

**Xavier Monsalve Fuentes
Famara Guerra Marrero**

**ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DESDE UNA PERSPECTIVA DE
GÉNERO.
EL CORAZÓN TAMBIÉN TIENE GÉNERO: ANÁLISIS DE LAS
DESIGUALDADES EN SALUD CARDIOVASCULAR.**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Montserrat Pérez Martí

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

Vilafranca del Penedès 2026

"Educar la mirada es el primer paso para integrar la diferencia"

Inés Dussel, (Pedagoga e Investigadora)

AGRADECIMIENTOS.

Agradecer a la Dra. Montserrat Pérez, por su orientación, dedicación y constante acompañamiento a lo largo del desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado. Por su autenticidad en todo lo que hace y por la manera tan cercana y generosa con la que ha sabido guiarnos durante este proceso. Gracias por hacer que este camino haya sido también una experiencia de aprendizaje personal.

Por otra parte, nuestro más sincero agradecimiento a CATCECOR por su valiosa participación en colaborar como grupo focal en nuestro trabajo. Sus aportaciones, experiencias y reflexiones han enriquecido de manera significativa el desarrollo de este estudio. Por permitirnos comprender mejor la realidad y el impacto de esta afección más allá del ámbito académico. Vuestra contribución ha sido fundamental para dar mayor profundidad y sentido a este trabajo.

Gracias a nuestras familias, a quiénes están presentes cada día, por haber confiado siempre en nosotros, por su ayuda, motivación, compañía y amor, gracias a su apoyo incondicional hemos podido llegar hasta el final. Gracias por sostenernos y acompañarnos en cada etapa de este camino, en la distancia y cercanía. Y también a quiénes ya no están físicamente, pero siguen presentes de tantas maneras, apoyándonos con mucho orgullo.

Y, por último, agradecemos a nosotros, por todo el esfuerzo, la constancia y el apoyo compartido durante este camino. Por haber sabido acompañarnos en los momentos más difíciles, motivarnos cuando aparecían las dudas y celebrar juntos cada pequeño avance. Este trabajo no habría sido lo mismo sin el compromiso, la paciencia y la confianza que hemos construido como equipo a lo largo de todo el proceso.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	6
RESUMEN	7
1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS Y/O HIPOTÉISIS	11
3. MARCO TEÓRICO	12
3.1. SISTEMA CARDIOVASCULAR	12
3.1.1. Fisiología vascular con perspectiva de género	13
3.1.1.1 Diferencias anatómicas y fisiológicas	13
3.1.1.2. Influencia de los estrógenos	13
3.2. FISIOPATOLOGÍA IAM	14
3.2.1. Epidemiología	15
3.2.2. Factores de riesgo	16
3.2.3. Clínica	20
3.2.4. Diagnóstico	20
3.2.5. Tratamiento	21
3.2.6. Impacto emocional	25
3.3. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD	26
3.3.1. Concepto de género en salud	26
3.3.2. Sesgos de género en el Sistema Sanitario	26
3.3.3. Sesgos de género en Cardiología	27
3.4. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	28
3.5. TEORÍA ENFERMERA	31
3.5.1. Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis	31
3.5.2. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem	32
3.5.3. Aportaciones de Carmen Valls a la Salud y la Enfermería	33
4. METODOLOGÍA	34
4.1. Tipo de estudio	34
4.2. Lugar de estudio	34
4.3. Periodo de estudio	34
4.4. Población de estudio	34
4.5. Muestra y Participantes	35
4.6. Criterios de Inclusión y Exclusión	35

4.7. Unidades de Observación	35
4.8. Unidades de Análisis	36
4.9. Técnicas y procedimiento de investigación cualitativa	36
4.10. Categorización y Análisis.....	37
4.11. Búsqueda bibliográfica	39
4.12. Triangulación metodológica.....	40
4.13. Aspectos Éticos.....	41
5. ANÁLISIS. GRUPO FOCAL	42
6. DISCUSIÓN Y RESULTADOS	60
7. CONCLUSIONES	65
8. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE BÚSQUEDA.....	66
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
10. ANEXOS	68
Anexo 1. Síntomas típicos y atípicos en mujeres que presentan IAM.....	68
Anexo 2. Declaración responsable sobre aspectos éticos.....	69
Anexo 3. Consentimiento informado.....	75
Anexo 4. Hoja del participante.....	76
Anexo 5. Transcripción grupo focal	82
Anexo 6. Cronograma	108

LISTA DE ABREVIATURAS

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

ANGOR: Angina de Pecho

ECG: Electrocardiograma

CI: Cardiopatía Isquémica

ECV: Enfermedad Cardiovascular

RESUMEN

La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y representa un importante problema de salud pública. Sin embargo, en los últimos años se ha evidenciado que no se presenta ni se diagnostica de la misma manera en mujeres y hombres cis ¹, lo que puede influir en la identificación de los síntomas, el acceso al sistema sanitario y la calidad de la atención recibida. Esta realidad ha puesto de manifiesto la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el estudio y abordaje de la cardiopatía isquémica, con el fin de detectar posibles desigualdades en la práctica clínica.

Objetivos: Como objetivo principal buscamos explorar la percepción que tienen mujeres y hombres con cardiopatía isquémica sobre la atención recibida antes o durante del diagnóstico, identificando posibles desigualdades de género en este proceso. **Metodología:** Se ha llevado a cabo un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, ya que permite comprender la experiencia vivida por las personas desde su propio relato. La recogida de datos se ha realizado mediante entrevistas a mujeres y hombres con cardiopatía isquémica, residentes en Manresa o alrededores, seleccionados a través de muestreo por bola de nieve. El estudio se llevó a cabo en colaboración con la asociación CATCECOR. Este trabajo ha sido validado por la Comisión de Política Académica y Docencia del Programa Aprendizaje y Servicios (APS). **Resultados:** Los resultados obtenidos coinciden con la literatura científica existente, ya que se han observado diferencias claras entre hombres y mujeres.

Conclusiones: La cardiopatía isquémica tiene un impacto global en la persona, afectando no solo a nivel físico, sino también emocional y social. Se evidencian diferencias en la presentación de síntomas, especialmente en mujeres, lo que puede influir en el retraso en la búsqueda de ayuda. Además, se identifica una falta de continuidad asistencial tras el alta, con insuficiente rehabilitación cardíaca y recursos de apoyo. A pesar de ellos, la experiencia también puede favorecer cambios positivos en el estilo de vida y una mayor valoración de la salud y las relaciones personales.

Palabras clave: Myocardial Ischemia, Gender Perspective, Cardiovascular Diseases, risk factors, women's health

1. A partir de aquí, los términos “mujeres” y “hombres” se utilizarán para referirse a mujeres y hombres cisgénero.

ABSTRACT

Ischemic heart disease is one of the leading causes of death worldwide and represents a major public health problem. However, in recent years it has been shown that it is not presented or diagnosed in the same way in women and men, which can influence the identification of symptoms, access to the health system and the quality of care received. This reality has highlighted the need to incorporate the gender perspective in the study and approach to ischemic heart disease, in order to detect possible inequalities in clinical practice. **Objectives:** The main objective is to explore the perception of women and men with ischemic heart disease about the care received before diagnosis, identifying possible gender inequalities in this process. **Methodology:** A qualitative study has been carried out with a phenomenological approach, since it allows understanding the experience lived by people from their own story. Data collection will be carried out through interviews with women and men with ischemic heart disease, residents of Manresa, selected through snowball sampling. The study was carried out in collaboration with the CATCECOR association. This work has been validated by the Academic Policy and Teaching Commission of the Service-Learning Program. **Results:** The results obtained are consistent with existing scientific literature, as clear differences have been observed between men and women. **Conclusions:** Ischemic heart disease has a global impact on individuals, affecting them not only physically, but also emotionally and socially. Differences in symptom presentation are evident, especially in women, which may influence delays in seeking help. Furthermore, a lack of continuity of care after discharge is identified, with insufficient cardiac rehabilitation and support resources. Despite these challenges, the experience can also foster positive lifestyle changes and a greater appreciation of health and personal relationships.

Keywords: Myocardial Ischemia, Gender Perspective, Cardiovascular Diseases, risk factors, women's health

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se justifica por la necesidad de analizar los sesgos de género implicados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica en mujeres.

Esta problemática constituye un asunto de gran relevancia tanto sanitaria como social, pues evidencia cómo los estereotipos de género influyen en la práctica clínica y pueden derivar en consecuencias graves para la salud y la calidad de vida de las mujeres. (Lashkarinia, S. S. et al, 2025)

En esta línea, Ortiz Gómez (2002) señala que la ausencia de perspectiva de género en la investigación y, por tanto, en la producción de conocimiento científico, ha generado diferencias que repercuten directamente en la salud de las mujeres, ya que, las diferencias abarcan desde las epidemiologías, la fisiopatología, los factores de riesgo, la sintomatología, el tratamiento y el pronóstico.

Esta mirada androcéntrica ha llevado a que los problemas específicos de las mujeres se invisibilicen o se infra diagnostiquen, al no considerar las particularidades de su experiencia y manifestaciones clínicas.

Podemos observar este sesgo de género en las investigaciones científicas publicadas, donde históricamente las mujeres han estado subrepresentadas.

Por ejemplo, diversos estudios han evidenciado que las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas atípicos durante un infarto de miocardio, en comparación con los hombres. Estas diferencias pueden dificultar la identificación temprana del evento y favorecer retrasos o errores diagnósticos (Van Oosterhout et al, 2020).

Otro dato determinante que puede conllevar al infra diagnóstico de la enfermedad coronaria en mujeres es el aumento menos pronunciado de las enzimas específicas del daño muscular cardíaco. (Murray et al,.2000)

En este sentido, (Carmen Valls 2020) explica que los síntomas de las mujeres se han mantenido encubiertos como demandas psicosomáticas o como problemas psicológicos, es decir, invisibles para la medicina, que han continuado recetando psicofármacos en la primera visita a mujeres antes incluso de cualquier exploración, e invisibles también para las propias mujeres, que han continuado dudando de sus propios síntomas, de su propia salud mental, y que, en la búsqueda de ayuda,

han llegado a veces a cotas altas de desesperación hacia el sistema sanitario (Dempsey, 1995)

Por otro lado, (Liu et al., 2023) establecieron una fuerte asociación entre la sensibilidad de las hormonas tiroideas y el riesgo de arritmias en pacientes con cardiopatía isquémica, la cuál era más pronunciada en mujeres y personas mayores.

Desde la Enfermería, resulta fundamental abordar esta cuestión, dado que las enfermeras y los enfermeros desempeñan un papel clave en la valoración inicial, la detección precoz de signos de alarma y la educación para la salud.

Por este motivo, consideramos que nuestro trabajo puede contribuir a que la Enfermería adopte una nueva mirada para atender a las pacientes, pretendiendo visibilizar y analizar los sesgos de género en las enfermedades cardiovasculares y reflexionar sobre cómo influyen en la atención sanitaria.

A través de esta perspectiva, se busca cuestionar los modelos biomédicos tradicionales, históricamente androcentristas y aportar propuestas que fortalezcan la formación profesional, mejoren los protocolos de actuación y garanticen una atención de calidad que responda adecuadamente a las necesidades específicas de las mujeres.

Por lo que nos preguntamos investigar este tema desde la visión de las propias pacientes y nos preguntamos ¿cuál es la percepción de las mujeres que han sufrido una cardiopatía isquémica sobre la atención médica recibida antes o durante del diagnóstico?

Pregunta de investigación

Problema/Población	Las mujeres que han sufrido una cardiopatía isquémica
Intervención	Atención sanitaria recibida
Comparador	No aplica
Outcome	Percepciones, desigualdades y barreras

2. OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS

Hipótesis

Las mujeres que han sufrido un episodio de cardiopatía isquémica ²(Infarto Agudo de Miocardio (IAM) o Angor) han percibido inadecuada e insuficiente (o deficiente) la atención sanitaria recibida antes del diagnóstico.

Objetivo General:

Explorar y comprender la percepción en la atención recibida de las mujeres y hombres con cardiopatía isquémica (IAM o Angor) antes del diagnóstico, identificando posibles desigualdades de género.

Objetivos Específicos:

- Analizar las experiencias vividas por los participantes durante el proceso de búsqueda de la atención médica previa al diagnóstico de IAM o ANGOR.
- Describir las emociones, percepciones y significados asociados a la atención previa al diagnóstico de IAM o ANGOR.
- Analizar los factores socioculturales que influyen como factores de riesgo para sufrir un episodio de cardiopatía isquémica.
- Generar información que contribuya a mejorar la equidad de género en la atención de la enfermedad cardiovascular.
- Describir las diferentes formas de atención que han experimentado las mujeres y hombres con cardiopatía isquémica y su itinerario terapéutico. (saber si han ido a otros lugares previamente)
- Examinar la percepción de los participantes sobre la falta de reconocimiento o validación de síntomas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. SISTEMA CARDIOVASCULAR

En España las muertes por enfermedades del aparato circulatorio son la segunda causa de muerte, solo superadas por las causadas por tumores. Dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, las cardiopatías isquémicas son la causa más frecuente de defunción (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2024).

El principal proceso patológico que conduce a la CI es la aterosclerosis, una enfermedad inflamatoria de las arterias asociada con el depósito de lípidos y alteraciones metabólicas debido a múltiples factores de riesgo. La mayoría de las personas combinan una alta exposición a factores de riesgo, hecho que contribuye a la aparición de la cardiopatía isquémica como principal causa de mortalidad en las enfermedades del aparato circulatorio (Moien AB Khan et al., 2020)

Es importante destacar, según el INE (2024), pese a que los tumores en conjunto acumulen mayor nombre absoluto de defunción que las enfermedades circulatorias, si analizamos estas en mayor profundidad, observamos que la acumulación de defunciones se debe a la suma de múltiples neoplasias diferentes. La cardiopatía isquémica como causa específica concreta, tiene un mayor nombre absoluto de muertes en España que cualquier tumor específico. Solo en España, durante el 2024 fallecieron 26.851 personas por cardiopatía isquémica.

El sistema cardiovascular se compone por el corazón y la red de vasos sanguíneos encargados de transportar sangre y distribuir oxígeno y nutrientes a todos los tejidos del cuerpo. Su función principal consiste en mantener el gasto cardíaco y la perfusión de órganos mediante mecanismos de regulación hemodinámica que responden a las demandas metabólicas del organismo. En condiciones normales, este sistema mantiene un equilibrio dinámico entre el volumen de sangre bombeado por el corazón y la resistencia de los distintos segmentos vasculares, lo que garantiza la homeostasis fisiológica.

3.1.1. Fisiología vascular con perspectiva de género

3.1.1.1. Diferencias anatómicas y fisiológicas

Según Regitz-Zagrosek et Gebhard (2020), en conjunto, existe evidencia sólida que demuestra que algunas diferencias relacionadas con el sexo en el sistema

cardiovascular ya existen al nacer y se deben a mecanismos puramente biológicos, es decir, genes y esteroides sexuales. Por lo tanto, se necesitan urgentemente estudios que investiguen la influencia de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

Estas variaciones biológicas significativas, van a ser determinantes para entender las diferencias patológicas entre ambos sexos. Por un lado, las diferencias anatómicas, las cuales nos muestran tras un análisis macroscópico del corazón, como el corazón de la mujer es de menor tamaño, con cavidades de menor volumen, tabique interventricular más delgado, válvulas más delicadas y finas, con arterias coronarias de diámetro significativamente menor (Revuelta & Alconero-Camarero, 2020).

Según Moscolini et al., (2025), tras investigar en un subgrupo de población sana, las estructuras cardíacas a partir de imágenes de resonancia magnética cardíaca, y seguir un modelo estadístico para obtener datos tridimensionales detallados, determinaron que las diferencias intrínsecas entre la anatomía cardíaca masculina y femenina van más allá del escalamiento alométrico. Concluyen mencionando la necesidad de continuar en esta línea de investigación para determinar la relación entre estos cambios estructurales y el riesgo clínico o la respuesta terapéutica.

Varios estudios muestran que las arterias coronarias son menores en mujeres, independientemente del tamaño corporal hecho que podría contribuir a peores resultados en mujeres sometidas a la revascularización coronaria (Sheifer et al., 2000).

Estas diferencias anatómicas se traducen en variaciones fisiológicas una frecuencia cardíaca de tres a cinco latidos por minuto mayor que los hombres. También existen variaciones en el tiempo del ciclo cardíaco, el cual suele ser de menor duración, aunque varía durante el ciclo menstrual, prolongándose en la menstruación (Jochmann et al., 2005).

3.1.1.2. Influencia de los estrógenos

La incidencia en enfermedades cardiovasculares es menor en mujeres en la etapa premenopáusica, pero aumenta con la edad y la aparición de la menopausia en comparación con hombres de la misma edad. Los estudios señalan que la diferencia en la prevalencia entre estas dos etapas se debe a las hormonas sexuales como factor principal (Pabbidi et al., 2018).

Durante el proceso de climaterio se produce una disminución progresiva y permanente de los niveles de estrógenos, principalmente b-17 estradiol (E2) (Jimenez & Rincon, 2018).

Estas hormonas realizan diferentes funciones, las cuales tienen un impacto directo en la salud cardiovascular, pero cabe destacar señalización directa sobre los vasos sanguíneos, mediante receptores estrogénicos asociados a la membrana que promueven la vasodilatación (Boese et al., 2017). Más adelante analizaremos y desarrollaremos como afecta este hecho en el aumento de la prevalencia de la hipertensión en mujeres con la edad, ya que la hipertensión juega un papel crucial como factor de riesgo cardiovascular.

3.2. FISIOPATOLOGÍA IAM

Más adelante analizaremos en profundidad los principales factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto de miocardio, las diferencias entre hombres y mujeres en estos, y por último cuales tienen mayor relevancia o impacto según el género. Pero antes es necesario hacer una descripción fisiopatológica de cómo se produce el infarto agudo de miocardio y los diferentes tipos que existen.

El principal proceso patológico que conduce a la cardiopatía isquémica es la aterosclerosis, una enfermedad inflamatoria de las arterias asociada con el depósito de lípidos y alteraciones metabólicas debido a múltiples factores de riesgo.

El infarto de miocardio se define como la muerte celular miocárdica debido a una isquemia prolongada, hecho que genera un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno en el miocardio, musculo encargado de la contracción cardíaca.

En la mayoría de los casos a una oclusión trombótica de las arterias coronarias, aunque no siempre es así.

Según Thygesen et al., (2018) el mecanismo patológico del IAM, puede clasificarse en cuatro tipos:

Infarto de miocardio tipo 1: Causado por enfermedad aterotrombótica, precipitado por la rotura o erosión de la placa aterosclerótica, la cual genera una trombosis luminal.

Infarto de miocardio tipo 2: El mecanismo fisiopatológico es el desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno, no asociada a la obstrucción trombótica de la arteria

coronaria. Existen múltiples comorbilidades que favorezcan este desbalance, por ejemplo, es típico en las hemorragias digestivas, la caída de los niveles de hemoglobina, lo cual provoca una disminución del transporte de oxígeno generalizada, en la que las arterias coronarias se ven afectadas. Otros mecanismos pueden ser las taquiarritmias rápidas o emergencias hipertensivas, ya que estas pueden afectar de una manera u otra al gasto cardíaco.

Infarto de miocardio tipo 3: Pacientes que mueren por causa cardíaca, en la que existe sospecha de isquemia miocárdica por clínica típica o manifestación en el ECG, pero que no se puede llegar a objetivar mediante biomarcadores porque el paciente fallece antes.

Infarto de miocardio tipo 4: En esta categoría se incluye aquellos infartos relacionados con procedimientos de angioplastia, asociados directamente a la intervención coronaria percutánea o complicaciones relacionadas con el stent.

Infarto de miocardio tipo 5: Complicaciones post cirugía, en la que existe un injerto de derivación percutánea (bypass).

3.2.1. Epidemiología

Anteriormente ya hemos hablado de la definición y clasificación de los diferentes tipos de IAM, en este apartado analizaremos la epidemiología sin tener en cuenta esas diferencias, ya que utilizaremos datos que incluyen todos los eventos relacionados con el infarto de miocardio.

A nivel mundial la CI sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Desde 1990 al 2021, el estudio GBD (Global Burden of Disease) una investigación colaborativa multinacional que proporciona datos completos sobre la incidencia, la prevalencia, la muerte y las medidas resumidas de la salud, de diversas enfermedades para todos los países del mundo.

La tasa de prevalencia se refiere a la proporción de individuos respecto la población total que tienen CI durante el periodo de observación. En 2021, se notificaron 254,3 (95% UI: 221,4 a 295,5) millones de casos prevalentes de cardiopatía isquémica a nivel mundial, con una tasa de prevalencia anual (TAA) de 2946,4 (95% UI: 2572,7 a 3424,3) por cada 100 000, lo que aumentó un 1,4% (95% UI: -2,6 a 5,9) desde 1990.

La tasa de mortalidad se refiere a la proporción de individuos que murieron por CI dentro del periodo de observación. La cardiopatía isquémica fue la causa de 8991,6 (95% UI:

8264,1 a 9531,1) mil muertes a nivel mundial en 2021, con una TAA de 108,7 (95% UI: 99,6 a 115,4) por cada 100 000, una disminución del 31,6% (95% UI: -34,9 a -28,3) desde 1990.

En las últimas décadas se ha observado un incremento en la prevalencia global de cardiopatía isquémica, paralelo a una disminución significativa de la mortalidad ajustada por edad. Este fenómeno probablemente refleja mejoras en el diagnóstico precoz y en el tratamiento del infarto agudo de miocardio, lo que ha aumentado la supervivencia y, en consecuencia, el número de personas que viven con la enfermedad.

El estudio GBD informa de la disparidad de género en la incidencia, prevalencia y mortalidad de la CI entre 1990-2021. La tasa de prevalencia estandarizada por edad (ASPR), la tasa de incidencia estandarizada por edad (ASIR), la tasa de mortalidad estandarizada por edad (ASMR) y las tasas de años de vida ajustados por discapacidad estandarizados por edad (ASDR) se utilizaron para eliminar los efectos de las distribuciones de edad en diferentes poblaciones y períodos, lo que permite su comparabilidad.

La tasa global de mortalidad por enfermedad coronaria (TEA) de la CI fue de 3610,2 casos (IC del 95 %: 3153,1-4165) por cada 100 000 personas en los hombres en 2021, con un cambio del -2,1 % (IC del 95 %: -5,9-2,2) desde 1990. Por el contrario, la TEA global de la CI en 2021 fue de 2357,6 (IC del 95 %: 2063,3-2751,9) por cada 100 000 personas en las mujeres, lo que aumentó un 4,8 % (IC del 95 %: 0,6-9,8) en comparación con 1990.

3.2.2. Factores de riesgo

Como menciona Carme Valls en su libro “Mujeres Invisibles para la Medicina” (2020), ya en el año 1983, el Framingham Heart Study, estudio sobre enfermedades cardiovasculares, ya detectó diferencias en los factores de riesgo más significativos en la muerte súbita entre hombres y mujeres. Los principales factores de riesgo en ambos sexos eran la edad, el colesterol sérico, el número de cigarrillos por día, la glucosa sérica y la hipertensión sistólica. En cambio, en el perfil de las mujeres, los factores más significativos eran la edad, la capacidad vital, el hematocrito, el colesterol y la glucosa séricos. Este era un primer indicador, hace ya más de medio siglo, de que los factores de riesgo clásicos, por tanto, los más estudiados, y a los que se dedicaba mayor atención eran más predominantes en hombres.

En 2010, tras décadas de descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV), la Asociación Americana del Corazón (AHA) amplió su enfoque, pasando de abordar las ECV existentes y sus factores de riesgo, a incorporar estrategias que también promovieran directamente la salud de la población y de las personas. Determinaron que los 8 elementos con mayor impacto y esenciales para tener una buena salud cardiovascular eran: Presión Arterial (PA), Colesterol, Glucosa, IMC, Dieta, Actividad Física, Tabaco, Descanso.

La falta de representación de mujeres en los ensayos clínicos desafió la validez de estos factores de riesgo, aunque posteriormente la ciencia ha podido demostrar que las recomendaciones para prevención de enfermedad cardiovascular son similares entre hombres y mujeres.

Sin embargo, existen algunas consideraciones importantes a tener en cuenta, como el aumento de la prevalencia en la hipertensión y las cifras de colesterol LDL, en la menopausia.

Diabetes Mellitus: Se trata de una enfermedad metabólica frecuente, en la que aparecen alteraciones en el metabolismo de la glucosa. Debido a esta disfunción del organismo para mantener la homeostasia de los niveles séricos de glucosa, se producen cambios en estructuras vasculares y nerviosas, que favorecen la aparición de eventos cardiovasculares. La enfermedad coronaria representa entre el 40 i el 80% de muertes en pacientes con DM2. Además, los estudios muestran que los síntomas clínicos de los pacientes con diabetes son frecuentemente menos graves y con presentación atípica. La diabetes gestacional se asocia de forma independiente con, aproximadamente, un aumento del doble del riesgo relativo de eventos de ECV a largo plazo.

La Diabetes Mellitus, relacionada con la obesidad y el síndrome metabólico, se asocia con un mayor riesgo relativo de eventos coronarios en mujeres en comparación con los hombres, en parte como resultado de una mayor tasa de factores de riesgo coexistentes en mujeres con Diabetes y una mejor supervivencia (en relación con los hombres) de las mujeres sin Diabetes. (Mehta et al., 2016)

Hipertensión Arterial: La presión arterial persistentemente alta es el signo patológico de la hipertensión arterial. Es el factor de riesgo modificable más importante para la morbilidad y la mortalidad por todas las causas y por ECV a nivel mundial, ya que produce daño orgánico a multitud de órganos. Los valores normales de PA, son entre 90 y 140 mmHg para la presión sistólica, entre 60 y 90 mmHg para la fase diastólica.

En el estudio INTERHEART, se observa que la hipertensión tiene un peso especialmente relevante como factor de riesgo de cardiopatía isquémica en mujeres (Salim Yusuf et al., 2004).

De hecho, se estima que su contribución al riesgo total, medida como riesgo atribuible, alcanza aproximadamente el 36%, lo que indica una mayor importancia relativa en comparación con otros factores. Sin embargo, los datos procedentes de encuestas nacionales siguen reflejando niveles insuficientes de concienciación, tratamiento y control de la hipertensión en la población femenina. Aunque estas cifras han mejorado progresivamente con el tiempo, continúan siendo subóptimas (Mehta et al., 2016).

Dislipidemia: La aterosclerosis está causada por el depósito progresivo de cLDL (Low Density) en la pared arterial, que desencadena una cascada de reacciones inflamatorias que llevan a la formación y progresión de placa aterosclerótica. En la práctica clínica, la concentración de cLDL circulante que puede quedar atrapado en la pared arterial se estima mediante la determinación de los niveles plasmáticos de cLDL. Los niveles plasmáticos recomendados varían según el riesgo cardiovascular total.

Los niveles elevados de colesterol total y lipoproteínas de baja densidad predicen la muerte cardíaca en mujeres de mediana edad (< 65 años) y mujeres mayores ($\geq$ 65 años), pero la fuerza y la consistencia de estas asociaciones en las mujeres mayores se reducen (Mehta et al., 2016).

Tabaco: El consumo de tabaco a nivel cardiovascular favorece la vasoconstricción, alteraciones en el perfil lipídico, y daño endotelial favoreciendo la producción de placas de ateroma y activando los factores de coagulación. Por lo tanto, es bien conocido sus efectos negativos sobre la salud cardiovascular en ambos sexos, pero, no estaba claro si fumar, conlleva un riesgo similar en la aparición de enfermedad coronaria entre hombres y mujeres. Así que, el estudio Finmark, estudió durante 12 años a hombres y mujeres de mediana edad, para examinar la asociación entre tabaco (entre otros factores de riesgo), e infarto de miocardio. Concluyeron que el tabaquismo constituyó un factor de riesgo más importante para el infarto de miocardio en mujeres de mediana edad que en hombres, aumentado su riesgo 7 veces. Aunque este estudio no explica los mecanismos por lo cuáles el tabaco favorece el mayor riesgo en mujeres, relacionan los efectos negativos fisiológicos como un efecto anti estrogénico. Lo cual, hace desaparecer el factor protector de los estrógenos a nivel cardiovascular.

