

Percepciones y creencias en personas que padecieron un evento coronario agudo*

Perceptions and beliefs in people that suffered an acute coronary episode

Percepções e crenças das pessoas que padeceram um evento coronário agudo

SONIA ESPERANZA ESPITIA CRUZ**, FANNY RINCÓN OSORIO***

Resumen

Utilizando un abordaje cualitativo interpretativo, se describen y analizan las percepciones y creencias que tiene un grupo de personas que padecieron un infarto agudo de miocardio, con respecto a sus hábitos de vida; se busca encontrar, desde el propio sujeto, las implicaciones que lo llevan a asumir un hábito. La muestra se constituyó con la información proporcionada por siete personas usuarias del servicio de salud de la Universidad Nacional, que fueron abordadas en dos momentos diferentes con entrevistas no estructuradas, justificadas mediante el criterio de saturación.

Del análisis se obtuvo la construcción de seis categorías y subcategorías que permitieron una descripción del fenómeno en estudio. Entre las categorías encontradas están: identidad, impacto de la experiencia, gusto, lo que hay detrás del cambio,

relaciones humanas y estrategias para conservarse sano. Posteriormente estas categorías se analizaron a la luz de los cuatro existenciales que presenta la teoría fenomenológica: cuerpo vivido, espacio vivido, tiempo vivido y relaciones humanas vividas.

Los hallazgos permiten avanzar en la comprensión del Ser, al cual se le recomienda un cambio de hábito con una visión renovada del sujeto; así se intenta construir y recuperar el acervo cultural de los procesos de salud y enfermedad tomando como punto de partida a los propios sujetos sociales y, de esta manera, poder repensar desde ópticas diferentes los enfoques de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que lleven a mejores resultados.

Palabras clave: Enfermedad coronaria, factores de riesgo, promoción y prevención, autocuidado. (Fuente: DeCS, BIREME).

* Artículo derivado de la tesis para optar al título de magíster en Enfermería con énfasis en salud cardiovascular.

** Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular, Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Enfermera UCI adultos, Clínica del Country, Bogotá. arthemisa82@hotmail.com, Bogotá, Colombia.

*** Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular y especialista en Enfermería cardiorrespiratoria, Universidad Nacional de Colombia. Profesora asociada, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. frincono@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.

Abstract

Using a qualitative and interpretative approach, the perceptions and beliefs related to lifestyle choices of a group of sufferers of acute myocardial infarctions are analyzed and described. The study tries to find, from the subject itself, the situations that make him or her pick up a habit. The sample was constituted by the information given by seven users of the health services of the National University, who were approached at two different moments with non-structured interviews, justified by the principle of saturation.

From the analysis, it was possible to build six categories and subcategories that allowed for a description of the studied incident. Amongst these categories, are: identity, impact of the experience, taste, elements behind change, human relationships and health strategies. These categories were later analyzed through the lens of four existential elements, presented by the phenomenological theory: experienced body, experienced space, experienced period and experienced human relationships.

The findings allows for advances in the comprehension of the Self, to which is recommended a change of habits, with a renewed vision of the topic. As such, the construction and retrieval of the cultural knowledge of the health-disease process from the point of view of those same social subjects is attempted. This also brings the reanalysis, from different standpoints, of several health promotion and disease prevention approaches that provide better results.

Keywords: coronary disease, risk factors , self care

Resumo

Utilizando um método qualitativo e interpretativo, foram descritas e analisadas as percepções e crenças de um grupo de pessoas que padeceram um infarto agudo do miocárdio em relação a seus hábitos, e as implicações que o levam a assumir um hábito são procuradas no sujeito mesmo. A amostra foi constituída pela informação fornecida por sete usuários do serviço de saúde da Universidade Nacional, entrevistados em dois momentos diferentes, utilizando entrevistas estruturadas e justificadas pelo critério de saturação.

Desta análise, foram construídas seis categorias e subcategorias que permitiram uma descrição do fenômeno estudado. Entre as categorias estão: identidade, impacto da experiência, gosto, razões da mudança, relações humanas e estratégias para se manter são. Estas categorias foram analisadas posteriormente à luz das quatro elementos existenciais apresentados pela teoria fenomenológica: corpo vivido, espaço vivido, tempo vivido, e relações humanas vividas.

As descobertas permitem avançar na compreensão do Ser, ao qual uma mudança de hábitos é recomendada, junto com uma visão renovada do sujeito. Desta forma, a construção e a recuperação do acervo cultural dos processos de saúde e de doença são iniciadas, utilizando os sujeitos sociais como ponto de partida e, portanto, repensar a promoção da saúde e da prevenção das doenças desde diversos pontos de vista que gerem melhores resultados.

Palavras chave: doença das coronárias, fatores de risco, autocuidado

INTRODUCCIÓN

En el quehacer de la práctica cotidiana se puede observar que la enfermedad isquémica del corazón es una de las principales causas de ingresos hospitalarios, una entidad que genera en Colombia la primera causa de mortalidad con 28.650 defunciones, cifra que sobrepasa la de homicidios (1); en el mundo alguien morirá en el próximo minuto por la misma causa a pesar de las innumerables estrategias para promocionar la salud cardiovascular.

En Colombia estos datos se relacionan directamente con el contexto en el que se sumerge la sociedad, que ha cambiado con respecto a décadas anteriores, caracterizada por el estrés con que se mueve el mundo actual, el efecto de la globalización, que motiva a estilos de vida cada vez más consumistas, un ambiente laboral exigente con jornadas amplias en que no se da espacio a la recreación y el descanso. A la vez, un alto índice de pobreza en un 45,5% y de indigencia en un 16,4% para 2009 (2), con altas tasas de desempleo y con unas condiciones socioeconómicas apremiantes, aspectos que se convierten en factores determinantes en la calidad de vida de la población, que por ende afectan la salud cardiovascular y con esto la alta prevalencia de factores de riesgo modificables como obesidad, sedentarismo, tabaquismo, etc.

