS, D. Qualitative research: Part one- philosophies. In: *International journal of therapy and rehabilitation*. 2009. Vol. 16, no 10, p. 526-533. Citado por: BURNS, Nancy y GROVE, Susan. Introducción al proceso de investigación cualitativa. Investigación en enfermería. (5ª ed). Madrid, España: Elsevier. 2012, p. 73.

O'BRIEN, M. C.; LANGBERG, J.; VALDERRAMA, A. L., et al. Implantable cardioverter defibrillator storm: nursing care issues for patients and families. In: *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2005. No 17, p. 9-16.

OCAMPO, C. Living with an implantable cardioverter defibrillator. Impact on the patient, family and society. In: *Nurs Clin North Am*. 2000. No. 35, p. 1019-30.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Centro de Prensa. Nota informativa: Enfermedades Cardiovasculares. [en línea]. Marzo 2013. Disponible en internet: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>>. [citado en 8 de octubre de 2012].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Previniendo la enfermedad crónica, una inversión vital. WHO Press. [en línea]. 2005. p. 2. Disponible en internet: <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf)>. [citado en 16 de octubre de 2011].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Plan de Acción de Estrategias Globales para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas 2008-2013. (The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publishing Data. 2008

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [en línea]. 2014. Disponible en internet: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>>. Consultado 20 Marzo 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra, Suiza: OMS. 2008, p. 9.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Serie de Informes Técnicos 916. Dieta, Nutrición Y Prevención de Enfermedades Crónicas. 2003. [en línea]. Disponible en internet:

<[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_916\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf)>

[citado en 15 de junio de 2014].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Citado por Sociedad Colombiana de Cardiología. Epidemiología del síndrome coronario agudo. En: Revista Colombiana de Cardiología. 2010 [en línea]. Vol.17. Supl. 3, p. 123.. Disponible en: <http://clinicalevidence.pbworks.com/w/file/etch/76763609/v17s3.pdf> . [citado el 10 de marzo de 2012]

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos, [en línea]. 2010. Disponible en internet:

<[http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&task=view&id=365](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=365)>.

[citado en 3 de octubre de 2014].

ORTIZ, Consuelo. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento. Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2008.

PABÓN, Yadira. Validez y confiabilidad del instrumento. Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007.

PARKER, M. Aesthetic ways in day- to- day Nursing. In: Journal of Advanced Nursing. 2002. Vol. 14, no. 10, p. 824-832.

PEINADO, Rafael; MERINO, José; ROA, José; MACÍ, Ester y QUINTERO, Oscar. Calidad de vida y estado psicológico de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable. En: Revista española de cardiología. 2008. Vol. 8, no 1, p. 40A-50A. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.revespcardiol.org/es/calidad-vida-estado-psicologico-os/articulo/13113869/>>[citado en 27 de julio de 2014]

PRODUCT PERFORMANCE REPORT. Medtronic, Boston Scientific, St. Jude, Biotronik. [en línea]. 2005. p. 80. Disponible de internet: <<http://www.medtronic.com/for-healthcare-professionals/index.htm>>. [citado 08 de diciembre de 2011].

RANDLE, J. The shaping of moral identity and practice. In: Nurse Education in Practice. 2002. No 2, p. 251-256.

RASSIN, M., et al. "A pacemaker in my heart" Classification of questions asked by pacemaker patients as a basis for intervention. En: Journal of Clinical Nursing. 2009. Vol. 18, no 1. p. 56. [en línea] Disponible en internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19120732>>. [citado 07 de junio de 2013].

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Definición de "experiencia". [en línea]. 2013. Disponible en internet: <<http://lema.rae.es/drae/?val=experiencia>>. [consultado en 22 de junio de 2014]

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Definición de "síntomas". [en línea]. 2013. Disponible en internet: <<http://lema.rae.es/drae/?val=sintomas>>. [consultado en 22 de junio de 2014]

REID, B. But we're doing it already! Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. In: Nurse Education Today. 1993. No 13, 305-309.

REID, S.; NAGY, S.; MCKINLEY, S. Outcomes, problems and quality of life with the implantable cardioverter defibrillator. In: Austr J Advan Nurs. 1999. No 16, p. 14-19. [on line]. Available in internet: <<http://europepmc.org/abstract/MED/10603767>> [cited Apr. 25, 2014]

RINCÓN, F. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres adultas con cateterismo cardiaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de referencia de Lenz y colaboradores. Tesis de grado en la Maestría de Enfermería con énfasis para el cuidado para el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007.

ROHLFS, I.; GARCÍA, M.; GAVALDÁ, L.; MEDRANO, M.; JUVINYÀ, D.; BALTASAR, A., et al. Género y cardiopatía isquémica. En: Gac Sanit. 2004. Supl. 2, p. 55-64. Citado por: ARTAZCOZ, Lucía. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. En: Gac Sanit. 2004. Vol. 18, supl. 2, p. 1-2. Disponible en internet <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500001&lng=es&nrm=iso)>. [citado en 24 de junio de 2014]

ROSAS, Fernando, VANEGAS, Diego. CABRALES, Mauricio. (eds.) Enfermedad de Chagas.[en línea]. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2007. p. 92 Disponible de internet: <[http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/chagas\\_completo.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/chagas_completo.pdf)>. [citado en 15 de septiembre de 2014]

ROSENTAL, Mark; IUDIN, Pavel. Diccionario Filosófico. Bogotá, D. C. Gráficas Modernas. 1985. p. 165.