Obesidad: Factores de riesgo metabólicos están asociados con el IMC y la obesidad central. Según Kanaya et al., 2002, la obesidad es un importante factor de riesgo para el IAM en las mujeres y aumenta su riesgo casi 3 veces. La diabetes mellitus, relacionada con la obesidad y el síndrome metabólico, se asocia con un mayor riesgo relativo de eventos coronarios en las mujeres en comparación con los hombres, en parte como resultado de una 10 mayor tasa de coexistencia de factores de riesgo en las mujeres con diabetes mellitus y mejor supervivencia (con relación a los hombres) de las mujeres sin Diabetes Mellitus Tipo 2.

Actividad física: La práctica regular de ejercicio físico es una recomendación establecida para prevenir y tratar los principales factores de riesgo cardiovascular modificables, como la diabetes mellitus, la hipertensión y la dislipemia, así como el sobrepeso, pero es una de las medidas menos implementadas tanto por profesionales sanitarios como por pacientes. Realizar actividad física de intensidad moderada durante un mínimo de 30 min 5 días por semana o de intensidad alta durante un mínimo de 20 min 3 días por semana mejora la capacidad funcional y se asocia a reducciones en la incidencia de enfermedad cardiovascular y mortalidad.

Estado psicoemocional: Los anteriores factores de riesgo, son modificables y causa de más del 90% de eventos cardiovasculares. Estos factores de riesgo aparecen de manera desproporcionada entre aquellos con factores de estrés psicosocial como la depresión, el bajo nivel socioeconómico y el aislamiento social.

El estudio WISE (Women Ischemia Syndrome Evaluation), evaluó la relación entre factores de riesgo modificables, la depresión y eventos cardiovasculares o mortalidad en mujeres que presentaban síntomas de cardiopatía isquémica. Los resultados de este estudio concluyeron que la depresión, afecta de forma directa al sistema cardiovascular, y que, por otro lado, puede amplificar el efecto de otros factores de riesgo, a través de lo que denominaron vía indirecta. Esta nueva perspectiva relaciona la depresión con el aumento del consumo de tabaco, alteraciones en la dieta que empeoren el control de la diabetes o favorezca el aumento del perímetro abdominal, o reduzca la adherencia al tratamiento (Ruthledge et al., 2012).

En el estudio INTERHEART, una exposición a factores de riesgo psicosociales incluyendo la depresión, el estrés percibido en el hogar/trabajo y los acontecimientos importantes de la vida, se asoció a IAM en mujeres, con un odds-ratio ajustado de 3,5.

3.2.3. Clínica

Los signos y síntomas que incluyen la isquemia miocárdica incluyen el dolor centro torácico, irradiado a extremidades superiores, mandíbula, o molestias gastrointestinales, las cuáles se manifiestan en actividad y pueden mantenerse en reposo. (Thygesen et al., 2018)

Estos se clasifican en síntomas típicos y atípicos. El término atípico nos indica que el modelo clínico del infarto se construyó a partir de estudios androcéntricos. Ya que, se definió como típico, la clínica que corresponde al patrón de los hombres. (Ver Anexo 1)

Como bien señalan Mehta et al., (2016), en las mujeres, con mayor frecuencia, se presentan los síntomas atípicos, como dolor en la parte superior de la espalda, fatiga, disnea, náuseas y vómitos, indigestión o palpitaciones. Esto es determinante, ya que por una parte genera un sesgo diagnóstico, debido a que el profesional sanitario puede malinterpretar los síntomas clínicos debido a la mayor interiorización de los síntomas típicos. Las diferencias de género en la presentación clínica tienen consecuencias para la identificación precoz y oportuna de los síntomas isquémicos, el triaje adecuado y las pruebas diagnósticas y el tratamiento adecuados. Las consecuencias perjudiciales para las mujeres son el diagnóstico erróneo o precoz y el retraso en la revascularización, por lo tanto, las mayores tasas de mortalidad.

Por otro lado, las campañas de prevención nos muestran los síntomas típicos como signos de alarma en el IAM, principalmente el dolor centro torácico. Por lo tanto, sería interesante analizar el no reconocimiento de los síntomas y la demanda de asistencia sanitaria de las mujeres.

3.2.4. Diagnostico

La evaluación diagnostico a personas con sospecha de IAM, se basa en hallazgos clínicos (sintomatología) y de laboratorio. Por una parte, el ECG se debe adquirir e interpretar inmediatamente, durante los 10 primeros minutos después del primer contacto sanitario (Zabori et al., 2023)

Existen cambios en las ondas del ECG, que se asocian a isquémica miocárdica. La más habitual son los cambios en la onda T y el segmento ST, en concreto, la elevación del segmento ST convexo de nueva aparición, suele reflejar una oclusión coronaria aguda.

Como señalan Zaboli et al., 2023, enfermería desempeña un rol importante en la realización e interpretación precoz de los ECG en los triajes de urgencias. Las enfermeras con una formación adecuada han desarrollado buenas características para identificar cambios electrocardiográficos relacionados con afecciones patológicas potencialmente graves, ya que, según este estudio, la concordancia en la lectura del electrocardiograma entre médicas y enfermeras fue del 92,9%.

Por otra parte, otro pilar fundamental en el diagnóstico son los marcadores bioquímicos cardíacos, proteínas liberadas al torrente sanguíneo cuando ocurre daño miocárdico, los cuáles pueden detectarse y medirse con una analítica.

Las troponinas son proteínas que regulan la contracción muscular. En el miocardio, existen tres subunidades, las cuáles son la Troponina Cardíaca I (cTnI), Troponina Cardíaca T (cTnT), Troponina Cardíaca C (cTnC). Ante la sospecha de daño miocárdico, las más utilizadas son la cTnI y la cTnT, y es importante considerar las concentraciones plasmáticas, ya que estas son más bajas en mujeres que en hombres debido a su menor masa cardíaca (Potter et al., 2022).

Las troponinas se liberan en la circulación aproximadamente 6-8 horas después del daño miocárdico, alcanzando concentraciones plasmáticas máximas después de 12-24 horas, las concentraciones plasmáticas permanecen elevadas durante 7-10 días (Husham Khalil, 2022). Por este motivo, se debe tener en cuenta la curva temporal de estas, y realizar un muestreo cada 3 a 6 horas para evaluar cambios significativos. (Thygesen et al., 2018) Por este motivo, una concentración baja de troponina al momento de la presentación, con pequeños cambios durante un período de 1 a 3 horas, proporciona las mejores tasas de descarte (Potter et al., 2022).

Los criterios para determinar un aumento patológico entre dos valores seriados de troponinas son muy variables según el ensayo. Por este motivo, el diagnóstico del infarto de miocardio debe ser integral, en el que debe tomarse en cuenta los biomarcadores, el registro electrocardiográfico y especialmente la exploración clínica de la persona afectada.

3.2.5. Tratamiento

Cuando hablamos de tratamiento, debemos tener en cuenta la temporalidad de este, por este motivo, vamos a diferenciar el tratamiento agudo y las técnicas de revascularización, y por otro lado, el tratamiento enfocado a la prevención de

complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con un episodio de cardiopatía isquémica.

Según la Guía de Actuación de Enfermería de Urgencias y Emergencias Prehospitalarias, cuando se detecta un código IAM, debe tenerse en cuenta el tiempo de llegada al hospital más cercano con posibilidad de angioplastia.

Cuando el tiempo de acceso a un hospital supera los 120 minutos debe realizarse la fibrinólisis o terapia trombotica (Clase 1, Nivel de evidencia A). Las mujeres tratadas con trombolíticos tienen tasas de morbilidad y mortalidad más altas que los hombres, explicado en parte por los peores perfiles clínicos basales (incluida la edad y las tasas de diabetes mellitus, hipertensión e insuficiencia cardíaca).

Además, de una mayor mortalidad, el ensayo Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries (GUSTO) mostró que las mujeres tienen más complicaciones no fatales como shock, IC, reinfarto, isquemia recurrente, sangrado y accidente cerebrovascular en comparación con los hombres. El mayor riesgo de reinfarto en mujeres se confirmó en el ensayo Assent-2 (Evaluación de la seguridad de un nuevo trombolítico) y se asoció con un tratamiento menos agresivo y una mayor mortalidad en comparación con los hombres. (Mehta et al., 2016)

En cualquier caso, los trombolíticos son beneficiosos y han demostrado reducir significativamente la mortalidad y la morbilidad en las 12 primeras horas de inicio de los síntomas. (Mehta et al., 2016)

Cuando el tiempo de llegada al hospital con capacidad para la PCI (Intervención Coronaria Percutánea), es menor a 120 minutos, esta debe prevalecer como la opción prioritaria. En este contexto, el primer paso es combinar la doble antiagregación y la anticoagulación previa a la ICP. Dado que las mujeres son las que presentan la mayor cantidad de complicaciones por la terapia trombolítica, sería lógico pensar que son las que más se benefician de la ICP primaria (Mehta et al., 2016). Según Tamis-Holland 2017, en su estudio analizó las diferencias por géneros en los procedimientos y la mortalidad hospitalaria a pacientes sometidos a ICP, en 218 hospitales de Alemania entre 2007 y 2009. Un hallazgo relevante, es que las mujeres sometidas a ICP tienen mayores complicaciones vasculares posteriores al procedimiento. Mehta et al., 2016, también detectaron una mayor necesidad de transfusiones sanguíneas en mujeres post ICP.

Por otro lado, debemos tener en cuenta la farmacoterapia para enfermedades cardiovasculares crónica, y las diferencias específicas entre géneros. Estudios farmacocinéticos evidencian diferencias específicas de género para varios fármacos, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia pueden asociarse con cambios en la farmacocinética de los fármacos, principalmente como resultado de cambios en las concentraciones de esteroides sexuales y alteraciones en el agua corporal total (Jochmann et al., 2005).

La eficacia y seguridad de estos medicamentos se han comprobado a través de rigurosos estudios clínicos aleatorizados en los que participaron hombres y mujeres. Sin embargo, la información sobre posibles diferencias entre géneros en cuanto a eficacia y seguridad es limitada, ya que muchos estudios realizados después de un infarto incluyeron a pocas mujeres.

Sin embargo, recomiendan que las mujeres sean tratadas con los mismos agentes farmacológicos que los utilizados en los hombres tanto para la atención aguda como para la prevención secundaria del infarto de miocardio (Mehta et al., 2016).

A continuación, analizaremos los principales fármacos post-IAM:

Antiagregantes plaquetarios: La biodisponibilidad del ácido acetilsalicílico es mayor en mujeres que en hombres, debido a una depuración más lenta y, a su vez, a una prolongación significativa de la vida media. Los beneficios del ácido acetilsalicílico para mujeres y hombres están bien documentados en la prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares. La aspirina reduce la incidencia de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y muerte cardiovascular en un 25 % en mujeres y hombres. De igual manera, los beneficios del ácido acetilsalicílico están igualmente bien confirmados para mujeres y hombres en el tratamiento agudo del infarto de miocardio. Sin embargo, la importancia de la aspirina en la prevención primaria en mujeres es menos clara (Jochmann et al., 2005). El ácido acetilsalicílico redujo el riesgo de un evento coronario importante en un grado similar en hombres y mujeres (reducción del 19 % en hombres y reducción del 25 % en mujeres). (Mehta et al., 2016)

Por otra parte, un metaanálisis de cinco grandes ensayos clínicos aleatorizados, el tratamiento con Clopidogrel se asoció con una reducción significativa del riesgo cardiovascular general en comparación con placebo, tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres representaron entre el 20 % y el 39 % de la población total en estos estudios. (Mehta et al., 2016)

Betabloqueants: Dado que las hormonas sexuales pueden modular la regulación de los receptores β -adrenérgicos en el corazón y los vasos sanguíneos, se esperan diferencias específicas de género en la farmacodinamia de los bloqueadores de los receptores β . (Jochmann et al., 2005)

El tratamiento con betabloqueantes se asocia con una reducción del 21 % en la mortalidad, una reducción del 30 % en la muerte súbita y una tasa de reinfarto un 25 % menor, con beneficios similares en mujeres y hombres según algunos estudios. A pesar de esta evidencia de beneficio, los betabloqueantes, al igual que otras terapias cardiovasculares, a menudo se infrutilizan en mujeres. (Mehta et al., 2016)

IECA/ARA II: Numerosos ensayos clínicos aleatorizados muestran que el uso de inhibidores de la ECA mejora la supervivencia y atenúa la dilatación del ventrículo izquierdo tras un infarto de miocardio. Los ARA II han demostrado ser tan eficaces como los inhibidores de la ECA y se consideran una opción de tratamiento alternativa. Un metaanálisis de estudios sobre inhibidores de la ECA demostró una tendencia favorable hacia una mejor supervivencia (13,14 % frente al 20,1 %) y en el criterio de valoración combinado de mortalidad y hospitalización (20,2 % frente al 29,5 %) en mujeres tratadas con inhibidores de la ECA en comparación con las que no los tomaban. (Mehta et al., 2016)

Se ha informado que los inhibidores de la ECA tomados durante el embarazo causan malformaciones congénitas, muerte fetal intrauterina y muerte neonatal, por lo que están contraindicados.

ESTATINAS: El tratamiento hipolipemiante es uno de los pilares del manejo de estos pacientes, tanto en la fase temprana, como posteriormente durante el periodo crónico y estable. Estudios demuestran un papel beneficioso de la terapia con estatinas en pacientes con riesgo de enfermedad coronaria, independientemente del género. (Mehta et al., 2016). A pesar de sus efectos beneficiosos, las estatinas se emplean con menos frecuencia en mujeres que en hombres en la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares. (Jochmann et al., 2005)

Sin embargo, el riesgo de reacciones adversas al medicamento parece mayor en mujeres. (Xhyheri et Bugiardini, 2010).

3.2.6 Impacto emocional de la cardiopatía isquémica

Los pacientes con infarto agudo de miocardio tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad, estrés psicosocial o trastorno de estrés postraumático. En conjunto, estos factores psicológicos negativos que se presentan después de un infarto de miocardio se denominan malestar psicológico post-miocárdico (Levine et al., 2025).

La frustración, el miedo, la ansiedad y la tristeza, así como las alteraciones del sueño, la concentración y el apetito, pueden ser parte normal de experimentar un evento médico grave como un infarto de miocardio. (Levine et al., 2025). Según López-Castedo et al., 2024, existen una relación de las personas con cardiopatía isquémica y el miedo a la muerte.

La depresión es una afección caracterizada por tristeza persistente, pérdida de interés o placer en las actividades (anhedonia) y síntomas relacionados (p. ej., disminución del apetito, trastornos del sueño, fatiga y dificultad para concentrarse). La ansiedad es una experiencia de preocupación, rumiación, pánico y síntomas físicos asociados. Los pacientes con ansiedad después de un infarto de miocardio pueden desarrollar lo que se denomina ansiedad cardíaca, que puede incluir el miedo a un evento cardíaco recurrente o incluso a la muerte, así como el miedo y una mayor atención a las sensaciones cardíacas, como palpitaciones u opresión en el pecho. (Levine et al., 2025)

El término “ansiedad ante la muerte” fue incluido por la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* en su taxonomía del bienio 2007-2008. Esta etiqueta diagnóstica se definía como la sensación inespecífica de incomodidad o malestar, producida por la percepción de una amenaza, real o imaginada, sobre la propia existencia. (López-Castedo et al., 2024)

La guía de 2025 del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón/Colegio Americano de Médicos de Emergencia/Asociación Nacional de Médicos de Servicios Médicos de Emergencia/Sociedad de Angiografía e Intervenciones Cardiovasculares para el manejo de pacientes con SCA enfatiza las consideraciones psicosociales y el apoyo psicológico, como el diálogo abierto sobre los síntomas de depresión y ansiedad como un componente central de la educación del paciente y la rehabilitación cardíaca.

Muchas profesionales de la salud pueden no considerarse expertas en salud mental y mostrarse reacias a hablar de temas psicológicos, algo que consideran fuera de su ámbito de competencia (Levine et al., 2025). Desarrollar una intervención psicosocial cuyo objetivo principal sería que las personas con cardiopatía isquémica aprendan a manejar su miedo a la muerte de forma saludable y adaptativa (López-Castedo et al., 2024). Como profesionales de la salud, nuestro objetivo debe ser tratar no solo la enfermedad, sino a la persona en su totalidad.

3.3. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

3.3.1. Concepto de género en salud

El género es una construcción social dinámica que se relaciona con el sexo, pero no está determinada exclusivamente por él. Hace referencia a los roles, comportamientos, expresiones e identidades social y culturalmente atribuidos a las personas, incluyendo mujeres, hombres y personas con identidades de género diversas (CIHR, 2012). Tradicionalmente, el género ha sido conceptualizado de forma binaria (hombre/mujer); sin embargo, la evidencia científica actual reconoce que existe un espectro de identidades y expresiones de género que reflejan cómo las personas se identifican y expresan en distintos contextos sociales (Heidari et al., 2016).

Además, el género opera como una categoría estructural que influye en relaciones de poder y en la distribución de oportunidades y recursos. Esto quiere decir que por ejemplo si ciertas enfermedades que afectan mayoritariamente a mujeres reciben menos financiación, eso es una consecuencia estructural.

3.3.2. Sesgos de género en el sistema sanitario

Según Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado (2004), el sesgo de género hace referencia a las diferencias en la atención o tratamiento de mujeres y hombres ante un mismo diagnóstico clínico, las cuales pueden tener efectos positivos, negativos o neutros en su salud.

Lo podemos definir como distorsiones en la atención, diagnóstico, tratamiento e investigación médica que se producen por estereotipos o supuestos asociados al género, generando desigualdades en la calidad de la atención y en los resultados de salud.

Asimismo, el androcentrismo en la investigación en salud, que tradicionalmente ha considerado a los hombres como modelo de referencia, ha contribuido a un importante vacío de conocimiento sobre las enfermedades que afectan mayoritariamente a las mujeres y sobre aquellas comunes a ambos géneros en las que no se ha investigado la morbilidad diferencial. Este concepto alude a las diferencias en la sintomatología, evolución, pronóstico o respuesta a los tratamientos entre mujeres y hombres, lo que ha favorecido la extrapolación de resultados obtenidos en hombres a las mujeres.

En las enfermedades cardiovasculares (ECV) es donde más se han documentado los sesgos de género en la atención. Se ha demostrado que los sesgos de género en la producción de conocimiento sobre las ECV se incorporaron al imaginario social y médico, y que continúan reproduciéndose en las prácticas de atención sanitaria en diversas regiones del mundo al menos en 3 sentidos, Juárez (2017):

- Menos visibilización de la enfermedad cardiovascular de las mujeres por parte del sector sanitario.
- Menos percepción de riesgo por parte de las mujeres.
- Menos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos por parte del personal de salud.

Por otra parte, el hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria, para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, que sus síntomas sean confundidos, minimizados, o no bien diagnosticados, y que sus quejas sean frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicosomática, hace replantear las bases en que se ha basado la ciencia para conocer los problemas de salud de hombres y mujeres (Valls, 2010).

3.3.3. Sesgos de género en cardiología

La presentación clínica del infarto agudo de miocardio y de la angina de pecho muestra diferencias relevantes en su reconocimiento y manejo desde una perspectiva de género.

Si bien el dolor torácico continúa siendo el síntoma principal en la mayoría de los casos, diversas investigaciones y organismos científicos han señalado que en las mujeres es más frecuente la presencia de síntomas acompañantes como disnea, náuseas, mareos, dolor cervical o mandibular, fatiga intensa y palpitaciones.

Según ha destacado Martha Gulati (2023), estos cuadros clínicos suelen ser subestimados, lo que se traduce en retrasos diagnósticos y en un abordaje terapéutico menos intensivo en comparación con los hombres, incluyendo una menor indicación de terapias médicas, procedimientos de revascularización y programas de rehabilitación cardíaca. Como consecuencia, las mujeres presentan mayores tasas de reingreso y mortalidad tras un infarto de miocardio.

La Sociedad Española de Cardiología advierte que, contrariamente a ciertas creencias, alrededor del 80% de las mujeres con infarto presentan dolor o presión en el pecho, al igual que los hombres, tal como recogen las guías europeas de síndrome coronario agudo. Sin embargo, la coexistencia de síntomas adicionales y la persistencia de prejuicios de género en la práctica clínica contribuyen a que estos cuadros no siempre sean reconocidos como de origen cardiovascular.

Según Castro Vázquez (2016), es un mito que las mujeres solo sufran infartos después de la menopausia. Aunque la mortalidad por infarto ha disminuido en hombres y mujeres mayores de 65 años, en las mujeres más jóvenes (35-54 años) se ha observado un incremento, a diferencia de lo que ocurre en los hombres del mismo grupo de edad. En las mujeres mayores de 65 años, el edadismo podría contribuir a que se realicen menos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos, al considerarse que, por su edad, no son candidatas a procedimientos invasivos o a programas de rehabilitación cardíaca. No obstante, esta situación también puede reflejar un menor valor social atribuido a las mujeres, ya que los hombres de la misma edad reciben con mayor frecuencia tratamientos invasivos y rehabilitación cardíaca.

3.4. EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

El impacto de la genética en la salud cardiovascular es relativamente reducido en comparación con otros determinantes. Este hecho sugiere que las variables más influyentes en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular están relacionadas con la conducta del individuo y con la exposición a factores ambientales.

Como se ha mencionado anteriormente, existen factores de riesgo no modificables, entre los que se incluyen la edad, el sexo asignado al nacer y la genética. No obstante, un conjunto importante de factores de riesgo sí pueden modificarse a través de los estilos de vida del individuo. Estos estilos de vida, a su vez, se encuentran influenciados por diversos elementos como la salud psicológica, así como por determinantes sociales

y estructurales que condicionan las posibilidades reales de adoptar conductas saludables.

En 2010, tras décadas de descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV), la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association, AHA) amplió su enfoque, pasando de centrarse únicamente en el tratamiento de las ECV y sus factores de riesgo a incorporar estrategias dirigidas a promover directamente la salud cardiovascular de la población. En este contexto, identificaron ocho elementos esenciales para mantener una adecuada salud cardiovascular: presión arterial, colesterol, glucosa, índice de masa corporal (IMC), alimentación, actividad física, consumo de tabaco y descanso.

Entre los factores de riesgo modificables destacan aquellos relacionados directamente con la conducta, como: la actividad física, la alimentación, el consumo de tabaco o la calidad del descanso. La adopción de patrones saludables en estos ámbitos no solo reduce de forma individual el riesgo cardiovascular, sino que también ejerce un efecto sinérgico sobre otros factores de riesgo metabólicos. De este modo, los estilos de vida saludables contribuyen a prevenir el desarrollo del síndrome metabólico, condición estrechamente vinculada con la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Sin embargo, la escasa representación de la mujer en los ensayos clínicos cardiovasculares ha planteado interrogantes acerca de la validez universal de estos factores de riesgo y de las recomendaciones derivadas de los mismos. Aunque posteriormente la evidencia científica ha demostrado que muchas de las estrategias de prevención cardiovascular son similares entre hombres y mujeres, esta falta histórica de inclusión ha contribuido a generar vacíos de conocimiento en relación con las particularidades del riesgo cardiovascular en mujeres.

El manejo de la cardiopatía isquémica en mujeres requiere un enfoque integral que incluya no solo el tratamiento farmacológico, sino también la educación sanitaria, el fomento del autocuidado y la sensibilización sobre las diferencias de género, entre hombre y mujer, en la práctica clínica. Estos elementos son fundamentales para mejorar la adherencia terapéutica, favorecer la participación activa de la paciente y reducir posibles desigualdades en la atención. A continuación, se desarrollan estos aspectos clave:

La adherencia terapéutica es un aspecto clave en el manejo de la cardiopatía isquémica, ya que seguir correctamente el tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico,

reduce de forma significativa el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares, hospitalizaciones y mortalidad (Vrijens et al., 2017; Burnier & Egan, 2019). Sin embargo, no siempre es fácil mantener esta adherencia, especialmente en mujeres, donde influyen factores como la percepción de los efectos secundarios o experiencias previas con el sistema sanitario. Esto hace necesario adaptar la educación sanitaria a cada paciente (Vogel et al., 2021).

La educación en salud es más efectiva cuando no se limita a dar información, sino que acompaña y empodera a la paciente en su proceso. Esto implica explicar de forma clara por qué es importante seguir el tratamiento, qué puede ocurrir si se abandona, y fomentar que la propia paciente participe en las decisiones sobre su cuidado. También resulta útil ofrecer herramientas prácticas que faciliten el día a día, como recordatorios, aplicaciones móviles o registros personales. Además, es fundamental tener en cuenta la situación individual de cada mujer, ya que factores como la carga familiar, laboral o social pueden influir directamente en la adherencia (Nieuwlaat et al., 2014; Burnier & Egan, 2019).

En este sentido, los programas educativos dirigidos específicamente a mujeres han demostrado mejor la adherencia, aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y favorecer cambios sostenibles en el estilo de vida, reduciendo así la aparición de nuevos eventos cardiovasculares (Vogel et al., 2021; WHO, 2021).

El apoyo del entorno familiar y social también es clave, ya que puede facilitar mucho la incorporación de hábitos saludables en el día a día. Cuando el autocuidado se fomenta de manera adecuada, no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también aumenta la confianza de la paciente, reduce la ansiedad y mejora su calidad de vida (Clark et al., 2022; Vogel et al., 2021).

Por último, no se puede entender una buena atención en cardiología sin tener en cuenta las diferencias de género entre hombres y mujeres. Aún hoy existen sesgos que pueden hacer que los síntomas en mujeres se infravaloren o se atribuyen a otras causas, como la ansiedad; lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento. Por ello, es fundamental seguir formando a los y las profesionales sanitarios/as para detectar de forma precoz la cardiopatía isquémica en mujeres, incluso cuando los síntomas no son los más típicos. También es importante garantizar que las mujeres reciban los mismos tratamientos que los hombres en base a la evidencia científica, sin demoras ni diferencias injustificadas.

Además, el abordaje debe ser más individualizado, teniendo en cuenta aspectos como la tolerancia a los fármacos, el riesgo de efectos adversos o la necesidad de reforzar la educación al alta para favorecer la continuidad del tratamiento.

3.5. TEORÍA ENFERMERA

3.5.1. Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis.

En la década de 1990, Afaf Meleis desarrolla la Teoría de las Transiciones, en la que define las transiciones como procesos complejos de cambio que experimentan las personas cuando se producen modificaciones en su estado de salud, roles, relaciones o entorno.

Estas transiciones implican una reorganización de significados, conductas y percepciones afectando de manera directa al bienestar de la persona, familia y la comunidad (Meleis et al., 2000). Desde esta perspectiva, el objetivo del cuidado de la enfermería se centra en facilitar transiciones saludables, teniendo en cuenta las condiciones personales, sociales y contextuales que influyen en la experiencia del individuo (Meleis, 2010).

La autora identifica diferentes tipos de transiciones que pueden ocurrir de forma simultánea (Schumacher & Meleis, 1994):

1. Las transiciones del desarrollo: vinculadas a las etapas del ciclo vital como la adolescencia, la maternidad o el envejecimiento.
2. Las transiciones situacionales: relacionadas con cambios en las circunstancias personales o del entorno, como un cambio laboral, una migración o una hospitalización.
3. Las transiciones salud – enfermedad: asociadas a procesos como el diagnóstico, la recuperación o la cronicidad.
4. Las transiciones organizacionales: derivadas de cambios en los sistemas o estructuras sanitarias.

Las transiciones presentan una serie de propiedades que permiten comprender su complejidad. Entre ellas se encuentra (Meleis et al., 2000):

- La conciencia: entendida como el grado en que la persona percibe el cambio.
- El compromiso: que refleja el nivel de implicación activa en el proceso.

