

# «El Infarto Nos Abrió los Ojos... Ahora Nos Queremos Más»

Manuel Rico y Alejandro Ortelli

Orc International

**E**sta es una de las expresiones recogidas del estudio Percepción de la Enfermedad Coronaria. Parecería que es necesario sufrir esa experiencia difícil y dolorosa para cuidarse más.

Los factores de riesgo asociados con el corazón no forman parte de la preocupación cotidiana. La información disponible no es persuasiva ni convincente para cambiar hábitos. En salud cardiovascular todavía se aprecian patrones de conducta pasivos en la población, que revelan el modelo de atención médica que ha prevalecido en México.

La enfermedad coronaria es una enfermedad crónica degenerativa, no transmisible, que se puede prevenir y controlar. Sus manifestaciones son: angina de pecho, infarto al miocardio o muerte súbita. Las consecuencias de la enfermedad cardiovascular van desde la invalidez temporal o permanente hasta la muerte.

Las estadísticas revelan que la cardiopatía coronaria es la primera causa de muerte. Esta enfermedad afecta al adulto desde los 35 años y de manera más significativa desde los 45. La población total crecerá, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), tan sólo 32 por ciento en los próximos 50 años. En contraste, **el grupo de edad 45 a 64 años se triplicará** en el mismo periodo y el grupo de la tercera edad crecerá de 4.3 a 27 millones.

Debido a las graves consecuencias que conlleva a la salud pública de nuestro país, es imperativo responder algunas preguntas críticas:

¿Por dónde comenzar para crear conciencia, para lograr un verdadero cambio de actitud en la población?

¿Cuáles son las barreras hacia la prevención?

Para intentar dar respuesta, el pasado mes de marzo se llevó a cabo el segundo **Seminario Consultivo de Prevención Cardiovascular**. Entre otras, surgieron diversas conclusiones que a continuación comentaremos.

Es una epidemia que se extiende entre la población mexicana. Esto se debe a que el estilo de vida de los mexicanos se ha modificado: cambio de dieta y una vida más sedentaria.

El escenario de crecimiento acelerado de la demanda de servicios médicos para la atención de estos padecimientos tendrá como consecuencia que la capacidad de las instituciones de salud para dar atención podría estar desbordada y los costos serían inalcanzables.

Practicar una angioplastia coronaria cuesta aproximadamente 150 mil pesos mientras que la operación de corazón llamada revascularización coronaria oscila de 250 mil a 300 mil. Cada día resultará más difícil afrontar este gasto que repercute en el presupuesto familiar y de las instituciones públicas de salud que todos pagamos.

Esta enfermedad afecta a las personas durante la etapa productiva de sus vidas, por lo general cuando la familia está formada y es imprescindible el apoyo económico del jefe del hogar. Así dentro de los costos de atención, se deben considerar los costos por incapacidad o muerte que conllevan la familia y la sociedad en su conjunto. Es necesario fomentar la conciencia de que el costo de la prevención es significativamente menor al costo de su tratamiento.

Se requiere “toda una cultura por adoptar, para proteger al corazón”. Aunque la fórmula es corta, llevarla a cabo, hacerla a la medida y lograr que sea asimilada en los hábitos higiénicos del estilo de vida cotidiano en todos y cada uno, es lo que toma gran esfuerzo...”lo indicado es el camino de la persuasión”.

Se estima que cada año enferman gravemente del corazón más de 200 mil personas adultas y mueren alrededor de 50 mil esto es una defunción cada 10 minutos.

## Estudio de Salud Cardiovascular

El año pasado se realizó el Estudio de Percepción de la Enfermedad Coronaria. El estudio revela las

diversas opiniones de la población hacia la enfermedad coronaria y los factores de riesgo. Con el objeto de validar algunas hipótesis se realizó un segundo estudio que permitiera dimensionar el conocimiento, la percepción y el riesgo hacia la cardiopatía isquémica en términos estadísticos.

La primera fase del estudio, la cualitativa, se realizó con la finalidad de obtener información de la fuente primaria sobre la percepción de la enfermedad coronaria y sus factores de riesgo. Dicho estudio se realizó con pacientes post infarto, con sus familiares y con población de riesgo. Este primer estudio fue exploratorio y permitió generar hipótesis. De hecho buscó ir más allá, al encuentro con los sujetos sociales, sus creencias, mitos y emociones alrededor del padecimiento. A continuación se enumeran los principales resultados.

### Los conceptos de salud y enfermedad

La salud no es necesariamente la ausencia de síntomas. La salud se asocia con la capacidad de realizar actividades

“... si mis hijos están bien yo lo estoy, son el motor de mi vida”

“...estar sano es tener trabajo, disfrutar de los placeres de la vida”

Estar sano no se relaciona únicamente con el individuo sino con su entorno.