En un estudio realizado por la Liga colombiana contra la enfermedad coronaria y la hipertensión (3) se concluye que el sedentarismo se ubica como principal factor de riesgo en las regiones del país, con un 47,7%, seguido por los factores metabólicos por la malnutrición (colesterol, triglicéridos y obesidad); posteriormente se ubica el tabaquismo en adultos con un 18,9%, y la prevalencia del colesterol total mayor de 240 mg/dl es del 12,7%; estos son factores de riesgo en esencia modificables.

Por otra parte, la Encuesta nacional de situación nutricional para 2005 en Colombia (4) ratifica los problemas nutricionales de la población adulta, ya que más de la tercera parte de los adultos presentan sobrepeso (35,6%) y obesidad (16,7%), lo que implica que la mitad de la población adulta (52,3%) tiene exceso de peso; de igual forma la proporción de personas que nunca hacen actividad física es del 52,7%, de manera que el sedentarismo ocupa el primer lugar entre los factores de riesgo, lo cual determina la permanencia y aumento de las enfermedades crónicas.

La OMS, en su informe de salud en el mundo para 2002 (5), motiva a adoptar políticas y programas que promuevan intervenciones en la población para reducir factores de riesgo cardiovascular, y advierte que es necesario intervenir pues los costos por estas enfermedades pueden ser muy graves. Así mismo insta a que se formulen programas y políticas que fortalezcan la buena nutrición, el fomento del ejercicio, el consumo abundante de frutas y verduras y la reducción del tabaquismo. Sin embargo, el tema de la adherencia a estilos de vida saludables o a tratamientos farmacológicos ha sido de manera constante el gran problema de los servicios de salud, el cual ha sido explorado sustancialmente mediante estudios descriptivos que han indicado incidencia, prevalencia y adherencia a los tratamientos. De igual forma, es evidente la poca información derivada de los grupos que sí han logrado resultados positivos en este tema, es decir, los que sí cambian, que sí se adhieren a los tratamientos, y los factores que determinan este comportamiento positivo desde el punto de vista de la salud.

Por esta razón, la importancia de recoger las percepciones y creencias que se relacionan con los hábitos de vida, y así recuperar las vivencias e imaginarios, para entender la mirada y las perspectivas actuales de los pacientes sobre los procesos de salud y enfermedad en una cultura que tiene matices que están por explorar con el fin de recuperar la memoria, los saberes y la experiencia de los sujetos de cuidado, como un aporte para la comprensión de los fenómenos de salud y vida dentro del paradigma de enfermería “El cuidado de la experiencia de salud humana”.

REFERENTES CONCEPTUALES

Para comprender mejor el tema, el estudio incluyó, entre otros, los planteamientos de Corin y Bibeau, citados por Pedersen (6), quienes mencionan que existen tres niveles en el nuevo paradigma de la cultura en salud: 1. Centrarse en el discurso popular. 2. Reflexionar sobre la interpretación que la gente hace de la situación de salud-enfermedad. 3. Entender la forma en que el contexto inmediato interactúa modelando y construyendo la experiencia de salud, lo que lleva a pensar que hay que replantearse nuevas formas de atención en que el acervo cultural camine de la mano con el profesional de salud.

Así mismo, desde las ciencias sociales se retoma la Teoría cognitiva social (7, p. 44), la cual enuncia los factores de cada individuo (conocimientos, actitudes, valores y creencias) como determinantes que interactúan para influir en su propio destino y establecer los límites de autodirección.

De igual forma, el Modelo de promoción de la salud, de Nola Pender, propone las bases para el estudio de cómo los individuos toman decisiones sobre su propia salud, y se plantea cómo representar la naturaleza multidimensional de las personas cuando interactúan con el medio en búsqueda de la salud (8, pp. 53-56).

Por otro lado, Granados (9) analiza el impacto de las creencias sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos y concluye que las creencias relacionadas con los síntomas son las responsables del 83% de los informes de no adherencia.

En ese mismo sentido (indagando en la experiencia de enfermar), Vargas (10) plantea seis supuestos que ayudarían a obtener mejores resultados en las conductas de promoción elegidas para el cambio: 1. Tendrían un mejor resultado en el control de factores de riesgo quienes puedan identificar los diferentes motivos que generan el deseo de vivir la experiencia de modificación. 2. Los motivos de cambio deben estar relacionados con la propia percepción de la situación en que se vive, pues solamente cada individuo puede tomar la decisión comprometido consigo mismo, sabiendo que responde a sus propios intereses, y no a razones externas. 3. Quienes logran modificar conductas de riesgo cuentan con personas significativas que los estimulan a mantener la intención de cambio. 4. Las personas que buscan en su entorno elementos que apoyen su intención de cambio logran mejores resultados porque lo conocen e interaccionan con él. 5. Con el fin de mantener la motivación y los mejores resultados se debe reconocer y motivar constantemente las conductas elegidas para el cambio. 6. Las personas que logran cambios positivos en sus conductas de riesgo y logran mantenerlos perciben en sí mismas autocontrol, que a su vez favorece la permanencia de nuevos hábitos.

Pasando al marco conceptual del análisis de la información, el presente estudio utilizó la Fenomenología interpretativa de Martín Heidegger, con los planteamientos existenciales de Van Manen.

En la fenomenología los vínculos de los datos con el conocimiento teórico se logran por medio de la reflexión,

usando literatura fenomenológica, lo que Van Manen denomina los “cuatro existenciales”: el espacio vivido (la espacialidad), el cuerpo vivido (la corporalidad), el tiempo en que se vivió (la temporalidad) y las relaciones humanas vividas (la relacionalidad), como guías para la reflexión (11-12).

Cuerpo vivido. Husserl, según Zaner, considera al cuerpo como el portador del punto de orientación cero, el órgano de la percepción, órgano sensible y órgano de voluntad. “Es el cuerpo, en tanto que existencia, el factor individualizador que nos convierte a cada uno en una particular presencia del mundo” (13).