- El cambio y la diferencia: que hacen referencia a la transformación en roles, identidades o comportamientos.
- El tiempo: que se trata de un proceso dinámico que se desarrolla en distintas fases.
- Los puntos críticos o eventos clave: que constituyen momentos de mayor vulnerabilidad dentro del proceso de transición.

3.5.2. Teoría del autocuidado Dorothea Orem.

La Teoría del Autocuidado fue desarrollada por Dorothea Orem, y se centra en la capacidad que tienen las personas para realizar actividades dirigidas a mantener su salud, prevenir enfermedades y recuperarse de procesos patológicos. Según esta teoría, el autocuidado es una conducta aprendida e intencionada que permite al individuo cubrir sus propias necesidades de salud (Orem, 2001).

Orem identifica tres conceptos centrales:

1. El autocuidado: que hace referencia a las acciones que realiza la persona para mantener su bienestar.
2. El déficit de autocuidado: que aparece cuando la persona no es capaz de cubrir sus necesidades de forma adecuada
3. El sistema de enfermería: que describe cómo la enfermería interviene para compensar o apoyar ese déficit mediante diferentes niveles de asistencia.

La autora también plantea los requisitos de autocuidado, que pueden ser:

- Universales: alimentación o descanso
- Desarrollo: relacionados con etapas de la vida
- Desviación de la salud: derivados de la enfermedad

Cuando la persona no puede satisfacer estos requisitos, la enfermería actúa mediante sistemas de apoyo totalmente compensatorios, parcialmente compensatorios o de apoyo-educación.

3.5.3. Aportaciones de Carmen Valls a la salud y la Enfermería

Las aportaciones de Carmen Valls-Llobet se centran en dar visibilidad a algo que durante mucho tiempo ha estado poco presente en la sanidad; cómo las desigualdades entre hombres y mujeres influyen directamente en la salud. Su trabajo insiste en que muchas veces la atención sanitaria se ha construido desde la mirada y experiencia del hombre, lo que ha hecho que los síntomas y enfermedades de las mujeres no siempre se reconozcan o se traten de forma adecuada (Valls-Llobet, 2010).

Desde esta perspectiva, la autora explica que factores como las condiciones de vida, el trabajo, la sobrecarga de cuidados o la violencia de género tienen un impacto muy importante en la salud de las mujeres, aunque no siempre se tengan en cuenta en la consulta. Esto puede llevar a diagnósticos tardíos o a que algunos problemas de salud se minimicen o se atribuyan a causas emocionales sin una valoración completa.

Por ello, Valls defiende la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la práctica sanitaria, es decir, mirar la salud teniendo en cuenta las diferencias sociales y biológicas entre mujeres y hombres. Esto permite ofrecer una atención más justa, más completa y adaptada a la realidad de cada persona, mejorando tanto la prevención como el tratamiento.

En definitiva, su aportación principal es recordar que la salud no depende solo de lo biológico, sino también de lo social, y que reconocer estas desigualdades es clave para mejorar la calidad de la atención sanitaria y hacerla más humana y equitativa.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

El presente estudio utilizó una metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico.

La metodología cualitativa nos permitió investigar procesos sociales “producción del sentido” que da lugar a los hechos. Estudiar a las personas en su contexto natural, nos facilitó una aproximación más holística de la experiencia global del paciente, intentando encontrar el sentido y la interpretación a partir del significado que le otorga la persona. (Palacios-Ceña, D., & Corral Liria, I. 2010).

En cuanto al tipo de estudio, creemos que la fenomenología se adaptó perfectamente a nuestro estudio. La fenomenología procede de la filosofía, uno de sus actores más destacados fue Martin Husserl, en la primera década del siglo XX. Lo que distingue a la Fenomenología es la comprensión y descripción de la experiencia humana en el contexto del mundo de la propia persona. No se incluye solamente el entorno físico y social, también se añade la historia de la persona y sus aspiraciones (Palacios y Corral 2010).

La conclusión es que la experiencia vivida es la clave de la fenomenología, y este trabajo se ha adaptado perfectamente a ello.

4.2. Lugar del estudio

La recogida de información se llevó a cabo en la ciudad de Manresa, en una sala del centro hospitalario ofrecida por la asociación CATCECOR (Associació de Pacients Cardiopaties de la Catalunya Central) un entorno adecuado por su vinculación con el ámbito sanitario y por ofrecer un espacio que garantiza la confidencialidad y la comodidad de las personas participantes.

4.3. Período de estudio

De septiembre de 2025 a mayo de 2026. Los plazos aproximados para la realización de los distintos apartados del trabajo están indicados en el cronograma, el cual puede encontrarse en anexos.

4.4. Población de estudio

Mujeres y hombres que han sufrido un episodio de IAM o ANGOR.

4.5. Muestra y participantes

La muestra estuvo constituida por 4 mujeres y 5 hombres, residentes en Manresa o alrededores, que cumplieron los criterios de inclusión establecidos.

El muestreo ha sido no probabilístico, mediante la técnica de bola de nieve. Inicialmente, las investigadoras principales contactamos con una o varias mujeres de la *Associació de Pacients Cardíopates de la Catalunya Central (Catcecor)*, que cumplían los criterios de inclusión. Este procedimiento se ha repetido hasta alcanzar el número previsto de informantes.

4.6. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres y hombres adultos con diagnóstico de IAM o ANGOR de hace más de un año (para que puedan explicar y no sean tan vulnerables) y menos de 10 años (para que sea un episodio relativamente reciente y no congénito).
- Participación voluntaria.

Criterios de exclusión

- Mujeres y hombres que estuvieron en proceso diagnóstico o proceso activo de IAM o ANGOR o que ha pasado menos de un año de este diagnóstico.
- Mujeres y hombres con un episodio de hace más de diez años.
- Mujeres y hombres con cardiopatías congénitas.
- No querer o poder participar.

4.7. Unidades de observación

Ha estado conformada por cada una de las participantes individuales que integraron la muestra del estudio, concretamente por 5 hombres y 4 mujeres que experimentaron un episodio de cardiopatía isquémica. Se recogieron los datos que permitieron acceder a sus relatos personales, emociones, interpretaciones y percepciones sobre el proceso clínico vivido.

4.8. Unidades de análisis

Ha estado constituida por las experiencias vividas por mujeres y hombres que padecieron un episodio de cardiopatía isquémica. Nos centramos en comprender cómo estas mujeres percibieron, interpretaron y dieron significado al proceso de diagnóstico recibido, así como los posibles sesgos de género presentes en su atención sanitaria.

4.9. Técnicas y procedimiento de investigación cualitativa

Se trata de un estudio cualitativo cuyo objetivo principal ha sido explorar y comprender la percepción de la atención sanitaria recibida por mujeres y hombres con cardiopatía isquémica antes del diagnóstico, con el fin de identificar posibles desigualdades de género en el proceso asistencial.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un grupo focal, técnica la cual, su uso en investigaciones cualitativas se encuentra en alza. Una ventaja del grupo focal respecto a otras técnicas como la entrevista es la riqueza que genera la interacción en el diálogo las participantes, ya que permite profundizar en las experiencias vividas y el intercambio de percepciones entre las participantes. Por otro lado, al tratarse de un formato flexible nos ha permitido a las investigadoras explorar preguntas no previstas, lo cual ha potenciado la obtención de informaciones que no se han limitado a una concepción previa. (Naranjo-Hernández González-Bernal, 2021). Por lo que ha permitido, mediante el debate, establecer acuerdos y un sentido común hacia el tema estudiado, y en este caso, observar el contraste de perspectivas entre hombres y mujeres. Nos ha ofrecido establecer marcos interpretativos que nos permitieron conocer la imagen social que tuvieron las participantes hacia la atención recibida y la percepción de calidad de vida después de haber sufrido un episodio de ANGOR o IAM.

Antes de la realización del grupo focal, se entregó a todas las participantes una hoja de información, donde se detallaron los objetivos del estudio, el procedimiento, la voluntariedad de la participación y la confidencialidad de los datos. Posteriormente, se solicitó el consentimiento informado, tanto verbal como por escrito.

Asimismo, se les facilitó una hoja de recogida de datos sociodemográficos, que incluyó variables como la edad, el estado civil, la ocupación, el nivel de estudios, número de hijos/as en caso de tener, el nivel de ingresos. No se recogieron datos sensibles.

El grupo focal ha sido moderado por las investigadoras principales y se ha desarrollado siguiendo un guion de preguntas semiestructurado, elaborado previamente a partir de los objetivos del estudio. La sesión se inició con una breve presentación de las investigadoras y de las participantes, así como con la explicación de las normas básicas de funcionamiento del grupo (respeto de turnos de palabra, confidencialidad y libertad para expresar opiniones).

A continuación, se plantearon las preguntas del guion, aunque se formularon las preguntas de formas flexible, favoreciendo el espacio para realizar preguntas no previstas, según las distintas aportaciones que pudieron realizar las participantes. Este hecho nos permitió que la obtención de la información no se limitó a una concepción previa de las investigadoras permitiendo la participación activa y espontánea de todas las asistentes. Durante el proceso, las investigadoras nos dividimos el rol de moderador y otra de observadora. La principal tarea del moderador ha sido favorecer la interacción entre las participantes. Por otro lado, el papel de la observadora ha sido captar la dinámica del grupo y el lenguaje no verbal de las participantes, con tal de identificar elementos relevantes que pudieron pasar inadvertidos. La duración del grupo focal ha sido de 60 a 90 minutos hasta llegar a la saturación teórica. Tanto el moderador como la observadora realizaron anotaciones en un diario de campo.

La sesión se ha cerrado con un resumen de los principales temas tratados y un espacio final para que las participantes puedan añadir comentarios que consideraron relevantes. Ha sido grabada en audio, con previa autorización de las participantes, con el fin de facilitar su posterior análisis. Las grabaciones han sido transcritas de forma literal, eliminando cualquier información que permitiera la identificación personal.

4.10. Categorización y análisis

Para el proceso de categorización hemos realizado la reducción de datos en categorías y subcategorías, posteriormente mediante la transformación de estos datos se agruparon los significados más importantes de cada categoría.

Para el análisis de los datos utilizamos un sistema descriptivo.

- Análisis de la temática. En este apartado lo importante es identificar patrones y temas recurrentes en los datos cualitativos, dicho de otra forma, el objetivo de este análisis tuvo como objetivo explorar “qué se dice”. En nuestro estudio es

posible encontrar de manera sistemática referencias al dolor, o disnea, entre otros.

- Análisis estructural. Explorar cómo se dicen las palabras, y qué expresiones utilizan los participantes para narrar su experiencia. Un aspecto interesante que evaluar es el grado de insatisfacción con el que se expresan.
- Análisis del discurso. Identificar las intenciones o motivaciones detrás del lenguaje para dar significado a su experiencia, “por qué lo dicen”.

Posteriormente, se realizó un sistema de codificación abierta para las diferentes categorías. Una vez concluido el proceso, podemos reorganizar estos códigos iniciales en categorías más amplias mediante la codificación axial. A continuación, hemos realizado una tabla que nos ha servido como ejemplo.

Categorías	Subcategorías	Descripción
Impacto físico	-Síntomas típicos. -Síntomas atípicos. -Consecuencias físicas del episodio y de la intervención sanitaria.	Explora las sensaciones/dificultades físicas que experimentan las personas ante un dolor torácico.
Impacto emocional	-Preocupación por la minimización de síntomas en la atención sanitaria. -Miedo al diagnóstico y preocupación por el futuro. -Falta de seguimiento médico. -Vivencias emocionales positivas tras el evento.	Contempla las emociones o sentimientos generados durante la experiencia.

Barreras en la atención	-Sesgos de género en el diagnóstico. - Retrasos en la atención sanitaria.	Examinar la dificultad en la atención recibida.
Dificultad en las relaciones sociales.	-Apoyo social en la recuperación. -Cambios en la vida cotidiana y hábitos.	Explora la dimensión social del episodio.

Para este procedimiento se ha utilizado la plataforma Weft-QDA.

4.11. Búsqueda bibliográfica

Para la elaboración del marco teórico se llevó a cabo una amplia búsqueda bibliográfica. Se consultaron distintas bases de datos (Pubmed, Cinahl), en las cuáles se utilizaron distintas palabras clave junto al uso de operadores booleanos.

Por otra parte, también se han utilizado guías clínicas de la Association (AHA) o editores internacionales como SpringerLink o ScienceDirect (elseiver), a los cuáles se ha accedido mediante búsqueda por bola de nieve. La combinación de esta búsqueda nos ha permitido obtener un marco teórico sólido y actualizado.

Tabla 1. Términos de búsqueda (MESH) y bases de datos científicos (PUBMED)

	MESH	Resultados
Cerca 1	(Myocardial Ischemia) AND (Gender Perspective)	10 resultados . Filtres: (2021-2026), humans.
Cerca 2	(Cardiovascular Diseases) AND (Gender Perspective)	129 resultados. Filtres: (2021-2026), humans. (2021-2026)
Cerca 3	(Myocardial Ischemia) OR (Cardiovascular Diseases) AND (Gender Perspective)	129 resultados. Filtres: (2021-2026), humans
TOTAL		268 resultados

Tabla 2. Términos de búsqueda (DECS) y bases de datos científicos (WOS o Cinahl)

	DECS	Resultados
Búsqueda 1	Myocardial Ischemia AND Women's Health	112
Búsqueda 2	Cardiovascular Diseases AND myocardial ischemia AND women's health	38
Búsqueda 3	myocardial ischemia AND risk factors AND women's health	71
TOTAL		221 resultados

Tabla 3. Palabras de búsqueda en el lenguaje natural y cercadores.

	Palabras y estrategias de búsqueda	Resultados
PUBMED	Búsqueda por bola de nieve	
AHA	Búsqueda por bola de nieve	
SpringerLink	Búsqueda por bola de nieve	
SciencDirect	Búsqueda por bola de nieve	

Tabla 4. Resumen de los resultados con los términos de búsqueda estructurados, lenguaje natural, bases de datos, asociaciones y editoriales.

	Resultados
Términos MESH y PUBMED	268 resultados
Términos DECS y Cinahl	221 resultados
Lenguajes naturales, asociaciones y editoriales	No cuantificado
TOTAL FINAL	489 + búsqueda cualitativa

4.12. Triangulación metodológica

Para garantizar la credibilidad del estudio, se aplicó una estrategia de triangulación metodológica. En primer lugar, se realizó triangulación entre investigadoras mediante la revisión y discusión de las categorías analíticas. En segundo lugar, se llevó a cabo triangulación teórica contrastando los resultados con diferentes marcos conceptuales

presentes en la literatura. Finalmente, se efectuó un proceso de validación con las personas participantes, compartiendo las interpretaciones obtenidas para comprobar que reflejaban adecuadamente sus experiencias y perspectivas.

4.13. Aspectos Éticos

Este estudio ha sido aprobado por el secretario técnico de la Comisión de Ética de Investigación e Innovación según los principios de Declaración Responsable sobre aspectos éticos de los Trabajos de Fin de Grado de la Universidad Rovira i Virgili, con código: AAAAA-2025-TFG-0000 (ver anexo).

Una vez aprobado, se realizaron los documentos necesarios para el TFG, los cuáles son el consentimiento informado y la hoja del participante (ver anexos).

- Consentimiento informado: es el proceso mediante el cual una persona acepta participar voluntariamente en una investigación, después de haber recibido y comprendido información clara, suficiente y comprensible sobre el estudio.
- Hoja del participante: es aquella que informa a las personas participantes en un proyecto de investigación. En ella se detalla diferentes aspectos relacionados con el proyecto como, por ejemplo: el título, nombres de los investigadores/as, objetivos, metodología, confidencialidad y protección de datos, muestras, riesgos y beneficios, voluntariedad en la participación y datos de la persona de contacto.

Antes de realizar los grupos focales, se explicó el objetivo del estudio, se facilitó la hoja de participación al informante, se explicó la naturaleza voluntaria de la investigación, el uso académico y científico de los datos y se solicitó autorización verbal y escrita.

Se preservó en todo momento la identidad de las participantes, asignando un código de colores, eliminando datos identificativos y gestionando la información mediante servidores seguros. Asimismo, se tuvo en trató de preservar la confidencialidad de los distintos centros hospitalarios donde recibieron atención sanitaria, mediante la asignación de códigos numéricos a cada institución.

El tratamiento de los datos se realizó conforme al Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) y a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, asegurando el cumplimiento de la normativa

española y europea en materia de protección de datos. El estudio respetará los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

Este trabajo ha sido validado por la Comisión de Política Académica y Docencia del Programa Aprendizaje y Servicios (APS), el cual ha tenido como objetivo crear sinergias entre la comunidad y la sociedad.

5. ANÁLISIS. GRUPO FOCAL

5.1.1. IMPACTO FÍSICO

Para la identificación de la isquemia miocárdica es relevante considerar las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con síndrome coronario agudo. (Thygesen et al., 2018). Las participantes en el grupo focal describieron distintas manifestaciones físicas asociadas a su experiencia, estas reflejan la variedad en la forma que puede presentarse el síndrome coronario agudo, los cuáles hemos podido agrupar en síntomas típicos y atípicos.

5.1.1.2. SUBCATEGORÍAS

Síntomas típicos: El principal síntoma típico es el dolor torácico de tipo opresivo descrito como un peso o una presión centro torácica, este dolor/molestia puede ser irradiado a mandíbula o extremidades superiores. Por otro lado, los síntomas asociados suelen ser las náuseas, vómitos o disnea (Mehta et al., 2016).

Algunas participantes describieron el dolor centro torácico opresivo como síntoma principal de su episodio.

AZUL

“Em vaig haver d'asseure perquè era una sensació molt fastigosa i molt dolorosa. Però va passar. Vaig anar a dormir i em vaig llevar, vaig anar a acompanyar a la dona a treballar i al sortir del cotxe un altre cop va tornar a donar aquell dolor.

Agafo les eines, em fico en una màquina ja no era mal, és com una cremor, era una cremor, una cremor i això ja no és normal. Em vaig frotre la pastilleta, li vaig dir a l'encarregat, i perquè se'm va passar.”

NARANJA

“I els vaig dir mira, aneu amb les vostres mestres, que avui heu treballat molt bé perquè em va venir una pressió brutal al cor.”

NEGRO

“Em vaig començar a sentir un dolor aquí al pit. Cada vegada va cada vegada més fort, cada vegada més fort. Em pensava, Ja em passarà. I al final vaig veure que no em passava. Va arribar un punt que tenia un dolor al pit que semblava com si haguessin posat mil quilos aquí a sobre.”

“I ja arribant a l'hospital, jo vaig veure que aquell dolor que cada vegada més fort no em passaria, que no era, no era normal.”

LILA

“I quan et passa, jo estava a casa dormia i a les 6 del matí em vaig despertar que em feia molt mal.”

“Vaig buscar símptomes d'infart en les dones i els tenia tots i em faltava marejar-me, però no suava.”

“I jo trobo que hi ha una cosa que també em va agradar molt, és que quan estàs allà i en el meu cas a mi em feia molt mal, molt mal, molt mal.”

“Em van posar morfina i a mi no em marxava per res del món. I el moment en què es va destapar, el dolor va marxar automàticament.”

Algunas participantes también describieron la dificultad respiratoria, asociada al dolor torácico.

NARANJA

“però al cap d'un minut ja venia la medicalitzada, amb metges perquè jo hi havia un bassal a terra d'aigua, hiperventilant, jo ho veia.”

Síntomas atípicos: En este caso la manifestación del dolor torácico presenta ciertas diferencias respecto al típico, ya que las personas suelen describir este, como un dolor agudo, ardiente, punzante. U otros síntomas como dolor en extremidades superiores de forma aislada, fatiga, debilidad, mareos, palpitaciones o indigestión (Mehta et al., 2016).

ROSA

“Fa tres anys, un dia, pujant una pujada, vaig tenir una punxadeta al pit i vaig pensar ui, això deu ser algo del cor.”

“Turisme total vaig tornar, vaig anar un dia d'excursió i un dia que estava ballant, al cap de deu dies, quan ballava, em venia un malestar i quan m'asseia em passava i llavors ja vaig dir, bueno, això no pinta bé.”

“Vull afegir que de tots els símptomes que a mi em demanaven els infermers, sobretot que tens mal aquí, que tens mal allà, que et passa això, no em passava res. Res del que deien, però els meus braços durant dos dies em van passar simplement pesar. No tenia cap mal, però si me'ls hagués pogut treure i deixar sobre d'un lloc i hagués sentit molt bé, em pesaven. Ja està.”

AMARILLO

“Jo vaig tenir una angina de pit. Em feia mal el d'allò, però com que sempre he tingut problemes de cervicals i no li dono importància, demanava esperar una estona.”

VERDE

“Des de feia anys anys tenia un punt de dolor aquí, que es pot assenyalar amb el dit i no un dolor. Un dolor de feia anys, i que no tenia res a veure ni amb l'esforç, ni amb el repòs ni amb res.”

“Un 12 de febrer a la nit em ve un doloret estant a casa i dius, bueno d'aquí a un dos minuts em passarà. I no passa. I passa mitja hora i no passa. I passa una hora i no passa. I comença a venir una suor freda.”

BLANCO

“Quina calor, quina calor! Buf! Ai, i ara fred i buf! Només volia vomitar.”

“Jo no ho sé, no sé que tinc, però em trobo molt malament, però un malestar no era, jo podia aguantar. Però estava malament. Malament.”

“Dic si una cosa tinc aquí com el l'ombro o el cantó dret, com una cosa, com si m'apretés, aquí el cantó dret.”

“Però tu tens algun dolor o alguna molèstia? I si tinc aquest dolor aquí? Però jo l'únic que puc dir és que si tingués que viure, hi podria viure, amb aquest dolor. Em va preguntar, tu com ho valoraries de l'1 al 10, i jo dos o tres. I llavors jo deuria perdre el coneixement”

Uno de los participantes expresó la dificultad para respirar de forma inusual como síntoma principal.

ROJO

“No podia respirar i de cop i volta no podia ni respirar. I aquell dia vaig avisar a urgències.”

“No me'n recordo d'haver sentit dolor ni res, només que no podia respirar i al cap de res ja podia respirar.”

“Perquè, a més, com que em deien que digués el dolor que tenia del 1 al 10, jo vaig dir un fotut 3 perquè no podia respirar, però no em feia mal.”

Consecuencias físicas del episodio y de la intervención sanitaria: A nivel físico, aparte de los síntomas iniciales del evento, algunas participantes describieron consecuencias y experiencias derivadas del episodio cardiovascular o de las intervenciones sanitarias. En este sentido, algunas experiencias descritas están relacionadas con procedimientos de emergencia, como la desfibrilación, o fracturas costales posteriores a la reanimación.

VERDE

“A l'UCI 15 dies, 8 desfibril·ladors, 8 en viu.”

“Jo estava monitoritzat i com que estava monitoritzat al cap de dos o tres o quatre segons, no sé quina tolerància tenia l'aparell abans que perdés el coneixement. Xutava, jo estava tranquil·lament i feia un bot que és aquest. I això amb 15 dies vuit vegades.”

“Això d'una banda. Des del punt de vista físic, des del punt de vista físic tinc soc una mica depenent, una mica depenent vol dir que la cuidadora, que és la meva dona, m'ha d'ajudar a fer-me una cura, després als professionals si voleu us ho explico, m'ha de curar i m'ha d'ajudar per dutxar-me.”

“Quan vaig sortir de l'hospital, per exemple al físio jo podia caminar d'aquest passadís a les escales, mig passadís d'aquests no podia caminar gaire més al físio que em venia a ajudar jo li deia torquemada.”

“això era una putada llavors vaig perdre 10 quilos de pes amb tants dies d'immobilització massa muscular la tira i quan em van donar d'alta caminava així i a casa caminava.”

BLANCO

“Em van trencar 7 costelles i no em van deixar ni una costella en condicions, perquè jo després sempre em queixava de que em feien mal. Això sí que és inaguantable.”

5.1.2. IMPACTO EMOCIONAL

Para garantizar un cuidado holístico es necesario comprender la experiencia del evento, no únicamente como un suceso con impacto físico, si no que conlleva un importante componente emocional. La aparición repentina de síntomas, la percepción de la gravedad, la preocupación por la falta de información, el miedo o la incertidumbre al diagnóstico, o la minimización de síntomas pueden generar diversas repuestas emocionales.

Como señala Mehta et al., 2016, la prevalencia de depresión es $\approx 20\%$ en pacientes post-IM, varias veces mayor que en la población general, y es aproximadamente el doble en mujeres con IM que en hombres con IM. El cincuenta por ciento de las mujeres post-IM ≤ 50 años y $>40\%$ de las mujeres post-IM entre 50 y 60 años de edad cumplen los criterios diagnósticos para la depresión mayor. Entre las mujeres con infarto de miocardio u otras formas de cardiopatía isquémica, la depresión se asocia con un riesgo aproximadamente tres veces mayor de muerte o eventos cardíacos posteriores, independientemente de la gravedad de la depresión.

En algunos casos, las participantes manifestaron los sentimientos de miedo o ruina durante el episodio agudo.

AZUL

*“Després cap a Terrassa. **Stent i cap a casa i la vida a tomar pel sac.** No, El que feia ara és una altra mena de vida.”*

NARANJA

*“Menys mal. I li vaig fer que vingués i li vaig dir: **Albert, truca que m'estic morint.** [silencio] **Sempre ho tenia claríssim.** Però ell va veure la situació.”*

LILA

*“Lluís. Tinc un infart, vaig trucar. **I quan estàs en aquell moment i veus que t'estàs morint, tu veus, com deia company carbassa, veus que et mores, jo em vaig acomiadar del meu home.**”*

*“I és que passa això, és que et baixen ràpid i ja tens la gent que t'està esperant. **I és que estàs vivint una pel·lícula, i això és el que després, quan tu expliques el que t'ha passat, expliques això que.**”*

*“I jo trobo que hi ha una cosa que també em va agradar molt, **és que quan estàs allà i en el meu cas a mi em feia molt mal, molt mal, molt mal. Vosaltres no teniu mal,***

però jo tenia jo el vostre i el meu tenia tots. Era horrorós. Em van posar morfina i a mi no em marxava per res del món.” [aumento del tono de voz]

“Sempre hi ha algú que t'està tocant i t'està dient perquè tu estàs cagat. Perquè tu veus que la teva vida se t'escapa i per tant, la part humana ja no tan sols la part professional de fer la feina, sinó que també hi hem de sumar la part humana, que penso que és una part imprescindible, que no pot anar una cosa sense l'altre.” [expresa emoció]

ROJO

“Llavors jo si que sempre he estat molt dolorit, d'això que va passar en aquell moment. La meva família també. Perquè ells pensen que si hagués sigut més ràpid potser hagués sigut diferent tot.” [mirada hacia abajo]

VERDE

“Una altra cosa al cap de 8 o 10 dies, en un moment allà perds la noció de l'espai del temps. No saps si és de dia o de nit, si estàs despert, si dorms, estàs xutat.”

“Va ser la nit del lloro. Són les dues, són les tres. A quina hora em vindran a buscar? Passaré la nit del lloro. Vaig comentar això al metge de la UCI, i em va dir, tu no et preocupis, no et preocupis.”

“Home, la meva qualitat de vida és sensible.”

BLANC

“Allà al “hospital 1”, em van posar un stent ,però a mi m'havien entubat i vaig marxar d'aquí intubada i tal. I hi van haver molts dubtes. Era bastant greu tota la situació, van haver-hi molts dubtes. En el meu cas, sobre la desintubació, perquè si s'hagués de tornar a fer o perquè no sé, doncs si, van ser valents.”

“Com diuen ara, o no ho sé. I de cop i volta dic, què deu ser morir-se, morir-se és el que t'està passant ara, t'estàs morint, que no ho veus.”

Preocupación por la minimización de síntomas en la atención sanitaria: Varias participantes expresaron sentimientos de preocupación e incertidumbre relacionados con la tendencia a minimizar o restar importancia a los síntomas por parte de la atención sanitaria.