RUBIANO, José. Capacidad de agencia de autocuidado de los afiliados mayores de 40 años con enfermedad coronaria, pertenecientes a Cajasalud ARS-UT Comfanorte en el municipio de Cúcuta. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2005.

SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004. p. 39.

SANDELOWSKI, Margarete. The problem of rigor in qualitative research. In: Advances in Nursing Science. April 1986. Vol. 8, no 3, p. 27-39.

SCHAURICH, D., OLIVEIRA C. M. O Elemento Dialógico no Cuidado de Enfermagem: Um Ensaio com Base em Martin Buber. En: Esc Anna Nery Rev. Enferm. Set 2008. Vol. 12 no 3, p. 544-48.

SEGURA, C. y cols. Monitorización domiciliaria a pacientes portadores de desfibriladores automáticos implantables: experiencia de enfermería. En: Enfermería en Cardiología. 2008. Vol. 44, no. 2, p. 21-24.

SMYTH, J. Reflective practice in teacher education and other professions. Key adress to the fifth National Practicum Conference, Macquarie University, Sydney. 1993.

SNEED, N.; FINCH N. Experiences of patients and significant others with automatic implantable cardioverter defibrillator after discharge from hospital. In: Progress in Cardiovascular Nursing. 1992. No 7, p. 20-24.

SNEED, N.; FINCH, N.; LEMAN, R. B. The impact of device recall on patients and family members of patients with automatic implantation of the automatic implantable cardioverter defibrillators. In: Heart Lung. 1994. No 23, p. 317-322.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. En España se implantan anualmente 20000 marcapasos al año. [en línea]. 2009. Sección de estimulación cardíaca.

Disponible de internet: <[noticiadesalud.blogspot.com/.../en-espana-se-implantan-anualmente-20000.html](http://noticiadesalud.blogspot.com/.../en-espana-se-implantan-anualmente-20000.html)>. [citado en 08 de diciembre de 2011].

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA Y ELECTROFISIOLÓGICA. Arritmias cardíacas. [en línea]. 2010. Disponible en internet: <<http://www.solaece.org/paciente/>>. [citado en 29 de julio de 2011].

SOSSONG, Ann. Living with an implantable cardioverter defibrillator, Patient outcomes and the Nurse's Role. In: Journal of cardiovascular Nursing. 2007. Vol. 22, no 2, p. 99-104.

SOTO LESMES, Virginia. Experiencias de las adolescentes embarazadas en la localidad de Kennedy en la ciudad de Bogotá: Las adolescentes desean ser madres pero.... Tesis doctoral en Enfermería. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009., p. 38.

SOTO LESMES, Virginia y DURAN DE VILLALOBOS, María. El trabajo de campo: Clave en la Investigación Cualitativa. En: Revista Aquichan, Diciembre del 2010. Vol. 10, no. 3, p. 253-266.

STEFANI, Dorina; SEIDMANN, Susana; PANO, Carlos; ACRICH, Luisa y BAIL, Vera Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de Afrontamiento. En: Revista Latinoamericana de Psicología. 2003. Vol. 35, no 1, p. 55-65. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.redalyc.org/pdf/805/80535105.pdf>> [citado en 23 de mayo de 2014]

STRAUSS, A. & CORBIN, J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2002. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, p. 219-235. [en línea]. Disponible en internet: <[http://lizamariasaa.milaulas.com/pluginfile.php/27/mod\\_resource/content/1/libro%20de%20teoria%20fundamentada.pdf](http://lizamariasaa.milaulas.com/pluginfile.php/27/mod_resource/content/1/libro%20de%20teoria%20fundamentada.pdf)> [citado en 10 de abril de 2013]

STRAUSS, A. Negotiations. California: Josey-Bass. 1978.

STRUBERT, Helen y CARPENTER, Dona. Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative. (2 ed). Philadelphia: Lippincott. 1999. ISBN: 0-7817-1628-4, p. 331.

TAGNEY, J. Can nurses in cardiology areas prepare patients for implantable cardioverter defibrillator implant at home? En: Nurs Crit Care. 2004. No 9, p. 104-14.

TAGNEY, J. Implantable cardioverter defibrillators: developing evidence-based care. In: Nurs Stand. 2003. No 17, p. 33-6.