Espacio vivido. El espacio vivido es la dimensión de la vida humana. La significación que adquiere para los seres humanos el espacio y el comportamiento que en él se desarrolla, se elabora y reelabora día a día, en virtud de una experiencia individual y social. “El espacio en que se desarrolla el comportamiento se halla condicionado a factores tales como la cultura, la clase o grupo social, los conocimientos adquiridos, el lugar de origen, sus historias de vida, etc.” (14).

Tiempo vivido. Heidegger concibió a la persona como *ser en el tiempo*. A lo que es y está en el tiempo y es así determinado por el tiempo se le llama lo temporal. Lo temporal quiere decir lo pasajero, lo que pasa o perece en el curso del tiempo. El tiempo mismo pasa; sin embargo, mientras pasa permanece como tiempo; permanecer quiere decir no desaparecer y por lo tanto estar presente. El tiempo es constitutivo del ser o existencia (15).

Relaciones humanas vividas. Cuando los seres humanos expresan y actúan en lo que ellos están comprometidos o les interesa, toman una posición sobre lo que son. Los seres humanos son y están constituidos por el conocimiento y comprensión del mundo y de las relaciones que con él se mantienen.

Las percepciones y creencias cotidianas que tiene la población alrededor de su salud, están directamente relacionadas con las actitudes y comportamientos del propio Ser en sus cuatro existenciales, en cuyo seno nacen, se mantienen o se modifican y van a determinar en las estrategias de afrontamiento y conductas generadoras de salud y enfermedad. Comprender estos aspectos favorece el establecimiento de estrategias que logren un

mayor impacto por su pertinencia y coherencia con las necesidades vividas por las personas.

OBJETIVO GENERAL

Describir las percepciones y creencias que se relacionan con la modificación de hábitos de vida para mantener la salud cardiovascular en personas que padecieron un evento coronario agudo.

METODOLOGÍA

La metodología es descriptiva, con abordaje cualitativo con enfoque fenomenológico. Descriptiva porque trata en una forma detallada de estudiar la narrativa de los sujetos que padecieron el infarto. El abordaje cualitativo estudia el fenómeno en su contexto natural, tal como sucede en la vida diaria, intentando interpretarlo de acuerdo con los significados que tiene para las personas implicadas.

Dentro de las formas de investigación cualitativa, el enfoque es fenomenológico interpretativo, el cual se ocupa de descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos (16). El fenómeno es la experiencia vivida en la modificación de hábitos de vida después de padecer el infarto.

La validación de la investigación incluyó la integridad y la veracidad en la descripción de las entrevistas a los participantes del estudio; de esta forma, después de transcribir textualmente la información obtenida en la entrevista, se le devolvió al participante con el fin de verificar y comprobar la información obtenida; posteriormente se codificó, tabuló y analizó.

Muestra

Se realizó una inmersión en la información, de manera previa con 3 personas, donde se identificaron los posibles riesgos de validez y otra serie de fenómenos que podrían debilitar el estudio. La muestra estuvo constituida por la información obtenida de 14 entrevistas no estructuradas (primera de abordaje y segunda de recabación) realizadas a 7 personas usuarias del servicio de salud Unisalud que cumplieron los criterios de inclusión en los meses de julio a diciembre de 2008, hasta lograr el criterio de saturación, es decir que a lo largo de una

o varias entrevistas se identifican los mismos códigos o categorías y no emerge información nueva.

Criterios de inclusión de los participantes:

Personas con enfermedad coronaria (diagnóstico mediante arteriografía o que hubiesen sufrido síndrome coronario agudo diagnosticado con EKG, CPK MB y tropoina) en un tiempo no menor de dos meses, registradas en la base de datos de Unisalud.

Personas que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

Análisis de información

Para el análisis de la información se transcribió y analizó cada entrevista, línea por línea, identificando los diferentes códigos del texto. De esta manera se compilaron trozos con los códigos resultantes, que guardaban patrones similares para formar categorías, y se rotularon. Estos análisis se colocaron en tablas que recogían las categorías emergentes de cada participante. Así se recogieron los análisis de todos los datos de todas las entrevistas; se buscó agrupar, comparar y contrastar, hasta el punto de expresarlos y describirlos de manera que respondieran a

una estructura sistemática, inteligible y por lo tanto significativa. Los códigos o segmentación por unidades se reunieron y formaron la categoría, resultando relevantes desde el punto de vista del interés investigativo. Las categorías se constituyeron utilizando una palabra de una idea o creando un nombre con base en un criterio unificador; se logró que al final del proceso todas las ideas estuviesen incluidas en alguna categoría.

RESULTADOS

Se analizó la información generada por la narración de 7 usuarios de Unisalud, 3 mujeres y 4 hombres, con edades entre 55 y 66 años. Todos los participantes se encontraban pensionados; su ocupación u oficio de toda la vida fue: tres profesores, una secretaria administrativa, un funcionario de servicios generales, un ingeniero eléctrico, un ama de casa; estrato social: dos personas estrato 6, dos estrato 5, dos de estrato 4 y una de estrato 2. Todos padecieron un evento coronario agudo, el más reciente hace 2 años y el más antiguo hace 6 años. Los resultados permitieron la identificación de seis categorías, que a la vez se interpretaron y agruparon a la luz de la teoría fenomenológica de los cuatro existenciales de la siguiente manera (figura 1).