AZUL

*“Vaig anar cap a casa. Això eren les 9 i a les 11 i allà no passaven, **així que vaig tornar i em van tenir tota la nit a urgències. Que allò sí que és criminal perquè el llit era, era per fotre'ls una cosa. I a més a més, no hi havia cap metge.**” [risa irònica]*

ROJO

*“Això de guanyar que potser no cal. **Perquè jo ara he pensat si em passa alguna cosa exageraré, si no, si tu ho dius no, no. Tinc la sensació que com que van venir pensant que era poca cosa. Això sí que em va doldre una mica.**”*

AMARILLO

*“**Vaig estar molt poc perquè l'endemà ja et donen l'alta. Vull dir indica que ja estan les revisions i tot bé. Però jo estava ben marejada.**”*

Miedo al diagnóstico y preocupación por el futuro: Un hecho común en la mayoría de las participantes fue la anticipación del futuro. Una de las principales preocupaciones son las recaídas y la posibilidad de muerte.

AZUL

*“Jo ja és el segon que tinc. Jo l'únic que demano és si algú entre estiu i estiu, el metge, **que algú em pogués fer una electro i una cardio d'aquestes, una ecocardio, dic, perquè ja són dos cops.**”*

*“Jo total el que demanava era això, si ja he tingut un cop, i torno a repetir, **i ara quan arribi juny, juliol, ja estaré cagat. Estaré molt colestret així. Potser em torna, potser no em torna.**”*

ROJO

*“El meu cas ha canviat molt perquè jo no he vist mai malalt ni res. **Llavors de cop i volta és com si em vaig adonar que era molt vulnerable.**”*

*“**Però en canvi en això em sento molt pitjor que abans, però molt. Llavors és una cosa que no puc evitar pensar-hi i és una cosa que m'afecta molt. Procuro donars'ho més a la família.**” [silencio prolongado]*

Asímismo, esa preocupación por el futuro fue el motor para realizar cambios en los estilos de vida, hacia una conducta más saludable.

ROSA

“ho he canviat perquè a mi em va passar que el tenir això m'ho vaig prendre molt malament com han dit alguns companys que jo admiro i envejo la gent que ho he pogut prendre bé ho envejo, però hi ha gent que no que han vist una finestreta i això et sents vulnerable i t'agafa la por i llavors he canviat les coses que jo no puc controlar.” [suspiro]

NEGRE

“Això ja em devia venir al darrere fins que em va fotre un, que em va fotre el cop i vaig tornar a néixer.”

Falta de seguimiento médico: varias participantes expresaron preocupación por la ausencia o insuficiente seguimiento médico tras el episodio, esta falta de acompañamiento contribuyó a la sensación de desprotección aumentando el malestar emocional.

ROSA

“Doncs després el que trobo a faltar és com una mica més de poder anar a algú que et faci una valoració després de com, del què fas, com t'afecta, com vius? No ho sé. Un seguiment.” [asentimientos] [expresion de acuerdo con ella por las demás participantes]

LILA

“que és la que no ens hauríem de deixar, que hauria d'haver-hi un exercici i un acompanyament posterior, que tant hauria de ser físic, l'exercici, com mental.”
“I aquesta sensació sí que la tinc sempre. Això potser diria bé aquest no sé si un acompanyament o alguna cosa que et donés almenys una ajuda en aquest sentit, perquè a mi personalment sí que això m'hi he trobat.”

Algunas expresaron la necesidad de acudir a un profesional de salud mental para poder tratar las secuelas psicológicas.

NARANJA

“Jo sóc el que carbassa i a mi psicològicament sí que em va afectar i jo encara vaig al psicòleg i sort que ho faig perquè em va anar molt bé.”

ROJO

“Jo vaig estar uns dies la UVI i ja està. I sí, la vida se'm va canviar. Vaig estar de baixa molt de temps i em va canviar de cop. Jo vaig tenir sort, però no sé si vaig tenir sort, perquè també em va anar bé el CSMA.”

Vivencias emocionales positivas tras el evento: A pesar del impacto emocional negativo descrito por las participantes, también emergieron experiencias emocionales positivas asociadas a determinados momentos del proceso asistencial y de recuperación. En este sentido, algunas participantes destacaron sentimientos de alivio y tranquilidad tras la intervención médica, especialmente en el momento de la revascularización, al percibir una mejora en su estado de salud.

AZUL

“Quan jo obro els ulls ja a la UCI, i veig la meva dona, la meva filla i el meu net de un any, això va ser un xute que t'hi cagues. Un xute bestial.”

ROSA

“Em va emocionar quan el doctor va dir ja el tinc, és aquí, em va posar el Stent. Em vaig emocionar de lo bonic que és. Això és meravellós. I jo tenia el 99% de l'artèria principal tapada i no vaig tenir més dolors.” [sonrie]

LILA

“I el moment en què es va destapar, el dolor va marxar automàticament. Això va ser un miracle. I lo guai és que tu veus? És guai, però tens aquella pantalla que tu vas veient al teu cor i tal i que ells et van dient, No pateixis que anem bé.” [sonrie]

ROJO

“Allà estava allà i em va entrar com una mena d'eufòria, és a dir, és fantàstic.” [tono de voz relajado]

Asimismo, el reencuentro con familiares y el apoyo recibido durante el proceso fueron identificados como fuentes de bienestar emocional.

AZUL

“Quan jo obro els ulls ja a la UCI, i veig la meva dona, la meva filla i el meu net de un any, això va ser un xute que t’hi cagues. Un xute bestial.”

Por otro lado, la capacidad de recuperación física y psicológica reflejan la presencia de emociones positivas que coexisten con el malestar emocional, formando parte de la vivencia global del evento cardiovascular.

VERDE

“Llavors, això em manté psicològicament actiu, professionalment útil, no em dedico a curar ningú, però sí que sóc útil, puc transmetre tot el que m’han transmès a mi els anteriors professionals que m’han ensenyat i ho puc transmetre tal, llavors això professionalment em sento realitzat encara que l’exercici no és el que feia.”

“em venia com estic ara i a més et gratifica que la gent que et coneix de tota la vida no estigui tant física com anímicament estàs com sempre doncs ja està llavors tinc una limitació professionalment he hagut de deixar de treballar.”

BLANCO

“El que sí que he tingut és una recuperació que ningú s’ho imaginava, perquè jo vaig sortir amb un cor d’un 36% i estic al 70. I també deien que això, vosaltres ho entendreu. Jo no entenc res, però els de la família preguntaven.”

5.1.3. BARRERAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA.

Son los obstáculos que dificultan el acceso, diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados de la cardiopatía isquémica, debido a factores estructurales, culturales y clínicos.

Sesgos de género en el diagnóstico: varias participantes refuerzan la idea de que los patrones diagnósticos basados en síntomas atípicos o menos intensos, dificultad para reconocer el infarto y haber infravalorado el dolor.

ROSA

“Ja de seguida vam veure amb l'electro que no hi havia alguna cosa, però com que jo no tenia aquests símptomes és que en repòs no en tenia cap.”

Asimismo, hubo participantes que describían la ausencia de los síntomas considerados típicos durante la valoración clínica, lo que generó dificultades en el reconocimiento del cuadro. En este caso, los síntomas se presentaron de forma atípica, como sensación de pesadez en los brazos, lo que puede favorecer interpretaciones erróneas y retrasos en el diagnóstico.

LILA

“Vaig mirar els símptomes com que els dels homes i les dones no són els mateixos. Vaig buscar símptomes d'infart en les dones i els tenia tots i em faltava marejar-me, però no suava.

Seguidamente, una participante relata que, ante la aparición de los síntomas, expuso en evidencia la existencia de diferencias en la representación social de los síntomas del infarto según las mujeres o los hombres, lo que puede influir en el reconocimiento precoz de la sintomatología y en la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención sanitaria. Asimismo, destacó la activación rápida del sistema de emergencias, lo que permitió una intervención precoz.

AMARILLO

“Jo vaig tenir una angina de pit. Em feia mal el d'allò, però com que sempre he tingut problemes de cervicals i no li dono importància, demanava esperar una estona.”

Uno de los participantes describió la presencia de síntomas inicialmente interpretados como secundarios a problemas previos (como molestias cervicales), lo que llevó a infravalorar la gravedad del cuadro y a retrasar la búsqueda de ayuda profesional.

NEGRO

“Em pensava, Ja em passarà. I al final vaig veure que no em passava. Llavors aquell cansament que jo tenia, ja el tenia acumulat de fa molts anys, però jo em pensava que era normal.”

Hubo varias participantes que evidenciaban una tendencia a normalizar los síntomas experimentados, atribuyéndolos a causas cotidianas como el cansancio acumulado o un simple dolor de pecho que no relacionaban con un posible infarto.

BLANCO

“No tens cap dolor a l'esquena, al hombro o no sé que, no tens res diferent. Dic si una cosa tinc aquí com el l'ombro o el cantó dret.

Però jo l'únic que puc dir és que si tingués que viure, hi podria viure, amb aquest dolor. Em va preguntar, tu com ho valoraries de l'1 al 10, i jo dos o tres.”

Hubo una participante que manifestaba la presencia de síntomas poco intensos y atípicos, lo que dificultaba la identificación inicial de la gravedad del episodio. En su discurso se observa una clara infravaloración del dolor, y que, si tenía que vivir con ese dolor, podría hacerlo.

LILA

“fins fa poc eren totes basades en el mascle llavors morfològicament som diferents i per tant aquesta diferència no se'ns havia donat i per tant tu associes que tindràs un infar i passarà tot el que li passa als homes i no té res a veure moltes vegades les dones e tenim diferents símptomes el que tenim diferent és la informació és a dir que no arriba aquesta informació.”

ROJO

“no era conscient que també hi havia moltes dones no és que fos una cosa que m'hagués formulat mai però tenia com una idea que era una cosa bàsicament d'homes

“realment falta aquesta informació i falta molta informació i estigui en compte això que em sembla que és molt important.”

ROSA

“les dones no van a urgències quan tenen símptomes del cor perquè volen cuidar la casa, volen cuidar la família”

VERDE

“Jo sóc cirurgià vascular he vist molta més incidència de homes que de dones amb problemes a les cames i segurament aquesta mateixa diferència és amb les malalties del cor a mesura que han anat passant els anys s'han anat observant algunes coses per exemple accés a les dones a càrrecs professionals de més responsabilitat.”
“Hi ha una altra cosa diferent entre un sexe i l'altre que és que tradicionalment s'ha considerat els astrògens com cardioprotectors mentre la dona tenia la regla i els astrògens funcionaven a tope “

En los testimonios se pone de manifiesto una percepción compartida sobre las diferencias de género en el infarto, especialmente vinculada a la falta de información y al sesgo histórico en la investigación.

LILA destaca que, aunque existen diferencias en los síntomas entre hombres y mujeres, el principal problema es que la información disponible se ha basado tradicionalmente en el modelo de los hombres. Esto ha provocado que muchas mujeres no identifiquen correctamente sus síntomas, como malestar digestivo, mareo o dolor atípico, ya que esperan manifestaciones más características de los hombres.

Esta falta de información también se refleja en la experiencia de ROJO, quien reconoce que antes de sufrir el infarto percibía esta enfermedad como algo propio de los hombres, y no fue hasta después, al convivir con otros pacientes, cuando tomó conciencia de su frecuencia en mujeres.

En la misma línea, ROSA aporta una dimensión social, señalando que a menudo se atribuye a las mujeres una menor tendencia a acudir a urgencias por priorizar el cuidado de la familia, lo que puede contribuir a retrasos en la búsqueda de atención. Además, relata una experiencia negativa en la que fue reprendida por no haber acudido antes.

Por su parte, VERDE aporta una visión clínica, explicando que históricamente se ha observado una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en hombres, aunque esta diferencia se ha ido reduciendo con el tiempo, en parte por cambios en los estilos de vida y roles sociales. Asimismo, destaca el papel protector de los estrógenos en las mujeres antes de la menopausia, lo que podría explicar una menor incidencia en etapas previas y un aumento posterior al disminuir este efecto.

Retrasos en la atención sanitaria: la experiencia de las pacientes con problemas cardíacos no siempre es reconocida ni atendida adecuadamente desde el inicio, lo que genera sensación de inseguridad y desprotección.

ROJO

“com que em deien que digués el dolor que tenia del 1 al 10, jo vaig dir un fotut 3 perquè no podia respirar, però no em feia mal.”

Este participante expresó la percepción de que su situación fue inicialmente infraestimada por parte de los de emergencia sanitaria. Este hecho parece vinculado a la baja intensidad del dolor referido y a la predominancia de otros síntomas menos habituales.

AZUL

“La llàstima és la de les urgències. Podria fer molts dies que treballava, que va dir.. Va dir no, tornat cap a casa.”

ROSA

“un dia, pujant una pujada, vaig tenir una punxadeta al pit i vaig pensar ui, això deu ser algo del cor. Però no t'ho miris perquè l'endemà me n'anava de vacances “i un dia que estava ballant, al cap de deu dies, quan ballava, em venia un malestar i quan m'asseia em passava i llavors ja vaig dir, bueno, això no pinta bé.”
“ tampoc no hi ha metges cardiològics d'urgència cada dia. Hi havia dies que no hi havia cardiològic.”

ROJO

“El meu fill em va anar a buscar i tal, però com que per telèfon jo deia que no em feia mal perquè el problema era que no podia respirar, vam pensar que era una tonteria.”

AZUL

“Arribem a Manresa, tres hores d'espera, un dia d'estiu, ens toca el metge, ens fa les proves, i diu sisi, tens una angina de pit. I li preguntem, ara que, i diu nono, demà vas a treballar i si tens algun problema vas al metge. Vaig anar cap a casa.”

ROSA

“és que no hi havia cardiòlegs. Que això no és problema del cardiòleg, que és problema del sistema com estan.”

LILA

“És a dir, que s'hauria de poder posar en algun lloc on es reivindica que quan s'acaba de tenir un infart i que et donen les pautes de dos mesos, tres mesos, no me'n recordo el temps que dura la fisio, et deixen anar. I aquí és on jo penso que no ens haurien de deixar anar, que hi hauria d'haver un centre on tu poguessis anar sempre, quan tinguessis dubtes, que a més a més ens fessin fer això. Un exercici a la setmana, no sé com s'hauria de muntar.”

Varias personas explican que sus síntomas fueron infraestimados, tanto por ellas mismas como por los servicios de emergencia. En el caso de *ROJO*, la dificultad para respirar sin dolor intenso hizo que la situación pareciera menos grave, lo que influyó en la valoración inicial. Esta dependencia de indicadores más “típicos”, como el dolor fuerte en el pecho, puede llevar a errores diagnósticos cuando los síntomas son diferentes.

En esta línea, también aparece la falta de reacción inmediata ante señales de alerta. *ROSA* relata cómo ignoró un primer dolor por priorizar sus planes, y solo tras varios episodios decidió acudir al médico. Esto muestra cómo, en ocasiones, los síntomas se minimizan o se interpretan como algo pasajero.

Por otro lado, varios testimonios critican el funcionamiento del sistema sanitario, especialmente en urgencias. *AZUL* y *ROSA* destacan largas esperas, diagnósticos poco claros o incluso recomendaciones de volver a casa pese a presentar síntomas graves. Además, se señala la falta de especialistas, como cardiólogos disponibles en todo momento, lo que retrasa diagnósticos y tratamientos adecuados.

Finalmente, *LILA* introduce una reflexión importante sobre el seguimiento posterior al infarto. Señala que, tras la rehabilitación inicial, los pacientes quedan desatendidos y propone la necesidad de crear espacios o centros donde puedan acudir de forma continuada para resolver dudas y mantener el control de su salud.

5.1.3. CAMBIOS EN LAS RELACIONES SOCIALES.

Hace referencia a cómo el entorno social, familiar y relacional influye en la percepción de la enfermedad, el autocuidado y el acceso a los servicios de salud.

Apoyo social en la recuperación: algunas participantes expresaron el apoyo familiar como un factor protector en el proceso de enfermedad o recuperación.

AZUL

*“Vaig tornar, i vaig fer una hora de piscina controlada i la meva filla ja em va dir, **papa, aquesta nit m'envies un whatsapp, que tinc a la meva filla, que és patidora, que t'hi cagues. M'envies un whatsapp, que estàs bé, i a la mama també.**”*

Un participante expresó los cambios en las dinámicas familiares, ya que el implante de un dispositivo extrínseco, que genera una apertura cutánea requiere curas diarias. Por lo tanto, es dependiente para ciertas actividades.

VERDE

“la meva dona d'aquí es llevava a les cinc del matí i a quarts de deu estava a Sant Pau. Quan em feien la cura a la meva dona, estava allà present i la meva dona la van formar perquè em pogués fer les cures ambulatòriament.”

*“Des del punt de vista físic, des del punt de vista físic tinc **soc una mica depenent, una mica depenent vol dir que la cuidadora, que és la meva dona, m'ha d'ajudar a fer-me una cura.**”*

Como vimos en anteriores categorías, muchas participantes expresaron sentimientos de decepción con respecto al seguimiento clínico y de salud, por parte del sistema sanitario. Por ese motivo, el trabajo que realizan asociaciones como con la que pudimos contactar nosotras son una fuente de apoyo, para recibir información sobre la enfermedad, acompañamiento emocional, y espacios de interacción con otras personas que han vivido experiencias similares.

LILA

“Desde CATCECOR estem fent això. Un dia a la setmana fem cardio walking. Demà farem una altra activitat que també té a veure amb el moviment i amb les emocions.”

Por último, una de las participantes tuvo la percepción de falta de apoyo por parte de su familia, o falta de implicación con su cuidado.

AMARILLO

“Ho he fet tot i allò, i en cap moment m'han tractat com a malalta ni com a d'això, fins ara.”

Cambios en la vida cotidiana y hábitos: El impacto de la genética en la salud cardiovascular es relativamente reducido en comparación con otros determinantes. Este hecho sugiere que las variables más influyentes en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular están relacionadas con la conducta del individuo y con la exposición a factores ambientales. En este sentido, muchas participantes expresaron cambios en sus estilos de vida, la mayoría expresaron cambios en su conducta relacionada con la alimentación y la práctica de ejercicio físico.

NEGRO

“Jo em vaig apuntar al gimnàs i feia dilluns, dimecres, divendres, 3 dies a la setmana.”

*“Sí, bé, **dieta sense sal sense greixos** ho vaig demanar quin tipus de dieta i ho faig, no al 100% però gairebé al 90% ho faig la dieta no m'ho salto.”*

VERDE

*“**Verdura, fruita, planxa. Fora embutits, fora xup-xups coses guisades ni una.**”*

ROSA

*“**jo he canviat la manera de viure en general he canviat l'alimentació, i ara encara més, perquè ara sóc diabètica també però he canviat la manera de moure'm que era molt sedentària i he canviat la manera d'afrontar la vida.**”*

NEGRO

*“**jo vivia per menjar i ara faig el revés menjo per viure . he canviat el 100% la dieta amanides, verdures, coses a la planxa el porc embotit no l'he tastat mai més el pernil un cop a la setmana formatge mai més algun fresc.**”*

ROJO

*“**El tema de la dieta jo sí que he canviat en part. O sigui, vaig començar a caminar, i per tant menjo millor. O sigui, estic realment molt millor ara que abans.**”*

Otro hecho relevante común, han sido los cambios en la perspectiva de cómo afrontar la vida, y el manejo de los factores estresantes, percibidos como perjudiciales por ellas mismas.

AZUL

“Dic, què, que avui estem aquí, demà ja vindrem. I l'any que ve que no facis plans. Jo els plans els faig per aquest any.” “És clar que em vull avorrir. Em vull avorrir molt.”

ROJO

“Jo ara soc incapaç de fer un pla. L'any que ve soc incapaç de pensar d'aquí a un any què faré.”

BLANCA

“Tinc impressió de viure el present i el moment. Per tant, no. Programar-me, molt temps vist, tot això, així no. A més, m'ha fet molt de gust viure el present i gaudir-ho i tranquil·litat.”

ROJO

“El que més he canviat jo és el tema de l'estrès, perquè amb la feina tenia molts problemes que jo crec que va ser el que desencadenava l'infart.”

Por último, un participante expresó la necesidad de reinventarse debido a la incapacidad que le generó el proceso de enfermedad.

VERDE

“Professionalment això em va obligar després de tants dies de baixa, vaig haver de jubilar-me, però com que la meva feina no m'agrada, m'entusiasma i no em podia desvincular de la professió, m'he dedicat a fer docència.”

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente estudio cualitativo ha puesto de manifiesto que la experiencia de las personas que han sufrido un episodio de cardiopatía isquémica no se limita al impacto físico, si no que implica un fuerte impacto emocional y social. La muestra de nuestro estudio ha estado formada por cinco hombres (azul, rojo, naranja, verde y negro), y por cuatro mujeres (lila, rosa, blanco y amarillo).

Después de analizar los datos, es evidente que existe una gran variedad en la presentación clínica, con diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En consonancia con lo descrito por Thygesen et al., (2018), el dolor centro torácico opresivo típico, fue más presente en hombres que en mujeres. Tres de cinco hombres manifestaron dolor centro torácico como síntoma principal del episodio.

Solo una de las cuatro mujeres expresó el dolor torácico como síntoma principal del episodio isquémico. En línea con la literatura, también podemos observar síntomas adicionales al dolor torácico en algunas participantes como los mareos, diaforesis o disnea.

Por el contrario, las mujeres presentaron con mayor frecuencia sintomatología atípica, tal como señalan (Mehta et al., 2016), lo que puede contribuir a un retraso en la identificación del evento isquémico. Por ejemplo, la participante identificada con el color rosa expresó un dolor torácico de tipo punzante, pero que desapareció. Otro síntoma relevante es la sensación de pesadez en los brazos, que la participante no relaciona con el dolor torácico, sino que interpreta como un síntoma aislado, esto tiene bastante relación con la presentación de sintomatología atípica. Al igual que la participante representada con el color blanco, expresó un dolor en el hombro derecho de forma aislada, el cual no consideraba relevante.

En la misma línea, la participante identificada con el color amarillo relacionó su dolor, con el dolor cervical que sufría de forma habitual, por lo que decidió retrasar el momento de buscar ayuda, al igual que ocurre con la participante rosa.

Hay que destacar la experiencia de las representantes con el color amarillo y rosa, las cuáles ante síntomas sugestivos de un primer episodio isquémico no modificaron su actividad habitual al no reconocerlos como alarmantes, y continuaron con sus planes de vacaciones. Este hallazgo sugiere que, existe una relación entre la presentación de síntomas atípicos y el tiempo de demora en la búsqueda de ayuda médica. Esto podría

explicarse por la falta de representación de los síntomas atípicos en las campañas de prevención (Mehta et al., 2016).

Por último, el participante rojo, encaja en la presentación atípica con una disnea inusual que aparece de forma aguda, y sin dolor torácico.

La presentación del participante color verde, encaja mejor con la presentación de síntoma atípico, ya que se trata de un dolor crónico y localizado, sin relación con el esfuerzo físico y de larga evolución. Pero cabe destacar, que en durante el episodio agudo, los síntomas coinciden con los típicos, como son el dolor que no cede con el tiempo, en reposo y con síntomas adicionales como la diaforesis.

Estos resultados refuerzan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la valoración clínica de la cardiopatía isquémica. No obstante, estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral y a la naturaleza cualitativa del estudio, lo que limita su generalización.

Los hallazgos obtenidos en el estudio reflejan que la vivencia de un evento cardiovascular conlleva un importante impacto emocional, expresado a través de emociones como el miedo, la preocupación e inseguridad. Dichas respuestas emocionales se relacionan con la incertidumbre asociada al diagnóstico, las dificultades en la interpretación de los síntomas y la forma en que las participantes percibieron la atención recibida.

Como dato interesante, la percepción en la minimización de síntomas por parte de las profesionales sanitarias fue expresada por participantes hombres, lo que difiere de parte de la literatura existente, que ha señalado una mayor infravaloración de los síntomas en mujeres Mehta et al., (2016). Esto podría explicarse por las características de la muestra o por las diferencias en la forma en que hombres y mujeres perciben y expresan la interacción con el sistema sanitario.

Coincide con estudios previos como el de (López-Castedo et al., 2024), algunas participantes expresaron miedo a la muerte. Hay que destacar que, este temor no se limita al momento agudo, sino que las preocupaciones aumentan hacia la posibilidad de recaídas.

Los datos obtenidos sugieren que la falta de continuidad asistencial genera inseguridad y sentimientos de vulnerabilidad. Una parte significativa de las participantes estuvieron de acuerdo en que la falta de información y de espacios de seguimiento puede dificultar el afrontamiento de la enfermedad y aumentar la ansiedad, la percepción de tristeza, o el estrés. Como bien sugieren Levine et al., (2025), este acompañamiento resulta especialmente relevante en fases posteriores al evento agudo, donde la percepción de vulnerabilidad puede persistir.

En conjunto, estos resultados sugieren que el impacto emocional no depende únicamente del evento en sí, sino también de factores relacionados con la atención sanitaria y la comunicación con las profesionales.

Desde una perspectiva de género, los resultados del presente estudio no evidencian diferencias marcadas en la vivencia emocional entre hombres y mujeres, no obstante, la presencia de manifestaciones atípicas, descritas en estudios previos especialmente en mujeres, siguen siendo aspectos relevantes que considerar en la atención sanitaria.

A pesar del impacto emocional negativo descrito por las participantes, también emergieron experiencias emocionales positivas asociadas a determinados momentos del proceso asistencial, de recuperación y el reencuentro con familiares. Los resultados de este estudio muestran que todavía existen barreras importantes en la atención de la cardiopatía isquémica, tanto a nivel estructural como clínico. Algo que también recoge la literatura científica.

En primer lugar, los sesgos en el diagnóstico que aparecen en los discursos pueden entenderse si se tienen en cuenta que durante décadas el modelo de referencia del infarto se ha construido principalmente a partir de síntomas “típicos” observados en hombres. Sin embargo, como ya señalan autores Mehta et al. (2016), las mujeres presentan con frecuencia síntomas diferentes o menos evidentes, como cansancio extremo, dificultad para respirar o molestias poco específicas. En el grupo focal, había una participante que era conocedora de estas diferencias que nombramos, era consciente que existían.

Esto hace que, en la práctica clínica, sus síntomas puedan pasar más desapercibidos o ser interpretados con más dudas.

Desde una perspectiva de género, este hallazgo encaja con lo descrito en estudios clásicos como el Framingham Heart Study y con las aportaciones de Carmen Valls, que advierten de que el conocimiento médico cardiovascular ha estado históricamente centrado en el hombre. Esto no solo ha influido en la investigación, sino también en la forma en que se reconocen y valoran los síntomas en la práctica clínica diaria.

En relación con los estudios mencionados anteriormente, los relatos evidencian la presencia de retrasos en la atención sanitaria, que se producen en distintas fases del proceso asistencial. Por un lado, algunas participantes señalaron tiempos de espera prolongados o una valoración inicial insuficiente en los servicios de urgencias, como es el caso del color rojo, lo cual coincide con la presencia de síntomas atípicos, más prevalentes en mujeres.

Por otro lado, se observa una demora inicial en la búsqueda de ayuda, relacionada con la minimización de los síntomas o la dificultad para interpretarlos como signos de gravedad, claramente evidenciado en los casos de la participante rosa y amarilla. Este fenómeno puede vincularse con la variabilidad en la presentación clínica del infarto.

Por otro lado, todas las participantes, comentaban que la falta de seguimiento tras el alta pone de manifiesto una limitación importante en la continuidad asistencial, ya que muchas pacientes pasan de estar acompañadas en el hospital a sentirse desatendidos una vez termina su ingreso. La escasa derivación o a programas de rehabilitación cardíaca como, en los casos en que sí acceden, la corta duración de estos. A menudo limitada a dos o tres meses, según algunas participantes, lo que pudo resultar insuficiente para consolidar hábitos y ganar seguridad.