En contraste, para las personas que sufrieron un infarto, tener salud se asocia con la posibilidad de seguir vivos. Estar sano gira más en torno al sujeto y no tanto al medio que lo rodea.

### El concepto enfermedad del corazón

La enfermedad es percibida como discapacidad. Las limitaciones que esta impone y la incapacidad para realizar actividades van acompañadas de una pérdida en la calidad de vida. El enfermo del corazón es considerado como una persona limitada.

En contraste, los pacientes post infarto distinguen una serie de beneficios que no son percibidos por los demás. Las percepciones que tiene cada uno de los grupos se contraponen. El enfermo del corazón es una persona que, gracias a la enfermedad ha mejorado su calidad de vida en el aspecto emocional:

“...nos queremos más que antes, la enfermedad nos abrió los ojos”

“...somos más responsables y más conscientes de lo que tenemos”

Si bien hay limitaciones en algunas actividades que desarrollaban antes de enfermarse, se perciben beneficios relacionados con la enfermedad cardiovascular:

- Unión familiar
- Más atención por parte de la familia.
- Mejor cuidado personal

### Dinámica entre el paciente cardíaco y sus familiares

Los familiares de enfermos cardíacos se consideran más “sensibilizados” hacia la enfermedad coronaria, esto los lleva a “prestar” más atención a la información relacionada con el tema, como las medidas preventivas, la alimentación, el consumo de tabaco, etc.

La familia se cuida más. Tener un familiar enfermo es someterse, ellos mismos, al tratamiento:

“... A mi niña de dos años la cuido más, ya no le doy tanto huevo...”

A partir de la enfermedad de uno de sus miembros, la dinámica familiar cambia. Surge la solidaridad con el enfermo y se crea un ambiente de apoyo.

“...se unió más la familia, hubo un acercamiento muy bonito dentro de la casa”.

### Percepción de los factores de riesgo

Hay una gran coincidencia, tanto en hombres como en mujeres, en la identificación de muchos de los factores de riesgo que provocan la enfermedad coronaria. Entre las principales causas que provocan el infarto se tienen las siguientes:

- Malos hábitos
  - Colesterol y mala alimentación
  - Sedentarismo
  - Tabaquismo
- Enfermedades preexistentes
  - Diabetes
  - Presión arterial alta
- Estrés

- Falta de información
- La atención médica

Sin embargo, existen marcadas diferencias por sexo en relación a algunos de ellos. Las mujeres destacan la influencia de ciertos factores en el origen de las enfermedades cardíacas:

- Carencia de amor a ellas mismas y del entorno
- Mayor responsabilidades en la vida, por ejemplo, después de un divorcio
- Las hormonas
- El exceso de confianza

En los hombres también se atribuyen como causas de los problemas del corazón a las siguientes

- La situación económica
- La falta de empleo
- La negación de la posibilidad “...a mi no me va a pasar”
- Los excesos
- La ignorancia

### **Colesterol y mala alimentación**

La relación entre colesterol y hábitos alimenticios es muy estrecha. La gente habla de un colesterol bueno y un colesterol malo pero no conocen mucho acerca del tema.

La alimentación es el mejor ejemplo de cómo los factores familiares y culturales influyen en el cuidado de la salud. Si bien se reconoce que el exceso de grasa y los abusos en la comida diaria no son buenos, la tendencia, tanto en hombres como en mujeres, es comer para llenarse, no importa tanto la calidad de la comida sino la cantidad.

Se reconoce que comer grasa en exceso puede provocar que el colesterol se eleve. Sin embargo la comida es considerada como una fuente de placer, lo “sabroso” se contrapone directamente a lo saludable.

### **Sedentarismo**

Se marcó la diferencia entre hacer ejercicio y la actividad física.

La actividad física está más relacionada a las actividades cotidianas. Esta no favorece la prevención de enfermedades del corazón, en tanto son las actividades que se pueden realizar en la casa como lim-

piar, bajar o subir escaleras o en la oficina caminar de un lugar al otro.

Existe la creencia, sobre todo en sujetos que no han padecido la enfermedad, que la actividad física, en tanto actividad del cuerpo, movimiento del mismo serviría para evitar el sedentarismo. En cambio, el ejercicio favorece al buen funcionamiento del corazón y se asocia con prevenir la enfermedad con una actividad placentera:

“... es un tiempo que te das para ti”

Pero se reconoce que el exceso en el ejercicio puede traer consigo problemas cardíacos, y se resalta la dificultad de realizarlo por falta de tiempo.

### **Tabaquismo**

Los participantes manifestaron lo difícil que es dejar el hábito del tabaco. Se asocia con un “vicio” y como tal se reconoce la dificultad para abandonar el consumo. De los distintos factores de riesgo, el consumo de tabaco aparece como el hábito más difícil de modificar.