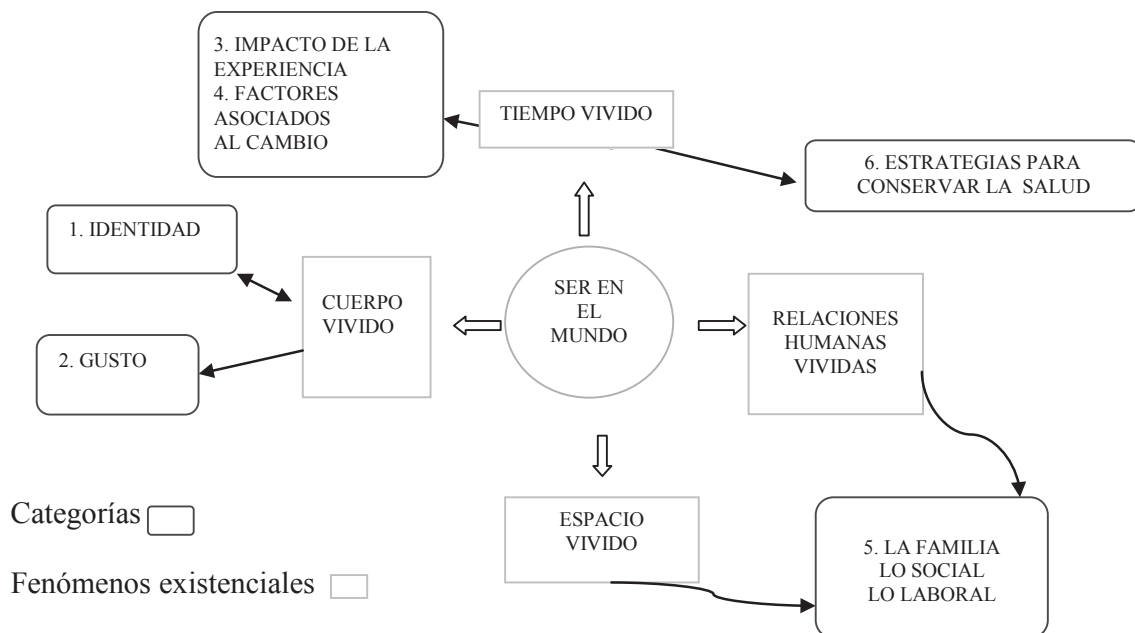


Figura 1. Interpretación de los resultados y categorías halladas relacionadas con los fenómenos existenciales de Van Manen.

Fuente: producto de la investigación "Percepciones y creencias relacionadas con la modificación de hábitos en personas que padecieron un infarto de miocardio".

Este diagrama condensa los resultados de la investigación. En el centro del cuadro aparece el *Ser en el mundo* que representa al mundo de cada participante, la persona que está presente y narra su experiencia vivida después del evento coronario. A la izquierda el fenómeno existencial Cuerpo vivido, que hace referencia a la relación existente entre las categorías encontradas 1) *identidad* y 2) *gusto* con la mirada del cuerpo del individuo (entendido de manera integral: lo físico, emocional, espiritual, etc.). Por otro lado, a la derecha se encuentra el fenómeno existencial Relaciones humanas vividas y hacia abajo el fenómeno existencial Espacio vivido (espacios donde es posible desarrollar las relaciones humanas), que se conjugan para ofrecer la perspectiva desde el otro (el contexto), que hacen parte del mundo del participante y que van a influir en la adopción de un hábito o su respectivo cambio. En relación con estos fenómenos se asocian las categorías encontradas: 3) *la familia, lo social y lo laboral* y su influencia para asumir un hábito.

Por último, hacia arriba se encuentra el fenómeno existencial tiempo vivido que se relaciona con las categorías encontradas 4) *impacto de la experiencia*, 5) *factores asociados al cambio*.

Según el análisis de la información obtenida de la experiencia de los participantes, todos y cada uno de estos aspectos influyen de manera determinante en el momento en que el individuo decide tomar un hábito para su vida, resultados que se expresan en forma de categorías, sin querer generalizar o desconocer la particularidad y unicidad de las personas, condensando lo expresado por la mayoría de narraciones del estudio. Por último se encuentra la categoría 6) *estrategias para conservar la salud*, que hace referencia a los hábitos que deciden cambiar después del infarto.

A continuación se describirá en forma detallada cada una de las categorías encontradas, su relación con el cambio de hábitos y la reagrupación e interpretación por fenómenos existenciales.

Fenómeno existencial cuerpo vivido

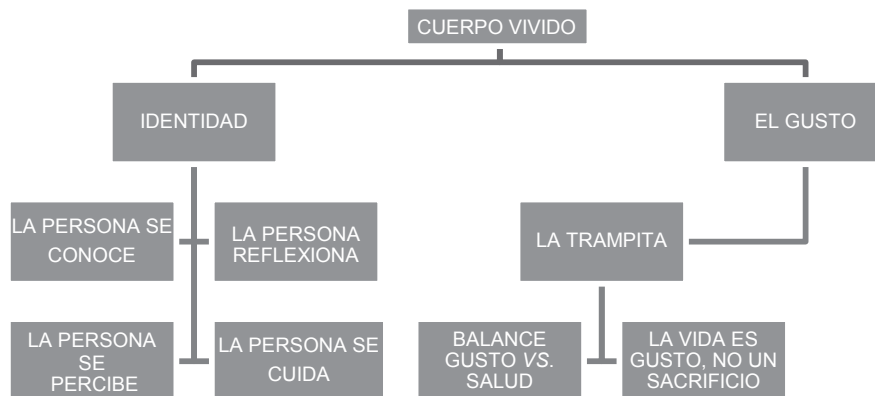


Figura 2. Relación de las categorías *identidad* y *gusto* con el fenómeno existencial cuerpo vivido.

Fuente: producto de la investigación "Percepciones y creencias relacionadas con la modificación de hábitos en personas que padecieron un infarto de miocardio".

Categoría 1: Identidad

Definición de la categoría: hace referencia a las características de Ser Corporal en el mundo; está constituida por los sentimientos, percepciones, creencias y actitudes típicos del sujeto hablante que lo identifican como único y que expresan su mundo interior.

El eje central de la categoría es la impresión aparentemente inamovible que tiene cada persona de creer que como esa es su personalidad, lo que le da fuerza a

su identidad, no se puede cambiar. Sirve de antemano como derrotero para que la persona ni siquiera contemple la posibilidad de cambio porque "yo soy así":

Entonces yo no soy la persona más disciplinada que exista... E3P8

Yo soy una persona comilona, no de gula, pero sí soy comilona, me gusta comer (disfruto con la comida). E1P2

Las subcategorías encontradas fueron: “la persona se conoce”, “se percibe”, “reflexiona”, “se autocontrola”.