Además, el desconocimiento de asociaciones de personas con cardiopatía isquémica limita el acceso a apoyo emocional y a espacios donde compartir experiencias.

Este aspecto resulta especialmente relevante si se considera que el infarto es una enfermedad crónica que requiere un abordaje a largo plazo, la ausencia de acompañamiento no solo afecta al control clínico, sino también al bienestar emocional y a la adherencia a los cambios en el estilo de vida.

Seguidamente, los cambios en las relaciones sociales observados en este estudio muestran que el impacto del infarto va mucho más allá de lo puramente físico, como hemos mencionado anteriormente y afecta también a la vida cotidiana y emocional de las personas.

El apoyo familiar aparece como un elemento clave durante todo el proceso, como bien menciona el color azul, especialmente en los primeros momentos y durante la recuperación. Este hallazgo coincide con la evidencia que destaca la importancia de los factores psicosociales en la cardiopatía isquémica. De hecho, estudios como el InterHeart o los trabajos de Rutledge et al. (2012) han mostrado que variables como el estrés o la depresión pueden influir tanto en la aparición como en la evolución de los eventos cardiovasculares.

Sin embargo, los resultados implicaron cambios en la dinámica relacional. Algunas participantes describieron una mayor dependencia de su entorno cercano, especialmente en aquellos casos con secuelas físicas o limitaciones funcionales. En el caso del color verde, esa dependencia supuso una transformación en los roles familiares, en la que la persona afectada pasó de ser autónoma a necesitar cuidados, lo que en ocasiones generó malestar o sensación de carga.

Además, se identificaron cambios en la percepción de una misma dentro del entorno social, relacionados con la sensación de vulnerabilidad y la conciencia de enfermedad. Estos cambios influyeron en la forma de relacionarse con los demás, pudiendo limitar la participación activa en actividades sociales o modificar hábitos previos.

Como menciona la Asociación Americana del Corazón (AHA), un conjunto importante de factores de riesgo sí pueden modificarse a través de los estilos de vida del individuo, por lo tanto, las variables más influyentes en el desarrollo de enfermedad cardiovascular están relacionadas con la conducta del individuo.

En este contexto, casi todas las participantes asumieron la responsabilidad de su proceso, por ejemplo, en algunos casos expresaron la incorporación de actividad física como parte de su rutina. Por otra parte, también coincidieron en los cambios de alimentación como un proceso de reaprendizaje. El discurso de las participantes emerge en la conciencia de la enfermedad como un motor de cambio hacia un mayor autocuidado.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden relacionarse con la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis, ya que vivir un episodio de cardiopatía isquémica supone un cambio importante en la vida de las personas, no solo a nivel físico, sino también emocional y social. Las participantes expresaron sentimientos de miedo, inseguridad y vulnerabilidad, especialmente en momentos clave como el diagnóstico, la hospitalización o el alta, reflejando el proceso de adaptación que describe la autora. Además, la falta de seguimiento y acompañamiento tras el alta dificultó en algunos casos una transición saludable.

Por otro lado, los hallazgos también se relacionan con la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem. Tras el evento cardiovascular, muchas participantes tomaron mayor conciencia de su salud e incorporaron cambios en sus hábitos de vida, como mejorar la alimentación o realizar actividad física. Sin embargo, también se observaron dificultades en el reconocimiento de síntomas y en el afrontamiento de la enfermedad, aspectos en los que el acompañamiento y la educación por parte de enfermería resultan fundamentales para favorecer el autocuidado y la adaptación a los nuevos hábitos.

7. CONCLUSIONES

En relación con la sintomatología, los resultados obtenidos coinciden con la literatura científica existente, ya que se han observado diferencias claras entre hombres y mujeres. Los hombres tienden a debutar con síntomas típicos, y en las mujeres atípicos, este hecho dificulta la identificación del problema isquémico, ya que genera mayor riesgo de infra diagnóstico o diagnóstico tardío. También contribuye al retraso de atención sanitaria al minimizar los síntomas o atribuirlos a otras causas. Estos hallazgos sugieren la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la práctica clínica, pero sobre todo en las campañas de prevención, ampliando la forma en que se presentan y comunican la sintomatología.

Los resultados de este estudio permiten comprender que la experiencia de una cardiopatía isquémica no se limita únicamente al episodio agudo ni a sus consecuencias físicas, sino que implica un proceso complejo que afecta de manera profunda a la esfera emocional, social y cotidiana de las personas. El infarto se vive como un punto de inflexión que marca un antes y después, generando una mayor conciencia sobre la propia vulnerabilidad y sobre la importancia del cuidado de la salud.

A pesar de las dificultades, no todo el impacto es negativo. En varios casos, la experiencia del infarto actúa como un punto de inflexión que lleva a las personas a replantearse sus prioridades, valorar más las relaciones personales y dar mayor importancia a la familiar y a los vínculos afectivos. En esta misma línea, también emerge una mayor conciencia sobre la propia salud, que impulsa a muchos/as personas a asumir un papel activo en su proceso, incorporando cambios en la alimentación, la actividad física y otros hábitos de vida; aunque su mantenimiento en el tiempo puede verse condicionado por la falta de seguimiento y apoyo rehabilitador.

Los resultados obtenidos nos permiten rechazar la hipótesis planteada, ya que las mujeres participantes percibieron que la atención sanitaria recibida antes del diagnóstico de cardiopatía isquémica fue, en la mayoría de los casos, adecuada.

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención más integral, que no finalice con el alta hospitalaria y que tenga en cuenta la experiencia completa del paciente.

Esto implica reforzar el seguimiento, mejorar el acceso y la duración de los programas de rehabilitación cardíaca, dar visibilidad a recursos comunitarios como las asociaciones de pacientes y, especialmente, integrar la perspectiva de género en todo el proceso asistencial. Aunque estos hechos deben interpretarse con cautela debido al tamaño de la muestra, aportan una visión cercana y relevante sobre cómo se vive realmente la cardiopatía isquémica.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio ha presentado algunas limitaciones que ha sido importante tener en cuenta al interpretar los resultados.

Por un lado, los resultados no se pudieron generalizar a toda la población. La muestra es reducida y responde a unas características concretas, por lo que las conclusiones obtenidas debieron entenderse dentro de este contexto específico.

Además, la investigación se ha basado en un único grupo focal. Aunque esta técnica ha permitido profundizar bastante en las experiencias y opiniones las participantes, contar solo con un grupo ha limitado la variedad de puntos de vista que se podrían haber recogido.

Por último, al tratarse de un estudio centrado en experiencias pasadas, en algunos casos ocurridos hace varios años, es posible las participantes no recordaran todos los detalles con precisión. No obstante, cabe destacar que, en general, las personas participantes sí conservaban un recuerdo claro y significativo de las experiencias principales, especialmente de aquellas que tuvieron un mayor impacto en sus vidas, lo que ha permitido obtener información relevante y coherente para el estudio.

9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Berbiglia, V. A. (2014). Orem's self-care deficit theory in nursing practice. In M. R. Allgood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 222–244). Mosby
- Cihr- Institute of gender and health (2012). *What a difference sex and gender make: A gender, sex and health research casebook* (A. Coen & E. Banister, Eds.). Ottawa. https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/What_a_Difference_Sex_and_Gender_Make-en.pdf
- Dempsey, S. J., Dracup, K., & Moser, D. K. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 24(6), 444–456. (DOI: 10.1016/S0147-9563(95)80022-0)
- García, M. (2018). Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Revista colombiana de cardiología*, 25, 8–12. (DOI: 10.1016/j.rccar.2017.11.021.)
- HEIDARI, S. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M). (2016). Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integrity and Peer Review*, 1(2). (DOI: 10.1186/s41073-016-0007-6.)
- Hiteshi, A. K., Li, D., Gao, Y., Chen, A., Flores, F., Mao, S. S., & Budoff, M. J. (2014). Gender differences in coronary artery diameter are not related to body habitus or left ventricular mass. *Clinical Cardiology*, 37(10), 605–609. DOI: 10.1002/clc.22310.
- Ortiz, C. (2023, octubre 27). El 80% de las mujeres siente dolor o presión en el pecho cuando sufre un infarto agudo de miocardio. *Sociedad Española de Cardiología*. <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/14598-el-80-de-las-mujeres-siente-dolor-o-presion-en-el-pecho-cuando-sufre-un-infarto-agudo-de-miocardio>
- INE-Instituto Nacional de Estadística. (2025, junio 23). *Death Statistic According to Cause of Death*. INE. https://www.ine.es/dynqs/INEbase/en/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- INEbase / Sociedad / Salud / Estadística de defunciones según la causa de muerte / Últimos datos. (s/f). INE. Recuperado el 26 de abril de 2026. https://www.ine.es/dynqs/Prensa/en/pEDCM2024.htm?utm_source
- Juárez-Herrera y Cairo, L. A., Castro-Vásquez, M. D. C., & Ruiz-Cantero, M. T. (2016). Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México. *Salud Pública de México*, 58 (4), 428-436. DOI: /10.21149/spm.v58i4.8023
- Juárez-Herrera y Cairo, L. A. (2017). *Directo al corazón. Mujeres y enfermedad coronaria, un estudio con perspectiva de género*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Khan, M. A., Hashim, M. J., Mustafa, H., Baniyas, M. Y., Al Suwaidi, S. K. B. M., AlKatheeri, R., Alblooshi, F. M. K., Almatrooshi, M. E. A. H., Alzaabi, M. E. H., Al Darmaki, R. S., & Lootah, S. N. A. H. (2020). Global epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study). *Cureus*, 12(7), e9349. DOI: 10.7759/cureus.9349.
- Lashkarinia, S. S., Lee, A. W. C., Baptiste, T. M. G., Barrows, R. K., Sillett, C. P., Rodero, C., Tayal, U., de Marvao, A., Panay, N., Williamson, C., Blomstrom-Lundqvist, C., Haugaa, K., Casadei, B., Maleckar, M. M., Strocchi, M., & Niederer, S. A. (2025). Representation of women in

- cardiovascular disease management. a systematic analysis of ESC guidelines. *Open Heart*, 12(2). DOI: 10.1136/openhrt-2025-003320.
- Liu, F., Liu, Y., Li, Z., Yu, L., Li, L., Ma, M., ... & Yu, C. (2023). Association between sensitivity to thyroid hormones and risk of arrhythmia in patients with coronary heart disease: a RCSCD-TCM study in China. *Endocrine*, 79(2), 349-357. DOI: 10.1007/s12020-022-03223-4.
 - Valls-Llobet, C.(2020). *Mujeres invisibles para la medicina: desvelando nuestra salud*. Capitán Swing Libros.
 - Mahalleh, M., Narimani-Javid, R., Izadpanahi, K., Eshraghi, R., Behboodi, K., Afzalian, A., Hashempoor, A., Thachil, R., May, H., Waheed, A., Aronow, W. S., Soleimani, H., & Hosseini, K. (2025). Hearts apart. exploring sex disparity in the global and regional burden of ischemic heart disease). *BMC Cardiovascular Disorders*, 25(1), 346. DOI: 10.1186/s12872-025-04770-0
 - Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific theories in Nursing Research and Practic*. Springer Publishing Company.
 - Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
 - Moore, A., Mangoni, A. A., Lyons, D., & Jackson, S. H. D. (2003). The cardiovascular system. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 56(3), 254–260. DOI: 10.1046/j.0306-5251.2003.01876.x.
 - Moscoloni, B., Beeche, C., Chirinos, J. A., Segers, P., & Peirlinck, M. (2025). Unveiling sex dimorphism in cardiac anatomy. Fundamental differences between male and female heart shapes. *The Journal of Physiology*, JP288667. DOI; 10.1113/JP288667.
 - Murray, J. C., O'Farrell, P., & Huston, P. (2000). The experiences of women with heart disease. What are their needs. *Canadian Journal of Public Health*, 91(2), 98–102. DOI: 10.1007/BF03404919
 - Olmos-Suárez, P. (2018). El corazón de la mujer desde la Sociología con enfoque de equidad de género. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25 (51), 3–7. DOI; 10.1016/j.rccar.2017.11.027.
 - Ortiz Gómez, T. (2002). El papel del género en la construcción del conocimiento científico sobre la mujer. En E.Pérez Sedeño & P. Alcalá Cortijo (Eds.), *Ciencia y género* (pp.29-42). Universidad Complutense de Madrid.
 - Palacios-Ceña, D., & Corral Liria, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*, 21(2), 68-73. DOI: 101016/j.enfi.2009.11.001
 - Revuelta, J. M., & Alconero-Camarero, A. R. (2020). Corazón de mujer. *Cirugía cardiovascular*, 27(2), 39–41. DOI: 10.1016/j.circv.2020.02.001
 - Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). *Transitions: A central concept in nursing*. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-27. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x
 - Sheifer, S. E., Canos, M. R., Weinfurt, K. P., Arora, U. K., Mendelsohn, F. O., Gersh, B. J., & Weissman, N. J. (2000). Sex differences in coronary artery size assessed by intravascular ultrasound. *American Heart Journal*, 139(4), 649–653. DOI: 10.1016/S0002-8703(00)90043-7.
 - Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B.R., Bax, J.J., Morrow, D.A., & White, H.D.(2018). Fourth universal definition of myocardial infarction. *Circulation*, 138(20), e618–e651. DOI: 10.1161/CIR0000000000000617.

- Torres Jiménez, A. P., & Torres Rincón, J. M. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(2), 51–58. DOI: 10.22201/fm.24484865e.2018.61.2.03
- Valls-Llobet, C. (2010). La salud de las mujeres en la medicina. En *Género y Salud* (pp.33-52). Instituto de la Mujer.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Ediciones Cátedra. ISBN: 978-84-376-2616-1.
- Van Oosterhout, R. E. M., de Boer, A. R., Maas, A. H. E. M., Rutten, F. H., Bots, M. L., & Peters, S. A. E. (2020). Sex differences in symptom presentation in acute coronary syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 9(9), e014733. DOI: 10.1161/JAHA.119.014733.
- Yang, F., Minutello, R. M., Bhagan, S., Sharma, A., & Wong, S. C. (2006). The impact of gender on vessel size in patients with angiographically normal coronary arteries. *Journal of Interventional Cardiology*, 19(4), 340–344. DOI: 10.1111/j.1540-8183.2006.00157.

10. ANEXOS

Anexo 1. Síntomas típicos y atípicos en mujeres que presentan IAM

Tabla 1. Síntomas típicos y atípicos en mujeres que presentan IAM

Síntomas típicos	Síntomas atípicos
Dolor/malestar en el pecho (presión, opresión, compresión)	Dolor en el pecho: agudo, pleurítico, ardiente, sordo, dolorido, reproducible
Síntomas adicionales con dolor en el pecho Irradiación del dolor a la mandíbula, cuello, hombros, brazo, espalda, epigastrio Síntomas asociados: disnea, náuseas, vómitos, mareos, diaforesis	Otros síntomas excluyendo dolor en el pecho Fatiga inusual Dificultad para respirar inusual Dolor en la parte superior de la espalda/pecho Dolor en el cuello, mandíbula, brazo, hombro, espalda, epigastrio Síntomas parecidos a la gripe Mareos Sensación generalizada de miedo/ansiedad Debilidad generalizada Indigestión Palpitaciones

IAM indica infarto agudo de miocardio.

Anexo 2. Declaración responsable sobre aspectos éticos

**Declaració responsable sobre els aspectes ètics del
Treball de Fi de Màster (TFM) / Treball de Fi de Grau (TFG) proposat**

Els aspectes ètics són fonamentals per a la Universitat Rovira i Virgili. Per això, cal que realitzeu la següent avaluació ètica sobre el vostre treball de fi de màster (TFM) / treball de fi de grau (TFG), segons correspongui. Responeu **SÍ** / **NO** a les preguntes que es detallen a continuació. Si totes les vostres respostes són **NO**, no es necessiten més detalls que la vostra signatura. Si, en canvi, responeu **SÍ** a alguna de les preguntes següents, es requereix, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent:

- CEIm-IISPV:.... Informe favorable
- CEEA: Informe favorable
- CEIPSA: Declaració responsable i compromís formal del professorat i alumnat implicat pel que fa al seguiment de la normativa aplicable, segons consta al final del document.

Nom del professor/a responsable de la URV:

Montserrat Pérez Martí

Nom de l'alumne/a:

Famara Guerra Marrero i Xavier Monsalve Fuentes

Ensenyament:

Enfermeria

Títol del ☐ TFM / ☒ TFG (marqueu la casella que correspongui)

Enfermedad cardiovascular desde una perspectiva de género. El corazón también tiene género: análisis de las desigualdades en salud cardiovascular

Breu descripció del TFM / TFG (màx. 1000 caràcters, espais inclosos):

Se trata de un estudio cualitativo cuyo objetivo principal es explorar y comprender la percepción en la atención recibida de las mujeres con cardiopatía isquémica antes del diagnóstico, identificando posibles desigualdades de género. Se realizará un grupo focal de 7/10 informantes con mujeres de Vilafranca o el Alt Penedès. Muestreo bola de nieve. Criterios de inclusión: mujeres con diagnóstico de cardiopatía isquémica de hace más de un año, debido a que ya han pasado el episodio agudo, participación voluntaria. Criterios de exclusión: que no cumpla los de inclusión. Se entregará la hoja de información al participante, se solicitará el consentimiento verbal y escrito y se entregará una hoja dónde se recogerán datos sociodemográficos (edad, estado civil, número de hijos, ocupación, nivel de estudios, nivel de ingresos). La transcripción se almacenará en la nube institucional de la URV. No se solicitarán datos sensibles. Se preservará la identificación mediante un sistema de codificación

El TFM / TFG s'empara en un projecte d'R+D+I que ha estat informat favorablement per un comitè ètic d'investigació i segueix el protocol d'actuació aprovat: ☐ Sí / ☒ No.



En cas afirmatiu, feu constar:

- **Títol del projecte d'R+D+I:**
- **Investigador/a principal:**.....
- **Comitè ètic d'investigació (CEI):**
- **Entitat del CEI:**
- **Data d'emissió del CEI:**.....
- **Codi d'autorització del CEI:**

Presenteu una còpia de l'informe favorable del projecte d'R+D+I emès pel comitè ètic d'investigació implicat.

En cas negatiu, indiqueu si el TFM / TFG que voleu portar a terme inclou algun d'aquests aspectes. Per a més informació sobre el contingut de cada pregunta, podeu consultar el document ["Guia de l'investigador/a"](#).

Apartat	Sí	No
1. Embrions/fetus humans		
Implica cèl·lules mare embrionàries humanes (CMEH)?	☐	☒
Implica l'ús d'embrions humans?	☐	☒
Implica l'ús de teixits / cèl·lules fetals humanes?	☐	☒
2. Éssers humans		
Implica la participació d'éssers humans?	☒	☐
• Són voluntaris en l'àmbit de les ciències socials o les humanitats?	☐	☒
• Són persones incapacitades per donar el seu consentiment informat?	☐	☒
• Són individus o grups vulnerables?	☐	☒
• Són menors d'edat?	☐	☒
• Són pacients?	☐	☒
• Són voluntaris sans per a estudis mèdics?	☐	☒
Implica intervencions físiques en els participants?	☐	☒
3. Cèl·lules/teixits humans		
Implica cèl·lules o teixits humans (diferents dels embrions/fetus humans de la secció 1)?	☐	☒
• Estan disponibles comercialment?	☐	☒
• S'obtenen dins d'aquest projecte?	☐	☒
• S'obtenen d'un altre projecte, laboratori o institució?	☐	☒
• S'obtenen d'un biobanc?	☐	☒



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

4. Dades de caràcter personal i privacitat		
Implica la recollida i/o tractament de dades personals?	☒	☐
• Implica la recollida i/o tractament de dades personals sensibles, com ara, salut, vida sexual, raça, opinió política, conviccions religioses o filosòfiques?	☐	☒
• Implica el tractament d'informació genètica?	☐	☒
• Implica el seguiment o observació tecnològic dels participants (com ara dades de vigilància o localització, i dades WAN, com ara adreça IP, MAC, cookies, etc.)?	☐	☒
Implica un tractament de dades personals recopilades prèviament a aquest TFG/TFM (ús secundari)?	☐	☒
5. Animals		
Implica la manipulació d'animals per al seu estudi o per a l'obtenció de mostres, òrgans o teixits?	☐	☒
6. Països tercers		
Cas que es desenvolupi, de manera total o parcial, en països que no pertanyen a la Unió Europea, el projecte d'R+D+I planteja problemes potencials d'ètica?	☐	☒
Teniu previst utilitzar recursos locals (per exemple, mostres de teixits animals o animals, material genètic, animals vius, restes humanes, materials de valor històric, mostres de fauna o flora en perill d'extinció, etc.)?	☐	☒
Teniu previst importar material (incloses les dades personals) de països que no pertanyen a la Unió Europea a la Unió Europea?	☐	☒
Teniu previst exportar material (incloses les dades personals) des de la Unió Europea a països que no pertanyen a la Unió Europea?	☐	☒
Cas que el projecte generi beneficis i impliqui països de baixos ingressos i/o baixos ingressos mitjans, teniu previst les accions de repartiment de beneficis?	☐	☒
Podria la situació al país posar en risc els participants?	☐	☒
7. Medi Ambient/Salut i protecció		
Implica l'ús d'elements que poden causar danys al medi ambient, animals o plantes?	☐	☒
Tracta sobre la fauna i/o flora en perill d'extinció i/o àrees protegides?	☐	☒
Implica l'ús d'elements que poden causar danys als humans, inclòs el personal investigador?	☐	☒
8. Ús dual		
Implica productes de doble ús en el sentit del Reglament 428/2009 ¹ o altres articles per als quals es requereix autorització?	☐	☒

¹ Productes de doble ús són aquells productes, inclòs el suport lògic (software), i la tecnologia que puguin destinar-se a usos tant civils com militars i que inclouen tots els productes que puguin ser utilitzats tant per a usos no explosius com per ajudar a la fabricació d'armes nuclears o altres dispositius nuclears explosius. Veure [Reglament CE 428/2009 del Consell de 5 de maig de 2009](#).



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

9. Focus exclusiu sobre aplicacions civils		
Podria necessitar aclariments en relació amb un enfocament exclusiu sobre aplicacions civils?	☐	☒
10. Ús malintencionat dels resultats		
Té potencial perquè els seus resultats siguin utilitzats malament?	☐	☒
11. Altres aspectes ètics		
Hi ha algun altre aspecte ètic que hauria de ser pres en consideració? Especifiqueu, si us plau:	☐	☒

Confirmem que hem valorat tots els aspectes ètics descrits més amunt i que, en cas afirmatiu, els signataris ens comprometem formalment, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent, a:

- CEIm-IIIPV:.... Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la "Guia de l'investigador/a".
- CEEA: Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la "Guia de l'investigador/a".
- CEIPSA: Actuar d'acord amb la normativa aplicable en cas que el treball en qüestió tingui implicacions ètiques i respectar les recomanacions ètiques que emanin d'aquest Comitè.

Seguir les directrius establertes a la "Guia de l'investigador/a" i la "Guia sobre protecció de dades personals en els Treballs de Fi de Grau i Màster de la Universitat Rovira i Virgili".

Respectar la confidencialitat de les dades personals que es puguin obtenir en l'activitat d'R+D+I, tant pel que fa a l'ús acadèmic com a la difusió pública de les mateixes. Si considerem que algun resultat de l'activitat d'R+D+I pogués arribar a afectar o pogués ser d'interès per a les persones o col·lectius participants, ho comunicarem amb antelació.

No utilitzar les dades personals obtingudes en el projecte per a altres estudis diferents. En aquest darrer supòsit, sol·licitarem abans el corresponent permís d'aquest Comitè.

Tarragona , Vilafranca del Penedès, 27 de novembre de 2025

Anexo 3. Consentimiento informado



Full de consentiment informat

Títol de l'estudi: ¹ AAAAA-2025-TFG-0000 – ~~Salut~~ cardiovascular dones Estudio Cualitativo: *Enfermedad cardiovascular desde una perspectiva de género. El corazón también tiene género: análisis de las desigualdades en salud cardiovascular*

Dades de contacte de l'investigador principal:² Xavier ~~Monsalve~~ Fuentes. Famara Guerra Marrero

Jo³ amb DNI.....:

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Comprenc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

☐ Sí ☐ No

- ⁴Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.

☐ Sí ☐ No

⁵ I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

Anexo 4. Hoja del participante



Edifici Rectorat
Carrer de l'Escorial, s/n
43003 - Tarragona
Tel. +34 977 558 031
Fax +34 977 558 033
www.urv.cat

HOJA DE INFORMACIÓN A LA PERSONA PARTICIPANTE

He recibido esta hoja de información.

TÍTULO DEL ESTUDIO¹

AAAAA-2025-TFG-0000 – Salut cardiovascular dones

Enfermedad cardiovascular desde una perspectiva de género. El corazón también tiene género: análisis de las desigualdades en salud cardiovascular.]

INVESTIGADOR PRINCIPAL-A / DOCTORAND-A / ESTUDIANT²

Famara Guerra Marrero.

famara.guerra@estudiants.urv.cat

639920522

Xavier Monsalve Fuentes

Xavier.monsalve@estudiants.urv.cat

608455281

CENTRO

Universitat Rovira i Virgili (URV) · Seu de Vilafranca del Penedès

Carrer d'Amàlia Soler, 29, 08720 Vilafranca del Penedès, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación al que se le invita a participar.

Este estudio ha sido aprobado por el secretario técnico de la Comisión de Ética de Investigación e Innovación según los principios de Declaración Responsable sobre aspectos éticos de los Trabajos de Fin de Grado de la Universidad Rovira i Virgili.

Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere participar o no en este estudio. Por este motivo, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le resolveremos las dudas que le puedan surgir. Adicionalmente, le informamos que usted es libre de consultar con las personas que considere oportuno antes de decidir sobre su participación en el estudio.



PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Ha de saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO³

Este estudio está dirigido a mujeres que han tenido una cardiopatía isquémica y tiene como objetivo conocer cómo vivieron la atención sanitaria recibida antes de que se les diagnosticara la enfermedad. Queremos escuchar sus experiencias y opiniones para entender mejor si existen diferencias en la atención a las mujeres.

La participación consiste en asistir a un grupo de conversación (grupo focal) junto con otras mujeres que han pasado por una situación similar. En el grupo participarán aproximadamente entre 7-10 participantes, hombres y mujeres, con tal de poder identificar posibles sesgos de género. Se realizará una única sesión, en Manresa, en una sala del centro hospitalario. Con una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos.

Durante la sesión, una persona del equipo investigador hará preguntas abiertas para facilitar la conversación. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es compartir libremente la experiencia. La participación es totalmente voluntaria y se puede dejar el estudio en cualquier momento sin dar explicaciones y sin que ello tenga ninguna consecuencia.

Antes de comenzar, se entregará esta hoja de información donde se explica el estudio y se pedirá el consentimiento informado, tanto verbal como por escrito. También, se solicitará rellenar un breve cuestionario con algunos datos generales, como la edad, la situación familiar o nivel de estudios.

Toda la información recogida será confidencial. Las transcripciones de la sesión se guardarán de forma segura en la nube institucional de la Universitat Rovira i Virgili. En ningún momento aparecerán nombres ni datos que permitan identificar a las participantes; para ello se utilizará un sistema de codificación. No se recogerán datos sensibles.

BENEFICIS I RISCOS

- Mejorar la calidad asistencial en atención cardiovascular a mujeres.
- No supone ningún riesgo para el participante.



CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Toda la información recopilada sobre las personas participantes en el marco de este estudio se mantendrá estrictamente confidencial y con aplicación de las correspondientes medidas de seguridad que garanticen, además de su confidencialidad, su integridad, disponibilidad, autenticidad y trazabilidad.

Los datos personales recopilados para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el investigador/a principal o sus colaboradores/as podrán relacionar estos datos con las personas participantes. Nunca se identificará a las personas participantes en ningún informe, presentación ni publicación que surja de este estudio.