TAGNEY, J.; JAMES, J. E. ; ALBARRAN, J. W. Exploring the patient's experiences of learning to live with an implantable cardioverter defibrillator (ICD) from one UK centre: a qualitative study. In: Eur J Cardiovasc Nurs. 2003. Vol. 2, no. 3, p. 195-203. [on line]. Available in internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14622627>>. [cited May. 15, 2014]

TAYLOR, J. & BODGAN, R. Introducción a los métodos cuantitativos de investigación. Citado por: DIAZ, G. & ANDRES, R. La entrevista cualitativa. Universidad Mesoamericana. 2005. p. 11 <http://www.geiuma-oax.net/cursos/entrevistacualitativa.pdf>

TENGELYI, László. La experiencia y el infinito según Kant y Husserl. En: La Lámpara de Diógenes. Enero-diciembre de 2010. Vol. 11, no. 20-21, p. 47-62. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84418400003>>. [citado en 22 de junio de 2014]

TOFFLER, A. The third wave. London: Pan Books Ltd. 1981. En: MORA, Ramon. Lifestyle medicine: The importance of considering all the causes of disease. En: Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2012. Vol. 5, no 1, p. 48-52. [en línea]. Disponible en internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989111000528>>. [citado en 2 de junio de 2014]

TORRES, Alfonso. Enfoques cualitativos y participativos en investigación social. Aprender a investigar en comunidad. Bogotá, D. C.: Corcas. 1997. p. 64-65.

TRENTINI, Mercedes y PAIM, Lygia. Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem 2 ed. Insular. 2004. ISBN 8574742090, 9788574742090. Citado por MOTA, María. Cuidado humaniza no prè-natal: Um olhar para além das divergências e convergências. Universidad Federal de Santa Catarina. 2006. p. 209.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Consejo de Sede. Acuerdo 7. Acta 5 (31, marzo, 2004). Por el cual se conforma y reglamenta el Comité de Ética en Investigación de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia. Conformación y Reglamentación del Comité de Ética en Investigación. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Consejo Superior Universitario. Acuerdo 16 (18, octubre, 2011). Por el cual se establece la Política Ambiental de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C. 2011. Disponible en internet: <<http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=43766>> [citado en 15 noviembre 2014].

VACCA, Miguel. Guías colombianas de electrofisiología cardiovascular. En: Revista Colombiana de Cardiología. Abril de 2011. Vol. 18, no. 3, p. 208.

VAGGIONE, Alicia. Enfermedad, cuerpo, discursos: tres relatos sobre la experiencia. 2009. En: FIGARI, Carlos. SCRIBIANO, Adrián (Comp.) Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica. Buenos Aires, Argentina: Clacso – CICCUS. [en línea]. Disponible en internet: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/coedicion/scrivano/08enferme.pdf>>. [citado en 19 de junio de 2014]

VARGAS, Elizabeth. La experiencia de modificar positivamente factores de riesgo cardiovascular. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004.

VELASCO, V.; ROSAS, F.; VILLEGAS, F.; BETANCOURT, J.; MALABET, I. Cardiodesfibrilador Implantable. Sociedad colombiana de Cardiología. Texto de Cardiología. 2008.

VERA, Aldo y VILLALÓN, Marcelo. La triangulación entre métodos cuantitativos y cualitativos en el proceso de investigación. En: Ciencia y trabajo. Abril – Junio 2005. Vol. 7, no 16, p. 85-87. [en línea]. Disponible en internet: <[http://ils.ulat.ac.pa/archivos/ivallarino\\_8-203-1654/Archivos\\_de\\_Cursos/Materia\\_-\\_EMC-008-1-METODOLOGIA\\_DE\\_LA\\_INVESTIGACION\\_CIENTIFICA\\_Grupo\\_-\\_1\\_Año\\_-\\_2012-2/La\\_triangulacion\\_en\\_la\\_investigacion.pdf](http://ils.ulat.ac.pa/archivos/ivallarino_8-203-1654/Archivos_de_Cursos/Materia_-_EMC-008-1-METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_CIENTIFICA_Grupo_-_1_Año_-_2012-2/La_triangulacion_en_la_investigacion.pdf)> [citado en 8 de agosto de 2013]

WATSON, J. Nursing; The philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown. 1979.

WATSON, Stephen. An analysis of the concept of experience. In: Journal of Advanced Nursing. Vol. 16, no. 9, p. 1117-1121. [on line]. Available from internet: <<http://www.readcube.com/articles/10.1111/j.1365-2648.1991.tb03373.x>>. [cited April 27, 2013]

WHITE, E. Patients with implantable cardioverter defibrillators: transition to home. En: J Cardiovasc Nurs. 2000, No 14, p. 42-52. [en línea] Disponible en internet: <<http://ovidsp.tx.ovid.com.ezproxy.unal.edu.co/sp->

[3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=BHNIFPFCJMDDLFCANCMKPFDCBABKAA00&Complete+Reference=S.sh.22.23.27.31%7c7%7c1](https://3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=BHNIFPFCJMDDLFCANCMKPFDCBABKAA00&Complete+Reference=S.sh.22.23.27.31%7c7%7c1). [citado en 20 de febrero de 2014]

WONG, et al. Assessing the level of student reflection from reflective journals. In: Journal of Advanced Nursing. 1995. No 22, p. 48-57

ZULUAGA, Leydi. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida de las personas que tienen dispositivos cardiacos Implantable. Tesis para obtener el título de Maestría. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2013. 213 p.