En el análisis el cuerpo se vive cuando la persona se percibe, cuando reconoce sus necesidades, debilidades y gustos, cuando se identifica como Ser en el mundo por medio del “Yo soy así”.

Estas interpretaciones se vuelven tangibles cuando la persona refiere que “el cuerpo se siente bien”, “al caminar responde bien mi cuerpo”, “me siento satisfecho con el ejercicio”, “esto me está sentando mal”, o cuando percibe el efecto de los medicamentos en su cuerpo, etc. Estas afirmaciones permitirían pensar que en la medida que la persona escucha la reacción de su propio cuerpo a determinado hábito, podrá cambiarlo o modificarlo.

El cuerpo también es vivido en la medida en que se experimentan los síntomas y huellas que dejó la experiencia del infarto. Se vive ese cuerpo que ahora es más vulnerable, que ya no es el mismo de antes, que ahora debe tener más precauciones si quiere conservar la vida. En este sentido ocurre el fenómeno del tomar conciencia, el escuchar su cuerpo, un cuerpo que quizá pasaba desapercibido y que ahora se manifiesta y se siente de manera determinante. Las personas se motivan cuando los controles médicos y de laboratorios “salen bien”; es su cuerpo reflejado en un dato, en un porcentaje, y cuando estos son normales encaminan sus estrategias para seguirse cuidando.

La persona que vive su cuerpo tiene una explicación del hábito de acuerdo con la escucha de su cuerpo; solo él decidirá si comer de noche o de día, si agradar a su cuerpo y “pecar” con un dulce, si disfruta o no con las verduras, etc. El cuerpo vivido se manifiesta cuando se concientiza del cuerpo “que casi pierden” y de todos los beneficios de conservarlo sano: la libertad de movimiento, el temor a la disfuncionalidad, al ser una carga para la familia; “me cuido para que el cuerpo no se caiga y no me pese”; se elige algo que alimente de verdad, se plantea una serie de propósitos para conservar su vida que es materializada en ese cuerpo, no se trasnocha, se descansa más, ahora sí se duerme, no come mucho, no se excede en el ejercicio físico, etc. Pero también es en esa vivencia de su cuerpo cuando la persona se siente más fuerte, cuando detecta que está más recuperado y va olvidando el síntoma; es allí cuando reincide en el hábito asociado a la enfermedad.

Categoría 2: Gusto

Definición de la categoría: fuerza que motiva a experimentar una sensación agradable, que satisface el deseo y da sentido a la vida. De esta manera los participantes usaban términos como “sacarle el gusto a todo”, “me encanta”, “me fascina”, “me gusta”, “me dan ganas” “deseo hacerlo”, “es un vicio”, “es rico”, “es sabrosísimo”, “disfruto”: *“Me encantan las harinas, me encanta el pan, me encanta la papa, el arroz me fascina”, “Me gusta comer, disfruto con la comida...”* E1P2

Las subcategorías encontradas fueron “La vida es un gusto, no un sacrificio”, “La trampita”, “Balance gusto-salud”.

En el fenómeno existencial cuerpo vivido también se inserta la categoría del Gusto, donde la persona busca en todo instante que todo cuanto haga sea agradable para su cuerpo. Las personas relatan que precisamente cuando se satisface el gusto es cuando la vida adquiere sentido. Por eso mismo se le hace trampa a las imposiciones que no permiten encontrar el gusto esperado, lo cual ha sido denominado como subcategoría “la trampita”: lo que hace daño pero que es tan rico, argumenta que es difícil resistirse a las tentaciones, ya que allí subsiste “el gusto”, por lo cual se busca transgredir la norma para encontrar el placer que solicita su cuerpo.

El gusto se comporta como una fuerza que impulsa a continuar, no importa el daño, no importan las consecuencias, se busca la satisfacción de ese deseo. Este gusto va a ejercer tal influencia que va a comandar uno u otro comportamiento. Si este gusto se potencia y se orienta hacia estrategias generadoras de salud, se logra descubrir que aun “gustándole” se pueden mantener buenos hábitos. Se podría decir que el hábito ya no se asocia con una obligación o una demanda impuesta, sino que se realiza porque se desea. Esta categoría enriquece el tema ya que, en la medida en que se pueda negociar con la persona sus gustos y direccionarlos en pro de la vida sana, sin atropellar su deseo se pueden obtener mejores resultados.

Fenómeno existencial tiempo vivido

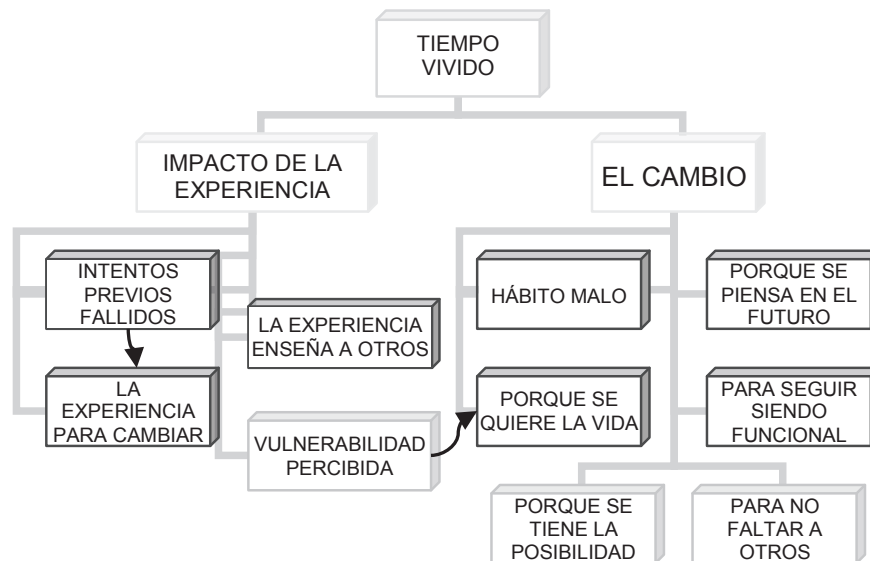


Figura 3. Relación de las categorías impacto de la experiencia y el cambio con el fenómeno existencial tiempo vivido.