Para el tratamiento de los datos se utilizarán los sistemas de información propios de la Universidad Rovira i Virgili instalados a su red informática aplicándose las medidas de seguridad de la información establecidas por el Real Decreto 3/2010 que regula el Esquema Nacional de Seguridad⁴. Concretamente, los datos se recopilarán mediante una grabadora de voz (al grabar los grupos focales) y se introducirán en el sistema de información de la universidad, concretamente todos los archivos de audio o texto que se generen (por ejemplo al transcribir las entrevistas) se almacenarán en las carpetas del drive institucional. Posteriormente, para analizar los datos se utilizará el programa Welf-oda mediante los servidores de la URV i la plataforma Virtlabs.

El personal investigador del estudio se compromete a cumplir la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, además del Reglamento (UE) núm. 2016/679, del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que se refiere al tratamiento de datos personales, y firmará un compromiso de participación y confidencialidad.

La finalidad del tratamiento de los datos es la participación en el estudio de acuerdo con el consentimiento de la persona participante.



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Edifici Departament
Carrer de l'Escorxador, s/n
43003 - Tarragona
Tel. +34 977 558 021
Fax +34 977 558 022
www.urv.cat

INFORMACIÓN AMPLIADA SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con aquello que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos aplicable a la Universidad Rovira i Virgili (URV) y publicada en el apartado "Legislación aplicable" del espacio "Protección de datos de carácter personal" de la sede electrónica (<https://seuelectronica.urv.cat/rgpd/>), se pone en conocimiento de las personas interesadas la información siguiente:

a) ¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

• Identificación	Universidad Rovira i Virgili CIF: Q9350003A
• Dirección Postal	Carrer de l'Escorxador, s/n 43003 Tarragona
• Datos de contacto de los DPD	DPD - <u>Delegados</u> de protección de datos de la URV Correo electrónico: dpd@urv.cat

b) ¿Qué datos personales tratamos y con qué finalidad?

Los datos personales son tratados con la finalidad de participar en el proyecto de investigación⁵ en los términos que se describen en la hoja de información a la persona participante. En el caso que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos incluidos datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que la persona interesada haya otorgado su consentimiento.

c) ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

En el marco del tratamiento mencionado, sus datos no se cederán a terceros excepto que exista obligación legal o se indique expresamente en la hoja de información a la persona participante.

d) ¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

La legitimación de este tratamiento se basa en el consentimiento que da la persona interesada de forma expresa.

e) ¿Qué medidas de seguridad aplicamos en el tratamiento de sus datos?

La Universidad se responsabiliza de aplicar las medidas de seguridad y el resto de obligaciones derivadas de la legislación de protección de datos de carácter personal, de acuerdo con el Esquema Nacional de Seguridad, Real Decreto 3/2010.

En este sentido, la Universidad Rovira i Virgili se ha dotado de una Política de Seguridad que puede consultarse en la sección sobre “Legislación y normativa” de la página web de la Universitat dentro de “Normativa propia” y “Otras normas”, <http://www.urv.cat/ca/universitat/normatives/altres-normes/>.

Adicionalmente, en la hoja de información a la persona participante se concretan algunas medidas de seguridad específicas que se tendrán en cuenta durante la realización del estudio.

f) ¿Cuáles son los derechos de las personas interesadas?

La persona interesada tiene derecho a acceder a sus datos personales; a pedir la rectificación de los datos inexactos; a solicitar la cancelación y supresión; a oponerse al tratamiento, incluida la elaboración de perfiles; a limitar hasta una fecha determinada el tratamiento de sus datos; y a la portabilidad de las mismas en formato electrónico.

La persona participante puede interrumpir su participación en el estudio retirando su consentimiento en cualquier momento, sin dar explicaciones. En este caso, los datos no podrán eliminarse para garantizar la validez de los resultados y cumplir con las obligaciones legales aplicables al estudio, pero no será posible vincularlos a su persona.

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad mediante comunicación escrita, detallando motivadamente la solicitud, dirigida al Registro General (Carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona) o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o telemáticamente, según se indica en <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Asimismo, le informamos que tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos mediante el mecanismo que establezca. Puede consultar más información en <https://apdcat.gencat.cat/ca/inici>.

Por último, le informamos que podrá solicitar información relacionada con la protección de datos personales mediante correo electrónico a nuestros delegados de protección de datos a la dirección dgd@urv.cat.



g) Cuánto tiempo conservaremos sus datos?

El período de conservación de los datos es de 5 años una vez finalizado el estudio, salvo que la hoja de información a la persona participante establezca un período diferente. En cualquier caso, se conservarán los datos hasta la revocación del consentimiento por parte de la persona interesada.

Anexo 5. Transcripción grupo focal

[00:00:00:16-00:00:16:23] XAVIER:

Bé, en primer lloc, agrair-vos a tots la participació i el vostre temps. Llavors una miqueta per ubicar-nos, doncs començar explicant una miqueta l'objectiu d'aquesta trobada. Com ja us he explicat, és el nostre treball de final de grau, i la idea és això, agafar una mica les experiències i les percepcions que heu tingut les persones que heu patit un infart en algun moment, sobretot de l'assistència sanitària que heu rebut. El que s'espera del grup focal és això, és que la riquesa d'això és el que vosaltres aneu explicant i extreure les dades de tot el que vosaltres expliqueu. Llavors ara us tornaré a demanar el consentiment de forma de forma verbal, també perquè quedi gravat. D'acord.

Doncs comencem amb les preguntes que una miqueta són l'experiència personal que heu tingut. En aquest punt volem entendre què va significar per a vosaltres el diagnòstic i quin impacte va tenir en la vostra vida. Llavors començarem amb alguna pregunta introductòria i després anirem cada cop una miqueta més concreta. Bé, en principi no ho farem per torns conforme us aneu sentint còmodes podeu. Podeu anar parlant si voleu aixecar la mà en algun moment i recordar això, mencionar el color abans de començar. Llavors faig la primera pregunta que com va ser el primer contacte amb el sistema sanitari? És a dir, què us fa acudir a vosaltres en el moment que detecteu que hi ha? Que hi ha algú que no està bé, que us fa acudir a urgències o el centre de salut ambulatori, el lloc on fos.

[00:02:02:23-00:03:15:09] **AZUL**

Jo el que em va fer córrer senzillament és que treballant de nit a la fàbrica ja em vaig haver d'asseure perquè era una sensació molt fastigosa i molt dolorosa. Però va passar. Vaig anar a dormir i em vaig llevar, vaig anar a acompanyar a la dona a treballar i al sortir del cotxe un altre cop va tornar a donar aquell dolor. Llavors ja vaig dir aquí hi ha algú que no va bé, però mai hagués pensat que fos infart. I quan vam arribar al CAP, senzillament em van dir ja pots anar cap a Manresa, i vaig dir, que ja hi anava jo amb el cotxe, i em van dir: "ni se't ocorreixi". I vaig haver de trucar a la meva filla i pujar amunt. Llavors, a partir d'aquí, el divendres i el dissabte a les 9 del matí, allà mateix, a urgències, em va donar l'infart. Després cap a Terrassa. Stent i cap a casa i la vida a tomar pel sac. No, El que feia ara és una altra mena de vida. Però bueno, gràcies a Déu i a tot aquest servei de SEM, enfermeria i de tot això perquè pensava que no viuriem cap que estiguéssim aquí realment, i més els que ho hem fet dos cops. Però això ja ho vaig dir sobre el mateix mes juliol. El mateix mes es tapa el stent i corrent cap a Sant Joan

Andreu i em van dir, te'n vas cap a casa, jo vaig preguntar per treballar, i em van dir que treballa l'endemà. L'endemà mitja hora més i em van dir que no hi hagués sigut. Hospital 3, en quan a personal metge i personal d'infermeria, visitar el Hospital 3 un 10 i si pogués anar més amunt i més amunt, i a Hospital 2 també. Perquè per mi el millor equip de metges, equip de fisios, tot. La llàstima és la de les urgències. Podria fer molts dies que treballava, que va dir.. Va dir no, tornat cap a casa. Quan li vaig explicar el doctor Gabriel em va dir: que?? (to de sorpresa), l'endemà córrer, que es una angina de pit, però amb tota la regla. Però bé, gràcies a gent com vosaltres estem aquí. Molts diria jo. No ho sé si no és veritat.

[00:04:28:16-00:06:33:08] **NARANJA**

Jo sí que puc dir el que comentava. No, jo gràcies al SEM, perquè jo no hauria arribat a l'hospital. Jo estava treballant a l'escola i em va agafar un infart d'aquests fulminants i pels símptomes que bé vaig poder avisar un company i tot i amb els símptomes ja va venir l'ambulància, però al cap d'un minut ja venia la medicalitzada, amb metges perquè jo hi havia un bassal a terra d'aigua, hiperventilant, jo ho veia. Era un quart d'una del migdia, jo encara tenia el grup de nanos, però era un grup d'ampliació de matemàtiques que en tenia menys de nanos a l'aula. I els vaig dir mira, aneu amb les vostres mestres, que avui heu treballat molt bé perquè em va venir una pressió brutal al cor, i se'm va ocórrer això, i els nanos van molt bé. Anem cap a la classe, no? Jo vaig tenir temps d'anar a estirar en una sala que estava sol, que és la d'educació especial. No hi havia cap nano. Vaig estudiar i vaig dir això és una baixada de pressió. És igual. Vaig agafar un conte i em vaig començar a ventar, però això de pressió ni res. I per ventilar només està bé tocant la rajola al terra i em vaig arrossegar pel terra. Vaig arribar fins a la porta, vaig obrir la porta i el meu company de davant, el d'Anglès, tenia la porta oberta a aquell dia. Menys mal. I li vaig fer que vingués i li vaig dir: Albert, truca que m'estic morint. Sempre ho tenia claríssim. Però ell va veure la situació. Va trucar i entre Sant Fruitós, Manresa i Sant Fruitós és molt a prop. Molt ràpid va venir l'ambulància. Ja et dic el que domino, venia la medicalitzada i moltes històries amb parada cardíaca a la mateixa escola. Després una altra ambulància a Terrassa. Vaig tornar a néixer el 8 de maig.

[00:06:33:08-00:08:26:19] **ROSA**

Fa tres anys, un dia, pujant una pujada, vaig tenir una punxadeta al pit i vaig pensar ui, això deu ser algo del cor. Però no t'ho miris perquè l'endemà me n'anava de vacances a Còrdoba. Vaig anar amb l'AVE, vaig caminar cada dia allà a Còrdova, de 10 a 15 quilòmetres al dia. Turisme total vaig tornar, vaig anar un dia d'excursió i un dia que estava ballant, al cap de deu dies, quan ballava, em venia un malestar i quan m'asseia em passava i llavors ja vaig dir, bueno, això no pinta bé. Vam anar

d'urgències del Hospital 2. Ja de seguida vam veure amb l'electro que no hi havia alguna cosa, però com que jo no tenia aquests símptomes és que en repòs no en tenia cap. Em van tenir 5 dies allà perquè sempre passa a mi, que és dissabte, que és diumenge, que és la llum, que és festa a Manresa, que no hi ha cateterisme aquí a Manresa, tampoc no hi ha metges cardíologs d'urgència cada dia. Hi havia dies que no hi havia cardíolog. Bé, total, mentre era allà vaig fer un petit infart. I ja el dia, el cinquè dia que em van dur a Sant Cugat, a fer el cateterisme, va anar tot super bé. Em va emocionar quan el doctor va dir ja el tinc, és aquí, em va posar el Stent. Em vaig emocionar de lo bonic que és. Això és meravellós. I jo tenia el 99% de l'artèria principal tapada i no vaig tenir més dolors. Abans, aquests 5 dies jo no tenia res, ja està i faig vida normal.

[00:08:32:23-00:08:14:23] **LILA**

Sóc la Lila i jo vaig tenir un infart. I sort en tinc perquè vam activar. El meu marit va activar el codi Infart i em va venir ràpida les dues ambulàncies, però va venir rapidíssimament la medicalitzada. I quan et passa, jo estava a casa dormia i a les 6 del matí em vaig despertar que em feia molt mal. Vaig mirar els símptomes com que els dels homes i les dones no són els mateixos. No el tinc mai, però aquell dia tenia el mòbil al costat. Vaig buscar símptomes d'infart en les dones i els tenia tots i em faltava marejar-me, però no suava. Jo vaig pensar que potser no, i de cop i volta vaig començar a suar i ja vaig despertar el meu marit. Lluís. Tinc un infart, vaig trucar. I quan estàs en aquell moment i veus que t'estàs morint, tu veus, com deia company carbassa, veus que et mores, jo em vaig acomiadar del meu home. Vaig decidir et dono ordres, per variar, no del que havia de fer post-mortem, perquè tu et dona la sensació, que no arribarà a temps. La veritat és que l'ambulància va venir molt ràpid, però que és una sort que el sistema sanitari, aquí a Catalunya, tingui el Codi Infart, perquè dient això tothom vola. Vull agrair, evidentment, tot el sistema sanitari que va venir en aquell moment i tot el que ens envolta. En els pacients que sou els sanitaris, ja siguin auxiliars i que siguin més amunt o més avall. Per tant, agrair-vos, ja tenim aquí la vostra feina.

[00:10:14:23-00:13:05:18] **ROJO**

Jo sóc el vermell. Jo vaig tenir un infart el primer dia de vacances, a casa meva dient haver de marxar el dia següent. No podia respirar i de cop i volta no podia ni respirar. I aquell dia vaig avisar a urgències. Van venir, van venir perquè teníem una mútua. Va venir el de la mútua i els altres es van perdre per Navarces. El meu fill em va anar a buscar i tal, però com que per telèfon jo deia que no em feia mal perquè el problema era que no podia respirar, vam pensar que era una tonteria. Llavors al final em van dur, això va ser una mica caòtic, la veritat. Em van dur a Hospital 2 i a partir del moment que viu a Hospital 2, torna a ser un 10, realment una passada. Llavors em van dir això del Codi infart és un codi. Ho dèiem el 8 de març i em van dur a Barcelona amb una ambulància

a el Hospital 4, i la sensació és com una pel·lícula. No sé si aquesta gent em recorda que em van ficar allà tots allà i em van dir, ara això anirà molt bé. Podràs fer esport d'èlit. Jo faig esport i hi haurà no sé què. Per la tele anava veient. No me'n recordo d'haver sentit dolor ni res, només que no podia respirar i al cap de res ja podia respirar. Allà estava allà i em va entrar com una mena d'eufòria, és a dir, és fantàstic. I recordo el Hospital 4, aquella nit que tothom, aquest record que teniu de que la gent és meravellosa. Tots, absolutament tots, els zeladors, infermeres, els metges. Sí, absolutament tothom, amb una atenció fantàstica, ja se'n van endur a Sant Joan. Jo vaig estar uns dies la UVI i ja està. I sí, la vida se'm va canviar. Vaig estar de baixa molt de temps i em va canviar de cop. Tot. No només no només el dia a dia, sinó la manera de veure la vida. Per exemple, jo ara tinc a casa a l'ordinador. Tinc un document que es diu "Per si no morim" i ja tinc allà posat tot el que s'ha de fer, que passa per estar amb els meus fills i quan se suposa que deia abans, però no ho vaig posar per escrit al llit. A mi em va canviar molt la concepció, darrerament de tot i del sistema sanitari també, perquè jo ara he d'anar al Hospital 4 més sovint, perquè estic amb altres problemes i tinc les plaquetes molt baixes i tinc altres problemes. I com que em sento no és que em senti bé, però anant a un nou hospital, ara em sento com si sentís més segur. No ho sé. I la sensació és que sempre m'han tractat molt bé. La veritat és que és una pena, però que sempre va molt bé en comparació amb els mitjans, que sempre m'han semblat molt cutres, on és tot molt cutre i en canvi l'atenció és. No és la meua experiència.

[00:13:05:18-00:16:19:06] **AMARILLO**

Jo vaig tenir una angina de pit. Em feia mal el d'allò, Però com que sempre he tingut problemes de cervicals i no li dono importància, demanava esperar una estona. Em pensava que manava, però també me'n vaig anar de vacances, que tenim una casa a Màlaga i vam anar a passar l'estiu i tota la vida sortia a passejar al passeig marítim. Però aquell estiu no vaig treure ni les bambes, em vaig quedar sentada, i anar fent i quan vaig arribar aquí vaig tornar al cap i em van dir: Ja te'n pots anar cap a l'hospital corrents o te'n vas amb ambulància o algú que et vingui a buscar. I li vaig dir al meu fill que havíem estat junts de vacances. Jo anava fent, però tampoc no es pensava que allò fos tan greu. Et truco i li dic que em vingui a buscar. Sí, home, ara no puc venir. Total, que va arribar. Vaig arribar al hospital i se'm van fer el electro i totes les històries. Vaig estar allà dos dies. Llavors vaig anar a Hospital 3 i em van posar el stent. Em van baixar fins a la ambulància i això amb els líquids i tot. Això sí, recordo que tens tota la pantalla i es va veient tot a mida que van fent com es va despenjant tot. L'únic que en aquell moment vaig necessitar anar al lavabo. I com que tot el viatge amb l'ambulància et van posar el líquid, clar, el problema és que m'estava fen pis, i pobres, poseu que he fet un merder, però bueno, a part d'això bé, llavors és aquí com em van tornar i bé, no res. Vaig estar

molt poc perquè l'endemà ja et donen l'alta. Vull dir indica que ja estan les revisions i tot bé. Però jo estava ben marejada. Jo amb el metge que em va tocar, la veritat és que molt malament. I no, no, no t'estires, ja et pots aixecar, nerviós. Ell em va dir, no'tassentis no, que has de caminar, i jo li vaig dir que estava ben marejada, ho sento, però no em veig en cor, amb ell (metge) malament, el resto molt bé. Poc després em va trucar i vaig demanar que me'l canviessin, perquè no és que no sigui jo, no és una cosa que volgués. Bueno, més que res és una cosa que considero que és greu per dir que et facin, ja arribes després del viatge i tot el dallò. Això també dóna una sensació, però en general resto molt bé. Tot molt bé, molt.

[00:16:19:07-00:19:48:00] VERDE

Jo sóc sanitari. Jo sóc cirurgia vascular. Només sé que és l'especialitat que més propera la cirurgia cardíaca. Abans jo treballava en ambient hospitalari, al Hospital 2. Des de feia anys anys tenia un punt de dolor aquí, que es pot assenyalar amb el dit i no un dolor. Un dolor de feia anys, i que no tenia res a veure ni amb l'esforç, ni amb el repòs ni amb res. Uns mesos abans de jubilar-me, potser, potser que m'ho faci mirar. Em van revisar cardiologia, electrocardiograma, normal i el cardiòleg, home, allò del sabater, el més mal calçat. Saps que, vina la setmana que ve i et fem un eco cardio, normal. La setmana que ve et fem una prova d'esforç, normal. La setmana que ve et fem una prova d'esforç i un eco d'estrès. Un eco d'estrès és una prova d'esforç amb el cardiòleg al costat que et va fent. Et va monitoritzant amb una ecografia normal. Ni canvis a l'electro, ni dolor, ni cap problema. Normal.

No sé de què és el dolor. Pot ser irradiat d'un mal d'esquena. O pot ser el que sigui. I un 12 de febrer, encara ara fa 4 anys. Un 12 de febrer a la nit em ve un doloret estant a casa i dius, bueno d'aquí a un dos minuts em passarà. I no passa. I passa mitja hora i no passa. I passa una hora i no passa. I comença a venir una suor freda. I llavors mal t'ho diagnostica. Tinc molts números d'estar-me infartant, per tant, vaig a l'hospital. Arribo a urgències i a l'administratiu que hi havia, dic sóc metge de la casa, tu no em coneixes perquè és del torn de nit i no hem coincidit mai. Necessito un electrocardiograma urgent i un intensivista ja. Al cap de dos minuts hi havia l'intensivista i el electrocardiograma. SEM. Mútua de Terrassa. Angioplàstia, stent. UCI de Mútua de Terrassa. Un dia, un dia i mig i la cosa no marxava. I com que la cosa no marxava. El metge de l'intensivista em diu t'enviem, al Hospital 3 perquè la cosa no acaba d'anar bé i al Hospital 3 és un lloc on no llencen mai la tovallola, quan a tot arreu estan desesperats i sempre es treuen un as de la màniga i alguna cosa et faran. Cap al Hospital 3, ingressat UCI, UCI. I a partir d'aquí venen Quaranta-vuit dies. Ja us ho he resumit perquè us en feu una idea i després aneu preguntant i us he explicat que hi ha tela.

[00:19:48:01-00:22:23:01] **NEGRO**

Doncs no. Jo en el meu cas, la veritat, no havia tingut mai res, no havia estat mai sinó constipat i no havia posat mai els peus a un hospital, em vaig començar a sentir un dolor aquí al pit. Cada vegada va cada vegada més fort, cada vegada més fort. Em pensava, Ja em passarà. I al final vaig veure que no em passava. Va arribar un punt que tenia un dolor al pit que semblava com si haguessin posat mil quilos aquí a sobre. I quan vam decidir anar a l'hospital, vam agafar el cotxe. Nosaltres som de Berga i vam agafar el cotxe i vam anar fins a urgències. I ja arribant a l'hospital, jo vaig veure que aquell dolor que cada vegada més fort no em passaria, que no era, no era normal. I vaig decidir, en comptes d'anar per recepció i donar la targeta i d'explicar què passa, em vaig colar per la porta d'urgències, però en una altra les ambulàncies i em van preguntar on vas, i vaig dir no ho sé, però tinc un mal aquí, que sembla que tingui mil quilos que no aguanto i ja no vaig haver de dir res més. Al cap d'un minut va arribar a la camilla, em van donar l'esprai i al minut i cap a Terrassa, stent i llavors em van pujar aquí a semicrítics. Vaig estar set o vuit dies i després a Hospital 3, 4 bypass, i entre Hospital 3 i aquí 23 dies. I ara, quan feia més de vint anys que no em trobava bé com ara, perquè em cansa anteriorment i em cansava. Però clar, la meua vida era no tenia control dels horaris de menjar ni de dormir i molta vida sedentària. Treballar cada dia 16, 14 o 18 o 20 hores el que fos. Llavors aquell cansament que jo tenia, ja el tenia acumulat de fa molts anys, però jo em pensava que era normal. Al fer vida sedentària, no fer esport, i això, pensava que era normal i clar no devia ser normal. Això ja em devia venir al darrere fins que em va fotre un, que em va fotre el cop i vaig tornar a néixer. Sí, sí, sí, Vaig tornar a néixer perquè baixant amb l'ambulància, la doctora de l'ambulància li deia, jo no vaig perdre mai el coneixement. Jo sempre vaig estar conscient de tot i recordo que li va dir al xofer de l'ambulància, diu pare, al peatge de Sant Vicenç diu que li hem de donar no sé que alguna cosa, un medicament, no recordo el nom i jo recordo que quan passàvem per aquí, puig-reig, els qui ens coneixeu la C-16, li diu pare al lleó que és la benzina aquesta que hi ha, abans d'arribar a Manresa diu perquè si no, no arribem. I això és el que m'ha quedat més i m'ha tocat més. M'ha costat de superar i encara ara ho recordo prou bé. Lo demás tot molt bé, tant aquí a Manresa, com al Hospital 3. Per mi un 10 si, res més.

[00:22:23:02-00:28:16:00] **BLANCA**

A veure, jo estava allà, aquí a Manresa. Ho dic perquè jo sóc de Barcelona. Vivíem al costat de l'Hospital de Sant Pau tota la vida des dels dos anys, però ara estic aquí, a Manresa per circumstàncies. Fa dos anys per a l'estiu, un dia de juny, la víspera de la verbena, me'n vaig anar a dormir. Aviam, aviam, jo havia estat normal, normal fins aquell moment. Me'n vaig anar a dormir i em vaig despertar amb molta calor i busco.

Obro la finestra. Quina calor, quina calor! Buf! Ai, i ara fred i buf! Només volia vomitar. És tot el que a mi em va passar i tinc ganes de vomitar, però no vaig poder i el busco que era molt bon cuidador i molt aprensiu. Posa't el termòmetre o algú et deu passar? Jo no ho sé, no sé que tinc, però em trobo molt malament, però un malestar no era, jo podia aguantar. Però estava malament. Malament. I llavors em va dir, mira, posa el termòmetre i ja no sé què va veure en el termòmetre. No li deuria funcionar. Amb aquells nervis que teníem i va dir, ara quan et tranquil·litzin una mica, truquem al metge i ens n'anem al metge. I espera, Espera, espera. A mi quan em passi ja i diu No, no, no. I amb aquesta vegada em va creure perquè jo sempre el metge era l'últim. I llavors vaig dir bé, no em va importar. Truquen al metge. I li va estar explicant. Jo seguia ja una mica així, molt cansada i amb molta calor, però. I llavors em va dir, i què creus que pot tenir? Bé, diu, no ho sé, però per mi és algo raro. Però ella la tens aquí a prop, i li diu si està al costat. I em vaig posar. Però tu que et sents? Dic jo no ho sé, però sé el malestar, però sí que tinc. No tens cap dolor a l'esquena, al hombro o no sé que, no tens res diferent. Dic si una cosa tinc aquí com el l'ombro o el cantó dret, com una cosa, com si m' apretés, aquí el cantó dret. I bé, llavors ja suposo que això els va fer sospitar que podia ser algo. Enviem una ambulància, i jo no res, vestida d'un longobard. Si aniré i tornaré al cap d'un moment. Vaig pujar a l'ambulància que va obrir de seguida i quan vaig pujar a l'ambulància No, no, no. Jo la cadira no estirada, només els malalts i jo sentada. I ella em va dir: Però tu tens algun dolor o alguna molèstia? I si tinc aquest dolor aquí? Però jo l'únic que puc dir és que si tingués que viure, hi podria viure, amb aquest dolor. Em va preguntar, tu com ho valoraries de l'1 al 10, i jo dos o tres. I llavors jo deuria perdre el coneixement. Ja no recordo res fins 48 hores després al Hospital 1. Sé que vaig tenir una aturada cardíaca en aquell moment que em deuria dormir jo i vaig tenir una aturada cardíaca. Em van trencar 7 costelles i no em van deixar ni una costella en condicions, perquè jo després sempre em queixava de que em feien mal. Això si que és inaguantable. Sort d'això que dius. I quan em van estabilitzar i tal i ja va aparèixer el meu marit, que venia amb el cotxe, i cap al Hospital 1. Allà al Hospital 1, em van posar un stent ,però a mi m'havien entubat i vaig marxar d'aquí intubada i tal. I hi van haver molts dubtes. Era bastant greu tota la situació, van haver-hi molts dubtes. En el meu cas, sobre la desintubació, perquè si s'hagués de tornar a fer o perquè no sé, doncs si, van ser valents. Entre tots van decidir que tocava, que jo estava bé i que no us estranyeu, que dirà tonteries, que no sé que. No vaig dir cap tonteria. El primer fill que vaig veure vaig dir: Què fas tu aquí ara? Fins aquí.

El que sí que he tingut és una recuperació que ningú s'ho imaginava, perquè jo vaig sortir amb un cor d'un 36% i estic al 70. I també deien que això, vosaltres ho entendreu. Jo no entenc res, però els de la família preguntaven. Jo vaig estar allà 8 dies al Hospital

1 i quan vaig marxar, doncs el típic no es recuperarà. Jo vaig venir aquí una setmana i va dir, hombre, serà una persona delicada, perquè ha sigut s'ha danyat molt aquest cor i tal. I a més, a mi se'm va fer un coàgul molt gran en el cor i per això em van tenir que fer un transfusió. Perquè faltava aquesta sang. Suposaven de les mateixes costelles al trencar les havien estellat i han fet alguna ferida, però no sabien d'on van venia.

[00:28:16:01-00:28:54:00] XAVIER:

Moltes gràcies. Seguirem parlant, del que ja tots heu compartit una mica, que es l'experiència sanitària que vàreu rebre. Des de la vostra experiència, quins elements considereu positius i negatius.