La percepción es que existe mayor riesgo para los pulmones que para el corazón. No se advierte una relación directa entre tabaco y cardiopatía. La gente que fuma, primero piensa que le va a dar cáncer antes que un infarto.

### **Diabetes**

Se percibe que la diabetes está influida por los siguientes factores:

Hereditarios.

- El sedentarismo y la alimentación rica en azúcares.
- Se asoció con el aumento de azúcar en la sangre.
- Asimismo, se identifica que la diabetes afecta a los riñones y la vista. Al igual que el tabaquismo, no se advierte una relación directa entre la diabetes y el corazón.

### **Presión arterial alta**

Espontáneamente, la presión arterial alta (hipertensión) se asocia con un mayor esfuerzo del corazón. Especialmente se relaciona con los siguientes conceptos:

- Sal
- Tabaco
- Obesidad
- Alcohol

Es una enfermedad que no produce síntomas. La gente puede padecerla y no ser consciente de ello:

“...te das cuenta cuando te tomas la presión”

### **Estrés**

Se diferenciaron hábitos o costumbres que se pueden abandonar o modificar, como el dejar de fumar, hacer más ejercicio, etc., pero el estrés supera a las personas. Es el único factor de riesgo que no se puede manejar.

Existe la creencia, entre las mujeres, que las personas que trabajan tienen más problemas con el estrés. Sin embargo para los hombres, tener estrés es no tener trabajo o que el sueldo no sea suficiente.

“En mi casa tengo unos lobos que si no les doy de comer, te comen, es difícil evitar el estrés”

### **Falta de información**

Entre personas que sufrieron la enfermedad encontramos dos posturas:

- La información estaba disponible pero no le daban importancia, o
- No había información.

Sin embargo, a partir de la enfermedad se le presta más atención a la información, pero es insuficiente.

Los familiares se consideran más “sensibilizados” hacia la enfermedad y prestan más atención a la información y al auto cuidado de la familia.

Las personas con factores de riesgo reconocen que la información es insuficiente y la recibida no se toma en cuenta.

### **La atención médica**

Se consulta al médico solamente cuando la salud física se siente amenazada, la cual se relaciona directamente con la aparición de síntomas.

El primer contacto que se realiza con los servicios de salud es el médico general. Él es la puerta de entrada

con el especialista.

“...depende todo del médico general porque es él que te manda con el especialista”.

Se percibe al médico general como un profesional poco capacitado para la detección de enfermedades cardiovasculares:

“... A mi me dijeron que el dolor era muscular, pero era un infarto”

“..yo me fui a hacer un chequeo, pero como no tenía síntomas el doctor me dijo que me fuera”

Lo anterior refleja lo conflictivo de la relación médico general – paciente.

Ser escuchado por el médico influye de manera determinante en la prevención de enfermedades.

### **Percepción de la prevención**

Prevención fue relacionado con actividades que no se deben hacer, como comer grasa o no fumar, y también con cosas que sí se deberían realizar como hacerse un chequeo, hacer ejercicio, tomar medicamentos y quererse a si mismo.

Se identificaron dos posturas referidas a la prevención:

Es posible prevenir una cardiopatía si se crea conciencia por medio de campañas.

Es muy difícil prevenir en tanto los mexicanos somos personas “*tercas y necias*” que no podemos cambiar nuestros malos hábitos.

El no tener una idea precisa acerca de la causalidad del infarto provoca una idea difusa. Tanto en hombres como en mujeres, existe la creencia de que aún quienes llevan una vida sana; hacen deporte, no fuman y no comen grasa en exceso, pueden sufrir un infarto.

La educación familiar y la cultura también son barreras para la prevención, para el cuidado de la salud. En una sesión de grupo, una mujer de 39 años, profesionalista, mencionó que nunca se había hecho el papnicolau porque “...mi mamá me dijo que no tenía caso que me lo haga, era agresivo para la mujer”.

## Conclusiones

El estudio pone de manifiesto características culturales y personales que hacen que la población no tome medidas preventivas y de cuidado, que se pueden interpretar como barreras:

Incongruencia, tener información y no hacerle caso.

Dieta, creencia que con sólo modificar la dieta van a evitar problemas del corazón.

La enfermedad esta presente tanto en los niveles socioeconómicos alto y bajo.

Negación de la posibilidad, “*a mi no me va a pasar*”.

Falta de información.

Tradición familiar en relación a los factores de riesgo.

La ausencia de síntomas relacionados con los factores de riesgo (colesterol elevado en sangre, presión arterial alta, sedentarismo, etc.)

Asimismo, la aparición de problemas cardiovasculares se atribuye a múltiples factores, sin embargo, los motivos o causas no son claras. Si bien se manifiesta que la prevención cardiovascular es posible, se percibe que es difícil la modificación de hábitos por diversos motivos: culturales, familiares, personales, etc.