Fuente: producto de la investigación "Percepciones y creencias relacionadas con la modificación de hábitos en personas que padecieron un infarto de miocardio".

Categoría 3: Impacto de la experiencia

Definición de la categoría: huella o señal que deja la experiencia de sufrir una enfermedad coronaria, con su inevitable riesgo de dolor y muerte y que es determinante para la adopción del cambio de hábitos.

Los participantes percibían la experiencia del evento agudo como una vivencia traumática que no se quiere volver a repetir por su connotación de insoportable, marcando al sujeto, que experimenta una sensación de atrapamiento en el evento que amenazó su existencia.

La persona convierte esta experiencia en un estímulo constante para mantener el hábito que se ha decidido cambiar. El hábito recién adoptado se hace más constante, rutinario y metódico cuando se recuerda la enfermedad. Así, la voluntad y el propósito se ven influenciados por la experiencia traumática:

Yo la vi cerquita, es decir lo que yo sentí fue una cosa muy horrible, una experiencia que no le deseo a nadie, no la quiero volver a sentir, inunca! E1P2

Entre las subcategorías halladas están "los intentos previos fallidos", "el grado de vulnerabilidad percibido", "la experiencia para cambiar" y "la experiencia para enseñar a otros".

Al relacionar el impacto de la experiencia con el fenómeno tiempo vivido se habla de un suceso que se vivió en un tiempo pero que sigue ahí, que dejó marcada a la persona en su presente y posiblemente en su futuro; de ese tiempo se aprenderá para cambiar. Cuando la persona recuerda la experiencia, repiensa el tiempo y los factores de riesgo que la llevaron al infarto. Los participantes consideran que la vida les ha dado otra oportunidad, que el tiempo restante deben aprovecharlo, "porque la vida es corta", "porque ya se acerca el final de su tiempo" que es su vida. Es así como el tiempo vivido es también temerle al final de la vida, es saber que el tiempo que le queda es finito. Ahora se recuerda el pasado y se mira hacia delante para prever un futuro cercano. Se piensa en el tiempo que se desaprovechó, porque "no se creía que pudiera enfermar", no se pensó en el más adelante, "no se pensó en guardar para el después", y los años cobraron su factura.

En el presente se quiere recuperar el tiempo y la salud perdida, se descansa, se dedica tiempo para sí mismo y para su familia, ahora sí se encuentran actividades familiares para compartir. El tiempo que queda adquiere más significado.

Categoría 4: Factores asociados al cambio

Definición de la categoría: se refiere a los factores determinantes que, según las percepciones de los participantes, están relacionados con el cambio y lo motivan para comprometerse con una determinada conducta:

Yo siempre pensé que yo dejaría el cigarrillo el día que el médico me dijera tiene que dejarlo. R6P5

Ahora me cuido para estar bien, para estar más días con ellos, para amarles, decirles que los quiero mucho. E4R28

Entre las subcategorías encontradas están:

Por qué se cambia: “Porque el hábito se percibe malo”, “porque ya se es más vulnerable a enfermar”, “porque se quiere la vida” y “porque se piensa en el futuro”.

Para qué se cambia: “Para no faltar a otros”, “para seguir siendo funcional”.

Factores que influyen en el cambio: “Influye tener la posibilidad de hacerlo (económica, tiempo y espacios)”. “El cambio es influido por el otro”.

Debido a la experiencia de enfermar, se insertó en un tiempo vivido que se piensa en el cambio. Las personas reconocen que “ya no tiene tanta fuerza como cuando era joven”, que ya se encuentra la fatiga, que ya no se aguanta como antes, se le teme a lo que ahora queda, los efectos de la enfermedad, en la sensación de pérdida de una parte de su corazón, el vivir con un porcentaje de funcionalidad de su corazón, ya no hay tiempo ni salud que desperdiciar, ahora solo queda cuidarse.

Así mismo consideran que para cambiar se requiere no solo de la fuerza de voluntad que los mueve a un determinado comportamiento, sino también las posibilidades económicas, familiares, situacionales y laborales que se tengan.

Fenómenos existenciales relaciones humanas vividas y espacio vivido

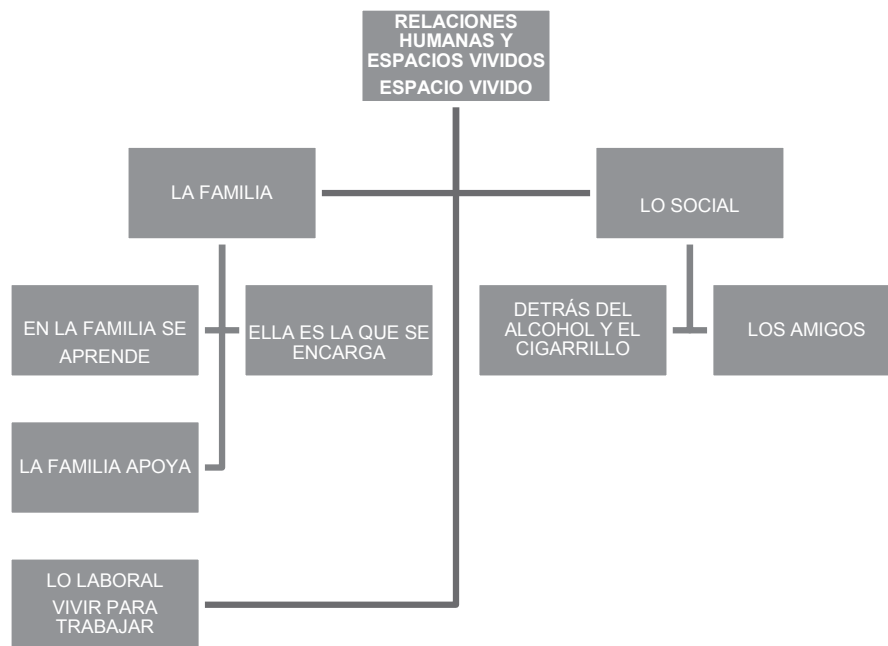


Figura 4. Relación de las categorías relaciones humanas y estrategias para conservarse sano con los fenómenos existenciales relaciones humanas vividas y espacio vivido.