[00:28:54:01-00:31:16:00] **AZUL**

SEM. Son una passada, en quan a tècnics i persones, et sents molt ben acollit, et sents que et treuen la por, perquè quan et sents ben atès, disminueix la por. Quan jo vaig marxar de les urgències de Hospital 2, vaig marxar sentat amb unes suors, dient a la meua dona que l'estimo, perquè jo no sabia si tornaria. I quan arribes a Terrassa, i et sents així d'acollit, i veus tots els metges. Quan jo obro els ulls ja a la UCI, i veig la meua dona, la meua filla i el meu net de un any, això va ser un xute que t'hi cagues. Un xute bestial. I quan vaig tornar cap a semicrítics, sempre recordaré el nom de la infermera, la Anna. Penso que quan nosaltres marxem amb l'ambulància, no saps mai si tornaràs. Tu penses hòstia, això ho has vist a les pel·lícules? Molt. I no, no ho acabes d'assumir. Però que ho digui elles, vaja, no ho sé. Jo ja sé que és un agraïment infinit. No ho sé, que se'm demani que es pugui fer per a tota aquesta gent. Penso que sembla que s'ha de fer i ja està. El model sanitari que tenim nosaltres, una cama trencada per un, potser sí que és un mal servei, perquè sempre et trobes el típic que ni et fa cas ni et mira, que això suposo que és com a tot arreu, a totes les feines hi ha gent bona i dolenta, però quan fiquen el SEM al davant, ole ole.

[00:31:16:01-00:31:26:00] XAVIER:

Si us sembla bé, podríem ajuntar també quines coses a part de les que heu trobat correctes i creieu que funcionen bé, i les coses que es podrien millorar i així ho trobem tot dins la mateixa pregunta.

[00:31:26:01-00:34:20:00] **ROJO**

Jo el que més en aquell moment vaig valorar, va ser quan arribés a Hospital 4 que tothom estigués preparat. Suposo que és lo normal, però em va impactar molt que hi hagués tanta gent. I com que suposo que és quan jo estava pitjor. A l'atenció de Hospital 4 va ser per mi com em van salvar la vida, i més perquè em van tractar molt bé. Però quan vaig tornar a l'UCI, a Manresa també. És a dir, no podria establir una graduació si vas passant moments i dies ostres, havia sigut fantàstic! I a l'UCI a Manresa igual. Vaig estar allà molt bé. A planta, va ser més normal, però també deu indicar que va ser que

clar, quan vaig anar més lluny estava, però al Hospital 4, a l'UCI. I també quan em van diagnosticar a urgències, que va ser de seguida em van dir que seria anar de seguida i tal. També crec que en aquell moment, quan jo vaig ser conscient del que estava passant. I el pitjor va ser precisament el SEM. Bueno, SEM vaig trucar. Bueno jo no van trucar al 112. Els que van venir no saben on venien. No sé si era un dia dolent o el que passava. Era el 10 d'agost, però primer va venir un metge de la mútua que jo ja coneixia. Llavors el que va venir ja coneixia el lloc, i tal no es coneixia i ell em va dir, tu et deus tenir una angina de pit. Segurament em va donar la pastilla tot això, però que fins que no van venir els altres el meu fill buscant-los per tot arreu. Van venir amb una ambulància medicalitzada, i jo la sensació és que aquests dos no saben d'on venien, ni a que venien ni per què, se'n van endur a urgències. Perquè, a més, com que em deien que digués el dolor que tenia del 1 al 10, jo vaig dir un fotut 3 perquè no podia respirar, però no em feia mal. Llavors jo si que sempre he estat molt dolorit, d'això que va passar en aquell moment. La meua família també. Perquè ells pensen que si hagués sigut més ràpid potser hagués sigut diferent tot. Ara ja em dic la diagnosi de Hospital 2, súper ràpid, súper bé! Les ambulàncies també. Hospital 4. Molt bé. A més, el tracte molt humà i tot molt bé. I a l'UCI a Manresa igual. O sigui, tot lo altre, tot era el millor. Si hagués de millorar alguna cosa, milloraria això. Això de guanyar que potser no cal. Perquè jo ara he pensat si em passa alguna cosa exageraré, si no, si tu ho dius no, no. Tinc la sensació que com que van venir pensant que era poca cosa. Això sí que em va doldre una mica. Ara tot lo altre. Realment penso que el sistema sanitari que tenim està molt bé i sobretot la gent que hi treballa.

[00:34:20:01-00:36:08:00] **LILA**

Jo soc la Lila i dic que, com han dit els meus companys, vius una pel·lícula perquè quan saps allò que és a les pel·lícules que surten corrents i obren les portes i esperen que arribin els de la camilla i tal. I és que passa això, és que et baixen ràpid i ja tens la gent que t'està esperant. I és que estàs vivint una pel·lícula, i això és el que després, quan tu expliques el que t'ha passat, expliques això que. Que com dius tu igual et trenques una cama o tens mal de coll i estàs 14 hores a urgències. Però allò la gent és que va vola codi el codi infart és que volen i t'esperen literalment. I jo trobo que hi ha una cosa que també em va agradar molt, és que quan estàs allà i en el meu cas a mi em feia molt mal, molt mal, molt mal. Vosaltres no teniu mal, però jo tenia jo el vostre i el meu tenia tots. Era horrorós. Em van posar morfina i a mi no em marxava per res del món. I el moment en què es va destapar, el dolor va marxar automàticament. Això va ser un miracle. I lo guai és que tu veus? És guai, però tens aquella pantalla que tu vas veient al teu cor i tal i que ells et van dient, No pateixis que anem bé. A mi em van perforar l'artèria primer i després van ficar una stent que no va funcionar, però això m'ho van explicar després.

Però està molt bé que et vagin dient també una mica que no t'amoïnis, que et farem això que aniràs per aquí. Sempre hi ha algú que t'està tocant i t'està dient perquè tu estàs cagat. Perquè tu veus que la teva vida se t'escapa i per tant, la part humana ja no tan sols la part professional de fer la feina, sinó que també hi hem de sumar la part humana, que penso que és una part imprescindible, que no pot anar una cosa sense l'altra. La professionalitat penso que dintre de la professionalitat, hi ha la part humana, i això és molt important. I jo voldria ressaltar això, de part negativa en la meva situació personal, no en puc dir res de negatiu.

[00:36:08:01-00:39:27:00] **AZUL**

Jo si, amb la segona angina de pit. Vaig provar de fer bicicleta que feia bicicleta a casa. Feia molta calor perquè era juliol i vaig anar. I collons tio, t'estàs fent gran! Feia 30 minuts estava a punt de fer 63 i el que està fent que t'has ficat a la bicicleta i no pots seure al sofà. Vaig tornar, i vaig fer una hora de piscina controlada i la meva filla ja em va dir, papa, aquesta nit m'envies un whatsapp, que tinc a la meva filla, que és patidora, que t'hi cagues. M'envies un whatsapp, que estàs bé, i a la mama també. Agafo les eines, em fico en una màquina ja no era mal, és com una cremor, era una cremor, una cremor i això ja no és normal. Em vaig fotre la pastilleta, li vaig dir a l' encarregat, i perquè se'm va passar. Vaig ser tan burro que vaig agafar el cotxe de Moià fins a Artés. Hagués pogut passar qualsevol cosa, però és la intuïció, no? Arribem a Manresa, tres hores d'espera, un dia d'estiu, ens toca el metge, ens fa les proves, i diu sisi, tens una angina de pit. I li preguntem, ara que, i diu nono, demà vas a treballar i si tens algun problema vas al metge.

Vaig anar cap a casa. Això eren les 9 i a les 11 i allà no passaven, així que vaig tornar i em van tenir tota la nit a urgències. Que allò sí que és criminal perquè el llit era, era per fotre'ls una cosa. I a més a més, no hi havia cap metge. No hi havia cardiòleg. Hi havia les dues cardiòleg, les prenyades estaven de baixa i el Gabriel estava de vacances. Hi havia una doctora itinerant entre Sant Pau, Manresa i Berga. La doctora no va venir fins les 8 del matí i vaig veure que em ficaven a la camilla dues dones noies, i la Mercedes anava cap a Sant Pau. Jo pensava home, em dic que estic cardat, però no canviem d'enganxar les ungles a la camilla. Però el que més, a mi el que li vaig dir amb el Gabriel i em va dir no és normal perquè és metge. Com a mínim havia dubtat a aconseguir. No ho sé. Ni morfina ni res. Res, res, ni nitros. Res, res el provoquem i el dolor faria arribar allà. I em van dir mitja hora i mitja de més i pim pam.

[00:39:27:01-00:41:50:00] **ROSA**

Sóc el color rosa. Jo ja he dit que el que no em va agradar molt, no ens agrada a ningú, és que no hi havia cardiòlegs. Tres dies dels cinc que em van fer esperar allà, no. Que això no és problema del cardiòleg, que és problema del sistema com estan. Jo penso que les tècniques van, quan et toca, que et fan alguna cosa tan extraordinària, com un cateterisme veus l'important que és la recerca i les tècniques noves. El diagnòstic dels metges penso que també és importantíssim. I d'infermeria el que més em vaig agrair és aquesta part, que és com més humana que et cuida en un general, que et parla de l'alimentació, de la vida que has de fer ara, que és una part que el metge no et fa tant, no et sol fer. Almenys jo. Els que van parlar amb mi no van tocar aquests temes i en canvi infermeria, doncs a mi em va fer sentir molt cuidada. Però també el que trobo a faltar és que després, un cop t'has fet idea del que t'ha passat, perquè jo vaig sortir d'allà, que no sabia si podia pujar a una escala o podia baixar del llit, o què podia fer perquè, no m'esperava que tingués jo aquesta malaltia i que em passés res. Doncs després el que trobo a faltar és com una mica més de poder anar a algú que et faci una valoració després de com, del què fas, com t'afecta, com vius? No ho sé. Un seguiment, però no tan clínic com n'és de la vida. I vull afegir la pregunta d'abans que com que era una mica de com ens ve que ens va passar la primera vegada. Vull afegir que de tots els símptomes que a mi em demanaven els infermers, sobretot que tens mal aquí, que tens mal allà, que et passa això, no em passava res. Res del que deien, però els meus braços durant dos dies em van passar simplement pesar. No tenia cap mal, però si me'ls hagués pogut treure i deixar sobre d'un lloc i hagués sentit molt bé, em pesaven. Ja està.

[00:41:50:00-00:49:30:00] **VERDE**

Si ja us he explicat totes les exploracions prèvies d'autodiagnòstic i arribo al Hospital 3. A l'UCI. 15 dies, 8 desfibril·ladors, 8 en viu. Normalment, la idea que la imatge que té tothom quan una persona es mareja, perd el coneixement. Si hi ha un desfibril·lador a l'abast, algú el xuta, La persona es desperta i no sap el que ha passat i es recupera. Jo estava monitoritzat i com que estava monitoritzat al cap de dos o tres o quatre segons, no sé quina tolerància tenia l'aparell abans que perdés el coneixement. Xutava, Jo estava tranquil·lament i feia un bot que és aquest. I això amb 15 dies vuit vegades. A part d'això. I això ja pels professionals, quan em van donar d'alta de l'hospital portava aquí cinc sutures de Swan-Ganz. Això els no professionals no sabeu el que és un catèter especial per controlar hemodinàmicament. Doncs no me'n vaig, no me'n vaig enterar de cap. Suposo que hi ha una cosa que vosaltres sí que sabeu és i no una cosa que es diu Propofol. Doncs que. Retirar un catèter i posar te en un altre. Si feies unes dècimes de febre i quan tornava a caldre propofol, retirar el catèter de posar un altre cinc vegades

no me'n vaig enterar, lo qual és molt d'agrair perquè si t'han de punxar tant a través de la jugular 5 vegades. Una altra cosa al cap de 8 o 10 dies, en un moment allà perds la noció de l'espai del temps. No saps si és de dia o de nit, si estàs despert, si dorms, estàs xutat i recordo que en un moment donat em va dir, A partir d'ara no moguis gaire aquesta cama dreta perquè portes un baló de contra pulsació. No sé si sabeu el que és, després us ho explico als professionals. Un baló de contra pulsació per la femoral dreta procura no moure gaire aquesta cama. No me'n vaig enterar quan me'l posaven. Una altre cosa que vaig agrair sobremanera és quan em van dir. T'hem d'operar. Molt bé. Vaig signar l'autorització i van tenir tres o quatre dies per operar-me i em diu demà t'operem. Molt bé, fantàstic. Hi ha una cosa que agrairia et donem una pastilla a la nit per dormir perquè si saps que t'han d'operar i la intervenció no és una hèrnia, és algo més. Va ser la nit del lloro. Són les dues, són les tres. A quina hora em vindran a buscar? Passaré la nit del lloro. Vaig comentar això al metge de la UCI, i em va dir, tu no et preocupis, no et preocupis. Aleshores, com que perds la noció del temps, no se si van passar una hora o vuit, només sé que el següent que recordo ,va respira que traïem el tubo, respira que et traïem el tubo. Havien passat dos o tres dies, estava operat. No me'n vaig enterar ni de que em portessin a quiròfan ni quan em van operar. 6 hores. Una hora i sis minuts de extracorpòria. Tornar a la UCI. No em vaig enterar de res, cosa que és el que més he agraït. Angoixa zero, patiment zero. I tant que tal. I llavors sí que quan et despertes, que recordo que et treuen el tub, Òstia! Vas ple de drenatges, de tubos, d'històries i tal, i llavors pugen a planta. Era un dijous, dilluns a planta. A planta hi vaig estar 25 dies, per això que us deia que la introducció era molt curta. Auxiliars d'infermeria, metges, cardíologs. Un 11 sobre 10. Tant en l'aspecte de competència professional com del tracte humà. Fantàstic. Llavors resulta que jo, després els professionals, us ho explico. Porto un dispositiu, una bomba d'ajuda al ventricle esquerre i tinc un forat aquí a la panxa, pel que mentre un cable i això s'ha de curar. Llavors a la meva dona, cada dia o cada dos dies la infermera, li deia, demà vine a quarts de deu i la meva dona d'aquí es llevava a les cinc del matí i a quarts de deu estava al Hospital 3. Quan em feien la cura a la meva dona, estava allà present i la meva dona la van formar perquè em pogués fer les cures ambulatoriament. Bé, llavors van passar 25 dies, em van donar l'alta, vaig venir a casa i la meva dona ja sabia com m'havia de curar. I al Hospital 3 van contactar amb el CAP, amb la meva infermera de capçalera i venia la infermera i no sé si era la supervisora i venien dues a casa i s'estaven allà. A elles els havien explicat en què consistia la cura i venien allà a supervisar la cura que em feia la meva dona. Van estar venint, doncs em feia una cura setmanal, van estar un mes i mig o dos mesos venint un dia a la setmana, el dia que ja havíem acordat era allà. I és clar, com que la meva dona li tenia molta traça, ja vam veure que la cosa anava bé. Ja van desaparèixer i ja no van

tornar més i llavors van haver seguit els controls ambulatoris de Sintrom, d'analítiques i tal. I al Hospital 3, com si cada tres mesos, em revisen de dalt a baix electros, ecos, analítiques. Continua igual i torna d'aquí 3 o 4 mesos. I aquesta és la situació actual. Ho he resumit tant com he pogut. I els professionals, després us ensenyaré més coses.

XAVIER:

Has estat dins del món, però alguna cosa ha millorat?

VERDE:

Home, la meua qualitat de vida és sensible.

XAVIER:

No, no, dic l'atenció.

VERDE:

Ah, l'atenció. 10 sobre 10. Des d'entrar a Hospital 2, quan li vaig dir a l'administratiu que m'estava infartant, necessito ja cardiòleg i eco, fins que vaig tornar a casa i les cures aquestes i tal, la història va començar el 12 de febrer, la nit del 12 al 13, que era un dissabte, i vaig tornar a casa l'1 d'abril. Tots aquests dies de febrer, tot el març i l'1 d'abril em van enviar a casa. Vaig tenir alguna petita complicació, però no és per mala assistència, sinó per inexperiència pròpia. Què tal? Al·lucinant. Acabaràs d'al·lucinar.

[00:49:40:01-00:50:57:00] **AZUL**

Hi ha una altra cosa que no hem dit, que aquí hi ha els fisios de l'empresa, la Núria, que també és una cosa que a mi m'ajudava moltíssim. Això va ser, en el meu cas va ser clau, va ser durant bastant temps després i més enllà de les condicions. Sempre era més o menys l'aprenentatge. És cardioficció. Molt bé. T'ensenyen una mica lo cardat que estàs. Sí, sí. Perquè tu et penses que ja estàs de tot arreu i quan et fiquen allà diu, va, corre, i dius, ostres. Sí, el primer dia sembla que s'ho arregla i després estàs més o menys. Però el que deia ella, que el seguiment posterior és important, sí que és molt important. I allà sí que em vaig sentir molt acollit. I en canvi després, un cop ja representant aquella vida normal, m'he sentit una mica abandonat. Que em donava molta por.

[00:50:57:01-00:52:12:00] **LILA**

Puc dir una cosa? No sé si és el moment. Soc la Lila. I el que volia dir, arrel del que acaba de dir el Vermell, és que nosaltres tenim tres fases. La fase hospitalària, la fase dos, que seria quan vas a rehabilitació i després la que hauria de ser la fase tres, que és la que està reivindicant el company Vermell, que és la que no ens hauríem de deixar, que hauria d'haver-hi un exercici i un acompanyament posterior, que tant hauria de ser físic, l'exercici, com mental. I que al final aquesta feina que la societat social la fa, al final l'acabem fent les associacions, que és el cas que estem fent nosaltres ara. Des de CATCECOR estem fent això. Un dia a la setmana fem cardio walking. Demà farem una

altra activitat que també té a veure amb el moviment i amb les emocions. És a dir, que s'hauria de poder posar en algun lloc on es reivindica que quan s'acaba de tenir un infart i que et donen les pautes de dos mesos, tres mesos, no me'n recordo el temps que dura la fisio, et deixen anar. I aquí és on jo penso que no ens haurien de deixar anar, que hi hauria d'haver un centre on tu poguessis anar sempre, quan tinguessis dubtes, que a més a més ens fessin fer això. Un exercici a la setmana, no sé com s'hauria de muntar. El que estem fent l'associació de pacients, doncs jo penso que ho hauria de fer la societat social.

[00:52:12:01-00:52:24:00] XAVIER:

Que hi hagués una connexió, un pont, entre la continuïtat assistencial potser i l'associació, no?

[00:52:24:01-00:53:20:00] **AZUL**

El moment que el metge et dóna l'alta, no saps a on has d'anar. Dius, bueno, jo li deia amb la doctora del CAP, que gràcies a Déu que la tinc, i també la infermera. Dic, bueno, jo ja és el segon que tinc. Jo l'únic que demano és si algú entre estiu i estiu, el metge, que algú em pogués fer una electro i una ecocardio d'aquestes, una ecocardio, dic, perquè ja són dos cops. Diu, però això no està a les meves mans. Diu, et toca analítica un cop a l'any, et toca això un cop a l'any, i se'n s'acaba. Jo total el que demanava era això, si ja he tingut un cop, i torno a repetir, i ara quan arribi juny, juliol, ja estaré cagat. Estaré amb el cul estret. Potser em torna, potser no em torna. Llavors m'agradaria que algú, abans d'arribar a això, digués, mira, maco, oi que tens el cor bé, ho tens bé. Que em pot tornar a donar, ja ho sé. Però suposo que el món que tenim està muntat així.

[00:53:20:01-00:53:58:00] **ROJO**

Jo vaig tenir sort, però no sé si vaig tenir sort, perquè també em va anar bé el CSMA, el Centre de Salut Mental, durant un temps, i amb el seu acompanyament allò també em va anar molt bé. Molt, molt bé. Però es va acabar perquè em van dir que, clar, mira la gent que tenim aquí, tots estan pitjor que tu. I era veritat. Llavors es va acabar, no podia sortir. Però sí que em va anar molt bé allò, també.

[00:53:58:01-00:54:13:00] XAVIER:

L'acompanyament psicològic. Sí, sí.

Ara, si us sembla, preguntarem una miqueta sobretot com va canviar la vostra percepció de la salut posterior a tot aquest procés. Com si ha canviat, com si no hi hagués hagut cap canvi, si a vosaltres us ha canviat la percepció de la vostra salut.

O us ha canviat la vida quotidiana, o una miqueta?

[00:54:13:01-00:55:53:00] **ROJO**

Sí, jo vermell. El meu cas ha canviat molt perquè jo no havia estat mai malalt ni res. Llavors de cop i volta em vaig adonar que era molt vulnerable. I que en qualsevol moment em podia passar avui o demà. En qualsevol moment es pot passar qualsevol cosa. Llavors això és una cosa que no he superat encara. Tot i que estic millor que mai, realment, ara. O sigui, vaig començar a caminar, i per tant menjo millor. O sigui, estic realment molt millor ara que abans. Però en canvi en això em sento molt pitjor que abans, però molt. Llavors és una cosa que no puc evitar pensar-hi i és una cosa que m'afecta molt. Això que us dic aquí no ho dic massa a casa perquè no ho dic per ningú. Però sí que és una cosa que m'afecta el dia a dia, contínuament, contínuament. Per exemple, ara hi ha molts plans del futur. Jo ara sóc incapaç de fer un pla. L'any que ve sóc incapaç de pensar d'aquí a un any què faré. Potser no hi arribo d'aquí a un any. No tinc motiu perquè estic bé. Però també estava bé abans i en canvi em va demanar. El mes abans vaig anar al cardiòleg. El mes abans em va fer de tot, també proves de tota mena i d'esports i tot. Estava a la mar de bé. Si jo faig això i el mes següent em passa, doncs és que em pot tornar a passar. I aquesta sensació sí que la tinc sempre. Això potser diria bé aquest no sé si un acompanyament o alguna cosa que et donés almenys una ajuda en aquest sentit, perquè a mi personalment sí que això m'hi he trobat.

[00:55:53:01-00:56:43:00] **NARANJA**

A mi psicològicament sí que em va afectar i jo encara vaig al psicòleg i sort que ho faig perquè em va anar molt bé. El fet que no podia anar a treballar, perquè a mi la meua feina m'ha agradat molt i als metges se'ls semblava que tal com estava jo no estava per anar a treballar. Això no se'm va posar gaire bé. I bé, a base de parlar-ne i demanar ajuda em sembla que ho portem una mica millor. Ara em jubilaré perquè ara em tocarà jubilar-me però quan em vaig infartar no em tocava jubilar. Però bé, aquí estem.

[00:56:43:01-01:01:12:00] **BLANCA**

No, clar, jo suposo que no he sentit moltes històries. No he sentit moltes històries i clar, a més és curiós perquè suposo que no hi ha dos casos iguals. Tinc impressió de viure el present i el moment Sí, que no hi ha hagut de fer un esforç perquè de seguida me'n recordo, vaig avui. I més en posterioritat he vist la mort del meu marit que era el que estava bé, que era el cuidador. Per tant, no. Programar-me, molt temps vist, tot això, així no. A més, m'ha fet molt de gust viure el present i gaudir-ho i tranquil·litat. Jo, la sensació de malalta és més, últimament he sentit que jo sóc cardiòpata, no? I vaig dir, ai, mira, tens un nom, no? Tens un nom i tot. No et diré que no, però jo sé que jo sóc molt conscient, estant en el clínic, quan em van desintubar i les primeres hores i així, que estava superbé, devia estar molt molt adormida, molt drogada, com diuen ara, o no ho

sé. I de cop i volta dic, què deu ser morir-se? Morir-se és el que t'està passant ara, t'estàs morint, que no ho veus cap. I dic, morir-me jo, ara, mira que estic bé, no ho sentia, hi havia una pau, era tot tan ideal i vaig dir, no, no, espavila't, que aquí no se mueren uno hasta que no le da la gana, espavila't. Jo diria que vaig ser com molt conscient, no sé si és que, jo potser com estava crec jo, que la sensació perquè ets com un sac de patates, no et pots fer mal, l'únic que em podia queixar era que deia respira a fondo, és que no puc, perquè tenia les costelles tancades, però no ho sé. I sé que vaig als metges, al clínic, o en un tercer dia em van dir, tu no t'estranyes que tu portis molts dies allà a la UBI, entren o surten, però d'una manera o d'una altra, ràpid. Dic, no. Dic, doncs mira, ara en aquest moment ens falta mitg litre de sang, que no la trobem, però ja la trobarem. Jo no sóc persona d'aprendre, em crec, les coses així, i jo a partir d'aquell moment vaig dir, depenc molt de tu, has d'espavilar, estic anant amb un psicòleg també, perquè jo era molt fantàstica i volia seguir sent fantàstica, i sí, sí, em va molt bé, i crec que m'està ajudant moltíssim.

[01:01:12:01-01:01:17:00] XAVIER:

Sí, a vegades aquesta percepció es pot expressar també en canvis en la nostra conducta, en el dia a dia, no?, com parlava ella, o el senyor vermell, una miqueta dels estils de vida, alimentació, exercici, a vegades després d'algun esdeveniment així, les persones adopten unes altres conductes, no sé si tu has tingut aquesta percepció...

[01:01:17:01-01:02:12:00] **BLANCA:**

Sí, suposo que allò va ser un... va ser un xoc, no?, i conscientment, vull dir, després, quan vaig anar a veure l'adulta de capçalera, em va dir tenia molts clients. Sí, crec que la forma que heu après m'ha ajudat molt, crec, crec que no en tinc per persona, molt optimista, però sí, crec que m'ajuden molt. Però jo realment, sí, els primers dies, allò que jo deia, podré caminar un dia mitja hora i no cansar-me, a més, clar, ha costat, si intentes caminar, i anava amb el meu marit, pocs, tenia més por que jo, encara, no? Estàs bé, no? Sí, sí, sí. No, no, no ha sigut com una cosa, per mi, no la miro com negativament, en quant ha sigut un avís molt gran, no? De que podem estar molt bé i i tot ens pot canviar en segons, no?

[01:02:12:01-01:04:11:00] **AZUL**

No, jo a casa meva pateix més el meu fill que la meva dona que la meva tia. Sí. A mi, és com diu la dona. I pensa que jo, a sortir de l'infart, ni psicòlegs, ni res, sóc una persona molt soferta, eh? Estàs bé? Sí, jo sí. Que no em veus, que estic bé? L'altre matí, la meva filla fa 40 anys, ara té 40 anys. Papa, estàs bé? Que sí, Anna, que sí. La meva dona, que estàs bé? Que no, que sí. Anar a dormir, de tant en tant, ara, com que jo he treballat tota la vida i ara dormim junts, ara no?

Estàs dormint? No, ara ja no. Ara ja no. Dic, què estàs dormint? No, ara ja no. Tenen més polls que jo.

(se rien todos)

Jo sóc una persona que he tingut molts problemes. Amb 33 anys vaig tenir una hemoptisi, vaig treure sang per la boca, vaig estar un mes gairebé, ingressat. El ronyó el tinc destrossat, els dos, tinc pedres pertot arreu. Hòstia, tio, però si estàs fet una merda! Dic, què, que avui estem aquí, demà ja vindrem. I l'any que ve que no facis plans. Jo els plans els faig per aquest any. Jo a l'octubre tindrè dos nets més, sí, amb el mateix que tinc el petit. Dic, no, no, a l'octubre quan vinguin plans a tope, i tant. Que no es poden fer, això no ho sé mai. La doctora a mi em va dir, quan li vaig dir que he tingut un infart, dic, fots, jo no hi aniria. Però no, jo el psicòleg, no. A mi m'agrada molt viure. La vida la dic tal com la tinc. Si, mira, després de 49 anys cotitzant, treballant 12, 14, 16 hores, ara em diuen, t'avorriràs. Dic, desgraciat, que no em vols que m'avorreixi. És clar que em vull avorrir. Em vull avorrir molt. Dic, ja tindrè temps de tornar a fer coses. Dic, però ara m'agrada córrer al sofà, sentar-me, quan he fet el dinar, que l'altre dia he marxat de treballar. Tenir una estona d'avorriment que el cap marxi allà, bum-bum, sigui amb la tele, sigui llegint, o sigui fent el que vulgui. O anant a fer un cafè amb els bons amics, i ja està, i punt. El que vingui demà, o els cinc minuts avall de tu.