Del presente estudio surgen una serie de reflexiones e interrogantes:

En el cuidado de la salud de la población evaluada predomina una escasa cultura preventiva.

Se consulta al médico solamente cuando la salud física se siente amenazada, bajo la presencia de síntomas claros de la enfermedad. Existe la creencia de que el corazón no duele. Los síntomas de un posible problema cardiovascular son asociados con fuertes dolores en el pecho o un brazo.

Para los grupos evaluados, los motivos o las causas no están bien definidas:

¿Por qué personas que llevaban una vida sana se enferman del corazón?

Desde esta postura, la cardiopatía no tiene un desarrollo preciso, ocurre, aún en personas que llevan una vida sana.

Se percibe una aceptación fatalista de la enfermedad, de sus causas y de sus consecuencias.

La causalidad estaría situada fuera de mi “*intención de enfermarme*”, se transfiere la responsabilidad a una causa externa a la voluntad del individuo.

Pero aún quedan preguntas por responder

¿Cómo se jerarquizan las barreras de la prevención? ... ¿Cuáles son las más importantes?... ¿Cuáles son las que más impactan en la no prevención?

¿Son generalizables a toda la población estas barreras?... ¿O son diferenciales por grupos poblacionales?

¿Qué caracteriza a los segmentos más susceptibles a la prevención? ... ¿De qué tamaño son? ... ¿Cómo hay que dirigirse a la población para lograr un verdadero cambio de actitud?

¿Cuál es el estado de salud de la población? y ¿Cómo influye la presencia de hipertensión, diabetes o colesterol elevado en la prevención del infarto?

Estas preguntas se investigaron en la Encuesta de Factores de Riesgo y su Percepción, y serán analizadas en una publicación posterior.

ORC INTERNATIONAL apoya el bienestar social desarrollando proyectos que permitan detonar programas nacionales de prevención. Esto ha sido posible gracias al apoyo de la SOCIEDAD MEXICANA DE CARDIOLOGIA.

Los autores agradecen al Dr. Rafael Chávez Domínguez y al Dr. Jorge Ramírez su opinión y autorización para utilizar en forma preliminar parte del material de la línea de investigación “Modelo Innovador de Investigación Sociomédica” que desarrollan conjuntamente con ORC INTERNATIONAL para la Sociedad Mexicana de Cardiología y el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Adicionalmente, al Dr. Daniel Trejo Tapia por su participación en la investigación y la gestión del grant.

### Metodología.

Se reclutaron 5 grupos en la Ciudad de México, con los siguientes perfiles:

Sexo	Edad	NSE	Características
Mujeres	35 a 60	C	Pacientes post infarto
Hombres	35 a 60	C	Pacientes post infarto
Mujeres	35 a 60	C	Población con riesgo
Hombres	35 a 60	C	Población con riesgo
Mixto	35 a 60	C	Familiares de pacientes post infarto

Se realizaron 10 entrevistas a profundidad con médicos cardiólogos. Ninguno de ellos pertenece al Instituto Nacional de Cardiología.



# MEM RIAS

Nada como haber asistido...  
pero si no le fue posible, ponemos a su disposición  
las memorias de nuestros seminarios:

**VIII Seminario de  
Actualización Profesional**  
Ciudad de México Agosto 2001

**VII Seminario de  
Actualización Profesional**  
Ciudad de México Agosto 2000

**VI Seminario de  
Actualización Profesional**  
Ciudad de México Agosto 1999

**II Seminario de  
Opinión Pública:  
Ética, Calidad e Impacto en las  
Encuestas Electorales**  
Ciudad de México Junio 1999

# TOSCHI

marketing resources

*Estrategias y alternativas  
para la toma de decisión  
en Marketing*

● *Investigación Cualitativa  
de Mercados*

## TECNICAS

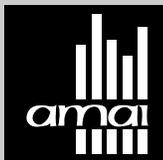
Macrosesiones  
Microsesiones  
Sesiones Clínicas  
Sesiones ad hoc  
Entrevistas individual  
en profundidad

## ESTUDIOS

Imagen  
Posicionamiento  
Publicidad  
Prueba de Productos  
y Empaques  
Desarrollos Turísticos  
e Inmobiliarios

Río Pánuco No. 55 Despachos 901-902 (entre R. Rhu y R. Sena)  
Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 México D.F.  
Tels: (52-5)1705-69-32 / 705-32-30 Fax: (52-5)531-69-79  
Internet: [toschi@spin.com.mx](mailto:toschi@spin.com.mx)

# ¡ Anúnciense en !



DATOS  
DIAGNOSTICOS  
TENDENCIAS

Un medio dirigido a gente como  
**Usted**

➔ Ventas: 5545-1465