Fuente: producto de la investigación “Percepciones y creencias relacionadas con la modificación de hábitos en personas que padecieron un infarto de miocardio”.

Categoría 5: Relaciones humanas y espacios vividos

Definición de la categoría: *el medio y las relaciones en las cuales se desenvuelve el participante, que influyen directamente en él y que van a incidir en sus hábitos.* En esta categoría se encuentra el apoyo familiar, lo social y el entorno laboral, y los consiguientes espacios en los que se desarrollan estas relaciones.

Las subcategorías encontradas son: “La familia apoya”, “en la familia se aprende”, “ella es la que se encarga”, “en las reuniones familiares y sociales hay riesgos”, “la bebida y el cigarrillo”, “los grupos de apoyo”, “vivir para trabajar”, “el ambiente de trabajo no ayuda mucho”.

Los participantes relacionan la influencia de la familia con la adopción de un hábito porque allí se aprende por medio del ejemplo, del practicarlo en el diario vivir. Es la familia quien está pendiente de que se consuman alimentos sanos, se haga el ejercicio, se tome los medicamentos, de reprender cuando no sigue los consejos, pero es a la misma familia a quien no se le escucha ni se le cree las recomendaciones de cambio. Estos enunciados permiten avizorar la importancia del apoyo familiar no solo en la recuperación de la salud, sino en el cuidado de la misma.

Por otro lado, las reuniones familiares y sociales se perciben como un factor de riesgo; refieren algunas prácticas propias de la celebración, donde se reúnen en torno a la comida, postres, bebida y cigarrillo, modos de celebrar aprendidos y transmitidos de una generación a otra. La persona se une a lo que el medio le ofrece para compartir esas prácticas y probablemente para no ser rechazado por el grupo, o porque es fácil caer en la tentación.

Otro aspecto que se pudo identificar del mundo de las relaciones humanas fueron los grupos de apoyo que se conformaron después de la jubilación, un grupo factor protector de hábitos. Así se encontró que las personas pertenecían a grupos de pares, convocados en torno del juego, la distracción y la escucha.

Por otra parte, las personas refirieron el trabajo como factor de riesgo que los condujo al estrés y fue decisivo para el desarrollo de su enfermedad. Manifiestan adicción al trabajo, refieren una gran carga laboral, un ambiente de exigencia y competencia impuestas por el mismo patrón. Estos abusos son aceptados por el deseo

de obtener cada vez mayor remuneración económica, y así alcanzar un mejor nivel de vida.

En las relaciones humanas vividas se marca la complicidad del Ser con el otro, es el Ser social; en los hallazgos de las narraciones se encuentra este fenómeno existencial, cuando la persona habla de su entorno y del espacio en el que se vive; este Ser que va a trabajar, que estudia, que tiene amigos y familiares, que forma parte de un grupo social, que comparte todo el sistema de vivencias e imaginarios propios de su entorno.

La presencia del otro aparece cuando la persona manifiesta querer cuidarse para estar y compartir más tiempo con sus familiares. Es allí donde se da el cambio por el otro; es por la influencia y consejo de un tercero que ocurre el cambio. El otro también aparece cuando se le cree al médico, si este lo persuade con datos reales y amenazantes, al igual que se le cree al amigo que con su ejemplo o preocupación le dice que tiene que cambiar, etc.

Los participantes consideran que los amigos (relaciones humanas) pueden servir de influencias para adoptar hábitos positivos o malos. De esta manera, cuando se aleja de los amigos de “rumba”, es más fácil no volver a tomar.

Categoría 6: Estrategias para conservarse sano. “Tratar de llevar una vida sin excesos”

Definición de la categoría: se refiere a las formas en que las personas perciben y creen que pueden optimizar su salud, después de padecer la experiencia del infarto.

Subcategorías encontradas: “El comer sano es no abusar”, “la buena alimentación es muy de la casa”, “sáquele gusto a la vida”, “yo sí hago ejercicio”, “dedicar tiempo para sí mismo y para los suyos”.

Las personas creen que las actividades de la vida diaria y salir a caminar son sinónimo de actividad física y ejercicio. Para las mujeres el ejercicio es salir a caminar y realizar compras; con ello liberan kilos de más y se distraen. Salir a caminar es todo un programa, es un gran momento del día, donde se toma el sol y se hace la digestión. Los hombres se perciben más sistemáticos, más metódicos y rigurosos, destinan un tiempo específico, saben cuántas millas correrán, realizan un ejercicio controlado según las recomendaciones.

Los participantes perciben que haciendo ejercicio se logran muchos beneficios, se liberan toxinas, se relaja la mente, aspectos que influirán en la adopción del hábito. El ejercicio también significa control de la temperatura: cuando hace frío se calientan y si hace sol se liberan toxinas y se asolean.

Después de la enfermedad, y aprovechando la jubilación, la persona decide recuperar el tiempo, ya el trabajo no representa lo más importante, ahora la persona es libre, el tiempo verdaderamente es suyo, ya no hay afán. Paradójicamente, a pesar de que supera el riesgo del estrés, se inicia en otro que es el sedentarismo. Ahora su vida es “apacible”, la persona trata de evitar al máximo el riesgo.

Antes no se permitían conciliar el sueño, ni quedaba tiempo para el descanso. Ahora logran dormir, ya no se trasnochan, y perciben la importancia del sueño reparador. Refieren que después de la experiencia de enfermar y de la jubilación existe una aspiración a la tranquilidad interior. Se despierta la importancia de valorar la vida y de reconstruir la relación con el mundo circundante al Ser. El tiempo atrás se vivió aceleradamente, con la satisfacción de necesidades basada en objetos y diferentes logros. Pero ahora es distinto, se mantiene una especial atención a la propia vivencia, los factores estresantes van quedando atrás, y su vida consiste en disfrutar los momentos.