[01:04:11:01-01:06:22:00] **AMARILLO**

I al cap de poc em van donar i a l'altre vaig continuar treballant. I a casa meva és com si jo no hagués tingut res. Bueno, era el mateix de sempre. Després t'acostumes quan la gent és que vaig estar fotuda. I a casa meva, jo mateixa no t'ho penses. Però jo sé que sempre he anat fent plans i tot. I l'any 2022, amb una ecografia normal, em van detectar un tumor amb un ronyó però no tenia res a veure l'ecografia amb això. I com que era molt gros, també m'han hagut de treure el ronyó. Ara càncer també, dius, hòstia, és que quan la gent diu, és que he tingut un d'això i l'altre, però jo no m'acabo d'això que jo no m'acabo d'estar, saps? I a casa meva igual, encara pitjor. Ho he fet tot i allò, i en cap moment m'han tractat com a malalta ni com a d'això, fins ara. Quan vaig arribar de l'hospital amb el ronyó, què hi ha per dinar? Jo què sé, acabo d'arribar de l'hospital, podeu fer-me alguna cosa un dia. Vull dir que no... I això, jo sí que m'agrada fer plans i allò, no ho sé. I la veritat tampoc m'han plantejat mai amb un psicòleg o així, no ho sé, no... Però sí, sí, clar, llavors això, et dic quan penses i dius bueno, podries anar al que estàs fotuda, que tens tot allò, altres tenen menys i ai, ai, bueno, no ho sé. Però això, suposo que també ha ajudat això que a casa meva m'han tractat com un indestructible, bé, sempre i d'allò.

[01:06:43:01-01:14:44:00] VERDE

Dues coses. Professionalment. Professionalment això em va obligar després de tants dies de baixa, vaig haver de jubilar-me, però com que la meva feina no m'agrada, m'entusiasma i no em podia desvincular de la professió, m'he dedicat a fer docència. Faig docència. Llavors, per exemple, tinc com que sembla que hi ha problemes amb metges nouvinguts que parlen el castellà, que no s'entenen amb els pacients i totes aquestes històries, en aquests moments tinc quatre companys metges, llatins, treballant aquí a Manresa, als ambulatoris fent primària i que els hi faig conversa, però a nivell de vocabulari mèdic. No els ensenyo català, simplement perquè quan arriba una persona no li sàpiguen dir bon dia, vostè què li passa, estiris la llitera que ara l'exploro, li recomano això, o s'emprèn o no s'emprèn, etcètera, perquè sàpiguen desenvolupar-se a la consulta. Això per una banda. I per altra banda, també faig docència. La setmana passada vaig fer una xerrada a Súria, demà al matí a les 10 tinc una xerrada a Artés per la gent del carrer i pels Artés em van contactar els infermers del camp, d'Artés. Demà a les 10 del matí els faré una xerrada. Llavors, això em manté psicològicament actiu, professionalment útil, no em dedico a curar ningú, però sí que sóc útil, puc transmetre tot el que m'han transmès a mi els anteriors professionals que m'han ensenyat i ho puc transmetre tal, llavors això professionalment em sento realitzat encara que l'exercici no és el que feia. Això d'una banda. Des del punt de vista físic, des del punt de vista físic tinc soc una mica dependent, una mica dependent vol dir que la cuidadora, que és la meva dona, m'ha d'ajudar a fer-me una cura, després als professionals si voleu us ho explico, m'ha de curar i m'ha d'ajudar per dutxar-me. Jo porto aquí una ferida i llavors per entendre'ns qui més qui menys ha forrat llibres amb aire on fix doncs llavors la meva dona posa un aire on fix aquí i llavors em puc dutxar i és pel que necessito la meva dona i llavors, bé, això. Aquesta dependència aquesta dependència esclar, em prenya, però com que vinc d'una situació molt apurada he millorat ostensiblement amb la qual cosa em quedo amb la millora. Quan vaig sortir de l'hospital, per exemple al físio jo podia caminar d'aquest passadís a les escales, mig passadís d'aquests no podia caminar gaire més al físio que em venia a ajudar jo li deia torquemada torquemada perquè em torturava em deia va, així continuem a caminar i caminava 30 passos fins a una sala d'espera seia, va, tornem i quan jo ja em feia la il·lusió d'entrar a l'habitació i seure a la butaca hi havia a la paret una barana de fusta si heu estat a la planta de Sant Pau de Sant Pau hi ha una barana així de fusta i quan jo ja... d'esquena per alt agafa't aquí, va, de puntetes amunt, avall amunt, avall, em feia fer 10 coses d'aquestes o seu a la cadira i aixeca seu a la cadira i aixeca jo li deia torquemada perquè això era una putada llavors vaig perdre 10 quilos de pes amb tants dies d'immobilització, massa muscular la tira i quan em van donar d'alta caminava així i a casa caminava per dintre el pis i obria la

porta, sortia el replà i al principi pujava fins al pis de sobre i tornava a baixar i això ja era el sumo al cap de 15 dies no em deixaven sortir de casa sense anar sol havia de sortir acompanyat tornava a pujar i tornava a baixar al pis al cap de 15 dies 3 setmanes ja pujava, baixava pujava, baixava anar a sortir pel carrer menjar, recuperar pes suplement proteics tota una sèrie de coses exercici caminar han passat 4 anys avui dia sóc autònom, puc conduir em van tenir 9 mesos sense conduir conduixo, sóc autònom ara podria fer el cotxe i anar-me'n a Saragossa o València puc conduir dues, tres hores tranquil·lament camino 6, 7, 8 quilòmetres diaris sense ajuda de ningú vaig sol i esclat llavors, de quan m'estava arrossegant que havia de sortir de casa acompanyat que podia caminar 100, 200 metres ara camino 4, 5, 6, 7, 8 quilòmetres diaris sol sense ajuda, sense res esclat, doncs tinc ara aquesta dependència que m'empipa però de bo em venia comestic ara i a més et gratifica que la gent que et coneix de tota la vida no estigui tant física com anímicament estàs com sempre doncs ja està llavors tinc una limitació professionalment he hagut de deixar de treballar també cal dir que ja em tocava no sé els anys que em feu però jo els dic que vaig néixer el 49 quan tinc 76 i em vaig jubilar per força el 72 que és quan vaig fer el infart llavors ja em tocava llavors esclat, en aquesta situació ja no he exercit més i m'he dedicat a això però bé, 76 anys, puc fer això i quan alguna vegada et poses que t'empipes per la dependència i tal i llavors penso en aquests moments segur que ara, en aquestes hores, en aquests moments a Sant Joan de Déu hi deu haver 15 o 20 persones que s'estan dialitzant i aquesta gent s'estan dialitzant 3 sessions 3 matins o 3 tardes a la setmana i per viatjar s'han de buscar un hospital per anar-se a dialitzar i llavors dic, segur, segur que tota aquesta gent els diuen et posem una bateria al ronyó no cal que tornis i vine d'aquí 3 mes no cal que et dialitzis comença a firmar, firmarien tots i llavors jo a Sant Pau em diuen si viatges avisa i llavors si jo viatjo si jo els dic que vull anar a Òscar, tinc una segona residència a Òscar, em diuen si ells ja m'han fet el contacte si tens algun problema a l'Hospital de Referència i a l'últim dia la cardiòloga fa un mes, mes i mig la cardiòloga em va dir si voleu viatjar, et faig un informe i viatgeu i llavors quan estava que no podia caminar que no m'aguantava els peus que podia caminar 100 metres i ara que et diguin agafa els trastos si vols te'n pots anar a viatjar doncs òbviament, encara que tinc una certa limitació però encantat de la vida.

[01:14:44:01-01:16:35:00] **NEGRO**

Soc el negre. Jo el que vull afegir és que jo em vaig tenir sort de la rehabilitació, que només crec que fa Quim Andrés, el talla, que és el referent que penso que ni a Sant Pau no ho fan i a mi això de la rehabilitació em va anar molt bé, crec que és una cosa interessant que hauríem de fer tots i després em van dir això ho has de continuar fent a casa i com que a casa no ho faràs perquè és normal, perquè hi ha un dia que tens

mandra al dematí dius ja ho faré a la tarda a la tarda fas una altra cosa i no ho fas em van dir millor que ho faci i et vegis en un gimnàs i jo em vaig apuntar al gimnàs i feia dilluns, dimecres, divendres, 3 dies a la setmana tot el que em feia aquí a la rehabilitació els mateixos dies i els mateixos horaris i jo em vaig tenir sort d'això i ho vaig seguint i em trobo perfecte, jo ara em trobo potser que feia més de 20 anys que no em trobava bé com ara jo crec que això és interessant. Sí, bé, dieta sense sal sense greixos ho vaig demanar quin tipus de dieta i ho faig, no al 100% però gairebé al 90% ho faig la dieta no m'ho salto, algun dia quan surts a fora per no anar al restaurant un dia t'ho saltes una mica però ja mires coses que no portin sal o coses que no hi tens i la rehabilitació a mi m'ha anat molt bé m'he tingut sort. Abans no sabia pas què era un gimnàs jo em pensava que això era de gent que tenia ganes de perdre el temps no sabia ni què era havia passat per la porta del gimnàs però no sabia ni què hi havia dintre i ara m'he tingut sort i això jo crec que m'ha ajudat a millorar la qualitat de vida i bé, principalment els dos mesos que vaig venir aquí a la rehabilitació a Manresa a mi això va ser genial a mi això jo crec que és el que em va salvar.

[01:16:35:01-01:17:49:00] **AZUL**

Jo de la dieta ho porto molt malament, perquè amb un any de cuidar-me, perdre 20 quilos, caminar, no anava i de caminar i de moure'm poquet a poquet, a fer cas a tothom. Molt bé, 20 quilos, arriba l'estiu i torna pensava que això només era cas a mi però tu només hi deus tenir la dona jo tinc per un tanto la dona i l'altre tanto la filla però la meua dona val per dos doncs aquest efecte de dieta i llavors a més a més va ser una temporada que en poc temps vam ser 3 en una setmana cada un, vam ser 3 joves el més gran era jo i el que va fer darrere meu i llavors aquest tio està al bar amb una deixada de vi amb tapes amb una panxa sobre la taula que les filles i la dona ja l'han deixat i aquest tio no li passa res jo li deia a la dona si tu mires a la llarga vale, molt bé, però en el moment que tu estàs patint que t'ha tornat a donar i penses, hòsties que no hi ha dret.

[01:17:49:01-01:18:07:00] XAVIER

S'han compactat una miqueta el tema ha sigut bastant general jo crec que el canvi sobretot en l'activitat física una miqueta el mòbil m'agradaria que comentéssim un moment així ràpid sense espatllar-nos massa també la dieta si poguéssiu comentar una miqueta de canvis en la dieta.

[01:18:07:01-01:20:46:00] **BLANCA**

Jo volia preguntar això la gent que ha patit un infart entre elles i jo a mi no m'han dit que faci dieta. jo vaig venir aquí a l'hospital que fan un cop al mes i fan la nutrició i posaré l'exemple el dia que jo hi era va sortir, a veure en comptes d'explicar-vos allò com heu de fer, dieu-me què feu a veure. Tu què fas que vas sortir i va dir, doncs mira, jo mongeta

i patates sense res de res li vas posar oli i a darrere unes salsitxes a la planxa no sé, diria com allò del xiste et viveràs molt però serà molt avorrida la teva existència. I jo, quan ja va parlar vària gent, jo vaig callar perquè vaig pensar a mi em costa feina en aquell moment em costava molt menjar només fa falta que a sobre siguin coses especials a mi l'únic que em van recomanar i crec que l'altre dia jo ho deia és que no provés un prefabricat cap additiu, cap conservant cap hasta el punt que jo m'he quedat sola, estic sola i tinc davant una casa que aquí Manresa. Aquí hi ha un lloc que té molta fama que ho fa tot molt bé i els meus fills, quan venen a fer visites, ells venen estan a Barcelona i quan venen, m'agrada que compliquis la vida perquè tu cuines, perquè no cal que cuinis ves a tal lloc si fan hamburgueses, si fan de no sé què pots anar a comprar hamburgueses de primera parada, no me les he menjat mai però si són tal com em van dir a l'hospital, és a dir té algun aditiu, i em van dir, sí, com si tenen aditiu i tenim fama ara que és molt bo però és que possiblement, si no li pogués ens obliguen a posar-li aditius, però si no l'hi tingués tu no te les compraries fàcilment perquè el color ja no seria tan fantàstic com és jo què he fet? Menjo molt llegum, jo generalment molt llegum molta verdura oi, quiero comer a planxa, quiero comer a planxa però l'altre dia he fet unes croquetes no faig unes croquetes, jo no faig una dieta i jo, des que vaig tenir l'infart segueixo perdent pes. El que se'n diu veus que de seguida heu dit ui, dieta, ui no ho sé, potser ja no m'agraden coses de greix o d'embotits.

[01:20:46:01-01:21:47:00] XAVIER

Quan parlem de dieta, a vegades tenim molt en ment alguna cosa super rígida, super tancada i en comptes de dieta, potser hauríem de parlar més d'estils saludables o formes de menjar llavors, jo personalment penso que s'ha d'ajustar molt a les necessitats de la persona és a dir, cada persona té uns factors de risc i tenint en compte aquests factors de risc s'ha d'adaptar una mica a l'alimentació aquí no entenem què necessitaria cadascú la idea és saber una miqueta si vam canviar una miqueta la manera de menjar abans i després és una miqueta saber això, eh? de l'entrant concret jo vaig canviar això per això, una miqueta saber si vau canviar la manera de menjar

[01:21:47:01-01:23:42:00] VERDE

Verdura, fruita planxa fora embutits, fora xup-xups coses guisades ni una . Els callos sí, els callos m'ho permeto m'agraden molt una reacció de callos cada dos mesos abans abans era cada quinze dies o cada setmana o quan fos ara és cada dos mesos una vegada al mes ibèrics per sopar entrepà de pernil ibèric una vegada al mes.

XAVIER:

del que parlàvem és una miqueta d'això són canvis més que alguna cosa tancada i rígida i que pateixes perquè al final qualsevol cosa que pateixis no durarà en el temps almenys

jo crec quan hem parlat d'aquest tema amb algun pacient o amb algun usuari hem parlat d'això .

VERDE

poca sal sense sal és impossible vas al supermercat i mai havia mirat les etiquetes i ara les miro sempre hi ha sal a tot arreu i sucre sucre a tot arreu però sobretot sobretot sal mires i a tot arreu sal llavors agafes el que n'hi hagi menys i llavors he menjat més amanides en 4 anys que en tota la meva vida anterior que en 70 anys previs amanida i una cosa a la planxa verdura i una cosa a la planxa carn, peix, el que sigui. macarrons la meva dona per exemple el diumenge passat va fer macarrons macarrons que va fer la meva dona el diumenge passat macarrons bullits amb salsa de tomàquet que havia fet ella i tonyina sense sal.

[01:23:48:01-01:24:59:00] **ROSA**

Jo sóc amb color rosa perdona jo he canviat la manera de viure en general he canviat l'alimentació, i ara encara més, perquè ara sóc diabètica també però he canviat la manera de moure'm que era molt sedentària i he canviat la manera d'afrontar la vida. L'estrès per exemple jo me l'he millorat molt que no era la quantitat d'hores que treballava sinó aquest que et fas tu mateix pel caràcter que tens que t'estresses a lo millor amb d'altres coses que res la feina ho he canviat perquè a mi em va passar que el tenir això m'ho vaig prendre molt malament, com han dit alguns companys que jo admiro i envejo la gent que ho he pogut prendre bé, ho envejo però hi ha gent que no que han vist una finestreta i això et sents vulnerable i t'agafa la por i llavors he canviat les coses que jo puc controlar .

[01:24:59:01-01:26:03:00] **NEGRO**

Jo volia dir que jo abans em disfrutava menjar i el meu hobby era menjar jo vivia per menjar i ara faig el revés menjo per viure i m'ho menjava tot. Abans un plat de callos o un fetge amb ceba que m'agrada i que disfruto molt i tots suc i coses així i ara res, he canviat el 100% la dieta amanides, verdures, coses a la planxa el porc embotit no l'he tastat mai més el pernil un cop a la setmana formatge mai més algun fresc algun de tant en tant que és l'únic que puc menjar i jo m'ho he agafat molt el 100% perquè abans tenia el colesterol i ara aquest últim anàlisi fa 15 dies o així el tenia 71 i l'anterior el tenia 70 faig el 100% el règim i el gimnàs m'he dedicat ara a cuidar-me no m'he dedicat a res més.

[01:26:03:01-01:28:07:00] **ROJO**

El tema de la dieta jo sí que he canviat en part no tan radicalment segurament perquè tampoc és que menges moltes coses una cosa que menjava molt era el pa i ara menjo menys, era una cosa important ara totes les coses a la planxa. Sant Joan de Déu no em van donar una dieta, però sí que em van donar un quadre que deia aliments que has

d'evitar aliments que pots menjar i això sí que ho vam penjar a la nevera i això ho hem intentat aconseguir. Sóc bastant constant amb això que cada dia amanida com que m'agrada la verdura l'amanida, això m'agrada doncs ho vaig seguir bastant per tant no em suposa un sacrifici tan gran ara de tant en tant sí que alguns caps de setmana si menjar al botí pot estar bé però cada setmana sí faig extremes que també em van dir però això ho fas el dia a dia. El que més he canviat jo és el tema de l'estrès perquè amb la feina tenia molts problemes que jo crec que va ser el que desencadenava l'infart vaig agafar vacances i a més va ser una setmana que va desencadenar això i amb això sí que vaig intentar fer canvis, i més que amb la dieta va ser amb això i amb els canvis que vaig intentar, va canviar però ho dic en el sentit que hi ha altres coses que també influeixen molt almenys en mi el que més em va influir perquè jo ni fumava ni bevia no movia molt però movia alguna cosa i l'únic que havia estrany era el tema de la feina. Per això em van enviar al CSMA, i això després de xerrades es parlava molt de les causes i jo sempre era del 5% que no sabien per què passava però el CSMA ho van tenir molt clar, i el problema va ser amb la feina, la feina mata potser com t'ho prens tu és la feina en si però realment sí que el gran problema que jo tenia i que he tingut durant molts anys era aquest això sí.

(suenen un telèfon)

[01:28:07:01-01:28:43:00] XAVIER

Algú més pot compartir, si no passarem al següent bloc que és parlarem de la salut cardiovascular amb perspectiva de gènere és a dir parlarem una mica del que en pensem de les diferències que existeixen una mica entre els homes i les dones o si creieu que existeixen diferències la primera pregunta és aquesta creieu que existeix alguna diferència en els símptomes entre homes i dones.

[01:28:43:01-01:30:34:00] LILA

Soc la Lila i d'entrada no és que hi hagi diferents símptomes que sí que és cert, sinó que no hi ha informació per on igual les investigacions fins fa poc eren totes basades en el mascle llavors morfològicament som diferents i per tant aquesta diferència no se'ns havia donat, per tant, tu associes que tindràs un infart i passarà tot el que li passa als homes. No té res a veure moltes vegades les dones el que ens passa és que tenim problemes intestinals, tenim mal d'estómac, estem marejades i abans no tens aquest mal o ni el tens a part que tenim diferents símptomes el que tenim diferent és la informació. És a dir, que no arriba aquesta informació llavors l'associació també és una de les coses que estem reivindicant de fer arribar la informació dels símptomes d'un infart o d'una angina de pit diferenciant pel sexe, les dones i els homes que ho tenim diferent, de fet un cop em va passar a mi. Vaig dedicar a enviar-me totes les meves dones del meu entorn que jo coneixia els símptomes d'una dona davant d'un infart

perquè no haguessin de fer com vaig haver de fer jo vaig haver de buscar els símptomes que tenia el mòbil al costat i penso que la medicina ha apostat sempre per l'home i la dona, doncs ha estat enrere d'investigació investigant per tant podria posar l'exemple de les menopauses, o podria posar molts més exemples o del clítoris que el van descobrir gairebé al 1999, per tant per posar un exemple, i això jo voldria com reivindicar.

[01:30:34:01-01:31:07:00] **ROJO**

Per part meva, jo de fet fins que no vaig tenir l'infart no era conscient que també hi havia moltes dones, no és que fos una cosa que m'hagués formulat mai però tenia com una idea que era una cosa bàsicament d'homes. Jo com que a la meditació vaig anar veient dones vaig anar aprenent que era normal i quan l'idea el va tenir em va afectar molt em sorprenia que realment falta aquesta informació i falta molta informació i estigui en compte això que em sembla que és molt important.

[01:31:07:01-01:32:12:00] **ROSA**

Jo no puc a cosa vull afegir tot això que ja us he dit que jo pràcticament no vaig tenir res molts dies que vaig fer vida normal però em va afectar dues actituds d'una d'una doctora cardìologa i del doctor que em feia l'eco que em van com renyar enfadats perquè jo no havia anat a urgències abans jo és que un dia vaig tenir una punxadeta però me'n vaig anar ja us ho he explicat vull dir que a sobre estaven enfadats ells i jo vaig estar 5 dies allà esperant que em fessin un cateterisme i el petit infarcte el vaig tenir allà mentre esperava vull dir que això també és una actitud que jo l'he sentit o sigui que diuen és que les dones no van a urgències quan tenen símptomes del cor perquè volen cuidar la casa, volen cuidar la família volen no sé què i no van a urgències i a mi em van renyar i em va afectar de veritat no tenia cap ganes que em renyessin en aquell moment.

[01:32:12:01-01:32:56:00] **BLANCA**

S perdó de fet és l'única la blanca és l'únic que jo ja us he explicat com ha sigut com mareig i llavors em fa mal l'ombro em fa mal i jo vaig tenir un dolor i justament a la dreta que sempre et diuen que és coses de l'esquerra és més quan després la gent la conxi i llavors deien o sigui que estem encassillades dintre del programa dintre del programa de les Mercè Cristina absolutament.

[01:32:56:01-01:35:56:00] **VERDE**

Albert bé jo sóc cirurgia vascular he estat 40 anys veient malalties arterials sobretot bàsicament de les cames i hi ha una correlació perquè la malaltia és la mateixa s'embussen les artèries de les cames de la mateixa manera que s'embussen les coronàries doncs sí que hi ha una certa correlació durant molts anys he vist molta més incidència de homes que de dones amb problemes a les cames i segurament aquesta mateixa diferència és amb les malalties del cor a mesura que han anat passant els anys s'han anat observant algunes coses per exemple accés a les dones a càrrecs

professionals de més responsabilitat més estrès les dones abans a la vostra edat a la vostra edat quantes dones fumaven? moltes fumaven?

(debaten entre ellos y ellas)

des dels 14 no, no, la que fumava fumava i podia fumar jo havia vist moltes més dones comes afectades de malalties circulatòries de les cames i llavors hi ha una altra cosa diferent entre un sexe i l'altre que és que tradicionalment s'ha considerat els astrògens com cardioprotectors mentre la dona tenia la regla i els astrògens funcionaven a tope doncs podia tenir altres problemes però aquests no eren tants com els homes a partir de la menopausa que els astrògens van a menys llavors comencen descalcificacions, artrosi cardiopaties, etc perquè l'efecte cardioprotector dels astrògens ha baixat ostensiblement.

[01:35:56:01-01:36:37:00] XAVIER

això t'ho he deixat dir perquè s'està acabant ja molt bé, molt bé sí que existeixen diferències algú més que vulgui explicar creieu que existeix alguna diferència entre homes i dones

però sobretot a l'hora de presentar-se a la simptomatologia o per exemple quan us parlen quan sentiu campanyes de prevenció o llegiu campanyes de prevenció o quan penseu en un símptoma quan us ve cap a l'infart en què penseu si tinguéssiu que dir un símptoma.

[01:36:37:01-01:36:48:00] LILA

El braç sempre et deien el braç i cap al coll i al braç, la idea és que quan parles d'això la gent diu cap al braç i cap aquí.

[01:36:48:01-01:37:04:00] NEGRO

jo m'ho van demanar moltes vegades si m'havia fet mal al braç i jo mai al braç no vaig tenir cap símptoma de res, només sempre aquí al pit com si m'haguessin posat una tonelada de mil quilos aquí a sobre i al braç no, mai res.

[01:37:04:01-01:37:59:00] BLANCA

jo sí que ho he preguntat casualment ah, sí? ai, doncs jo tampoc, ningú s'ho creu jo sí que he sentit de dones que han tingut infart i que diuen ah, mira, com jo, jo tampoc no, és que a més a més no ho semblava a mi talment no em semblava que tingués cap símptoma jo sí que ho he comprovat amb gent ara que és com allò quan està embarassada tot ve als panxes però ara jo, quan algú ho diu de seguida ai, sí, com et va passar? [Orador 5] ah, no, no ho vaig tenir l'esquena no, el braç no.

[01:37:59:01-01:38:09:00] XAVIER:

i algun cop havíeu llegit o havíeu vist algun lloc que, per exemple, un infart es pogués manifestar amb una molèstia digestiva amb unes nàusees malestar a la panxa, ho

havía sentit alguna vegada? però dic en campanyes de prevenció o allò que parles amb algú.

[01:38:09:01-01:38:16:00] **AMARILLA**

jo, una mare d'una criatura també tenia problemes d'això i la van portar per allò i va morir d'un infart.

[01:38:16:01-01:39:02:00] XAVIER

jo crec que podríem anar finalitzant llavors, doncs tornar-vos a agrair a tots la vostra disposició compartir la vostra experiència és molt generós, perquè a vegades és una experiència dolorosa que no sempre ve de gust compartir moltes gràcies i llavors per acabar m'agradaria que amb una o dues paraules màxim tres una frase que sigui curteta que descrivissiu una miqueta l'experiència sí, ara sí que podríem fer una miqueta penseu una miqueta i a mesura que us vagi sortint us anireu expressant.

[01:39:02:01-01:39:03:00] **AZUL**

Vida, vida.

[01:39:03:01-01:40:04:00] **LILA**

jo diria dues coses una, que ha sigut una mica teràpia i per tant trobo que entre nosaltres hem anat dient coses que potser fins i tot algunes vegades no es diuen per tant, penso que ha sigut una mica de teràpia i l'altra cos.a que m'entri al cap seria agraïment cap a vosaltres dos i cap a la tutora evidentment per tenir en consideració de fer un TFG tenint en compte la veritat dels dos sexes i que trobo que gent jove com vosaltres és una gran sort que veigueu que realment el món està així i que hagueu volgut fer aquest treball des de nosaltres, penso que en nom de tots us diria això, gràcies per pensar en això gràcies.

[01:40:10:01-01:40:47:00] **VERDE**

jo professionalment m'he esmerçat per oferir la millor atenció personal i professional als meus pacients he tingut la sort quan ho he necessitat de ser atès per uns brillantíssims professionals i us demano que com a futurs professionals seguiu aquesta noia.

[01:40:47:01-01:41:29:00] FAMARA

Yo quería comentar lo mismo que mi compañero que he estado, así como un poco de observadora y que de verdad que muchísimas gracias por la disposición que habéis tenido desde el principio que tampoco nos esperábamos como que de primera una asociación como la vuestra pues quisiera compartir vuestras experiencias así que muchas gracias.

Anexo 6. Cronograma

	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4				
1ª Tutoría																																								
Búsqueda de información																																								
Búsqueda en las bases de datos																																								
Justificación del tema																																								
2ª Tutoría																																								
Consentiment + declaración responsable																																								
Diseño del TFG																																								
Marco teórico																																								
3ª Tutoría																																								
Búsqueda personas a entrevistar																																								
Guión de entrevistas																																								
4ª Tutoría																																								
Realización entrevistas																																								
Transcripción entrevistas																																								
5ª Tutoría																																								
Análisis entrevistas																																								
Resultados + conclusiones																																								
6ª Tutoría																																								
Entrega borrador TFG																																								
Defensa TFG																																								