CONCLUSIONES

En el estudio se identificaron seis categorías que hacen referencia a las percepciones y creencias que se relacionan con el cambio de hábitos. Las categorías encontradas fueron identidad, impacto de la experiencia, el gusto, factores asociados al cambio, las relaciones humanas y espacios vividos, y las estrategias para conservarse sano.

El impacto de padecer la experiencia incide de manera tan radical en la vida de las personas que el miedo y la amenaza de muerte resultante se convierten en una fuerte motivación para adoptar conductas para el cambio.

Cuando se aborde a una persona para sugerir un cambio de hábito, es necesario pensar que se está ante un ser único, con todos los componentes de su individualidad; de esta manera se atiende a la primera categoría surgida que es identidad. En esta categoría las personas

que han vivido la experiencia de padecer un infarto reconocen bien quiénes son y desarrollan diferentes capacidades para regular su comportamiento y poder tomar decisiones. Así surgieron las subcategorías la persona se conoce, la persona se percibe, la persona reflexiona y se autocontrola, la persona se cuida.

Por otro lado, al hablar de cambio de hábitos se requiere pensar en el gusto como una influencia directa en la toma de decisiones de un comportamiento. Este gusto se menciona como la fuerza que motiva a las personas a adoptar uno u otro comportamiento de acuerdo con la manera como se satisface su deseo y da sentido a su vida. De esta manera, para el profesional de salud es determinante conocer los intereses de las personas y así tener un verdadero impacto en la educación.

Se puede concluir que en los imaginarios hay motivaciones que son determinantes para cambiar: se cambia para no faltar a otros, porque se quiere la vida, porque se teme a la disfuncionalidad y no se quiere depender de nadie, porque se convence de que el hábito es nocivo, por responsabilidad con uno mismo, por capacidad de prever el futuro. Entre lo que se requiere para cambiar es posible determinar los siguientes factores: tomar conciencia, traer previamente hábitos saludables, tener los medios para hacerlo, y que otros lo convenzan.

En la adopción de un hábito se encuentra la influencia del contexto y con este la influencia del otro como agentes determinantes para el hábito. Desde esta perspectiva, las personas mencionan que el apoyo familiar, las relaciones sociales y familiares, las redes de apoyo social y el ambiente laboral influyeron y fueron definitivos para el hábito.

Quienes han sufrido el impacto del evento coronario orientan sus hábitos de vida hacia la protección de su salud; por esta razón crean estrategias para conservarse sanos: el comer sano y no abusar, la buena alimentación es muy de la casa, sacarle gusto a la vida, la relajación es muy importante, yo sí hago ejercicio, dedicar tiempo para sí mismo y para los suyos.

Los sujetos creen que el papel del personal de salud y las campañas relacionadas con la promoción de estilos de vida saludables sí influyen en la decisión de cambio, pero objetan que deben ser más reales y mostrar las complicaciones verdaderas que trae consigo el mal hábito; de alguna manera se debe atemorizar y conven-

cer al individuo de que sus prácticas son malas, para que empiece a cambiar.

Por último, al decidir un hábito la persona debe enfrentar aspectos propios de su personalidad, sus experiencias, creencias, conocimientos, que lo caracterizan como ser único, y a la vez va a tener que cargar con la influencia del contexto, que en interacción se conjugan para propiciar un comportamiento que se traduce en hábito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) DANE. Defunciones por grupos de edad y sexo según listas agrupadas CIE 6/67 [consultado 9 de marzo de 2009]. En: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/población/defunciones/2008>
- (2) DANE. Mediciones de pobreza [consultado 7 de noviembre de 2010]. En: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=430&Itemid=66
- (3) Moya LA. Factores de riesgo cardiovascular en Colombia, 1992 a 1998. *Rev. colomb. cardiol.* 1999; 7(Sup 3):268.
- (4) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta nacional de nutrición [consultado 9 de marzo de 2009]. En: <http://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/1ENSINLIBROCOMPLETO.pdf> http://www.planeacion.cundinamarca.gov.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/icbf%20situaci%C3%B3n%20nutricional%20en%20colombia_2005.pdf
- (5) Jaramillo GNI, Torres GY. Aspectos epidemiológicos y conocimiento sobre factores asociados como base para la prevención cardiocerebrovascular. En: Jaramillo GNI, editor. Factores de riesgo cardiovascular. Mitos y realidades. 2ª ed. Medellín: Clínica Las Américas; 2007. p. 17-59.
- (6) Pedersen D. La construcción cultural de la salud y enfermedad en la América Latina. En: Pinzón CCE, Suárez R, Garay G, editores. Cultura y salud en la construcción de las Américas. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura e Instituto Colombiano de Antropología; 1993.
- (7) Bandura A. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. 5ª ed. Madrid: Alianza; 1987.
- (8) Fleury J. La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular. *J. nurs. scholarsh.* 1992; 24(3):229-239.
- (9) Granados G. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Int J Clin Health Psychol.* 2007; 7(3):697-707.
- (10) Vargas E. La experiencia de modificar positivamente factores de riesgo cardiovascular. [Tesis para optar por el título de magíster en Salud cardiovascular]. Bogotá D. C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2004.
- (11) Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Cali: Universidad del Valle; 1999.
- (12) Aisenson A. Cuerpo y persona: filosofía, y psicología del cuerpo vivido. México D. F.: Fondo de Cultura Económica; 1981. p. 295-300.
- (13) Losada F. El espacio vivido. Una aproximación semiótica. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (Redalyc).* 2001; 17:271-294.
- (14) Heidegger M. Tiempo y Ser. Traducción de Manuel Garrido. Madrid: Tecnos; 2000. p. 78.
- (15) Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb. méd.* 2003; 34(3):164-167.
- (16) Leonard VW. A Heideggerian phenomenological perspective of the concept of person. In: Benner P, editor. Interpretative phenomenology. California: Sage; 1994. p. 43-63.