

CREENCIAS Y PERCEPCIONES DE LOS CUIDADORES, FORMALES E INFORMALES, DEL ENFERMO EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Autores

Roig Tortajada C. *; Juncà Campdepadrós, C**; Merino Gómez, O*; Ortigosa Sasot, L ***; Cazorla Roca, M ***; Monegal Ferran M.**** Gomez Palomar M.J. *****;

RESUMEN

Los individuos forman parte de varios grupos a la vez, en primer lugar del familiar y en segundo de todos los demás. La capacidad de cuidado de familiares y profesionales sanitarios así como su credibilidad como promotores de la salud estarán relacionadas con sus creencias y conocimientos sobre la enfermedad.

El objetivo fue conocer las creencias y percepciones de los familiares y personal sanitario con relación a las causas, consecuencias y manejo de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria, en 4 Hospitales de la Provincia de Barcelona.

MUESTRA 57 familiares de pacientes ingresados por un primer evento coronario, 65 enfermeras y 38 médicos que estaban trabajando en un momento determinado en todos los turnos y servicios donde se atendían enfermos de cardiopatía isquémica. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS Vs 9.0.1

RESULTADOS

El 72 % de los familiares opinaban que el paciente realizaba una dieta grasa. No hacen suficiente ejercicio un 78%. Había vivido un suceso importante en los últimos tres años un 61%. Se sentían capaces de cuidar a su familiar un 66%.

No se han observado diferencias entre las opiniones de enfermeras y médicos ni entre los diferentes Hospitales. El paciente es el máximo responsable del control de su enfermedad.

Este proyecto estuvo financiado por la Sociedad Española de Cardiología y por la Universitat de Barcelona.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica · Educación sanitaria · Creencias y percepciones · Familiares. Enfermeras · Médicos · Prevención secundaria.

Believes and perceptions of professional and non professional caregivers of patients from Ischemic Cardiopathy

Individuals belong to different groups at the same time, first of all the family until the second place all the others. Their ability to care (professionals and family caregivers) and their credibility as health promoters is related to their believes and knowledge of the sickness.

The aim was to know the believes and perceptions of the caregiver personal (professional and familiar) related to their causes, consequences and use of the risk factors of coronary illness in four hospitals of the province of Barcelona.

Sample.

57 family caregivers of patients who suffer form heart attack for the first time, 65 nurses and 38 doctors that were working in every time table and service where patients from ischemic cardiopathy were treated. We use SPSS v. 9.0.1 programme to analyse the data.

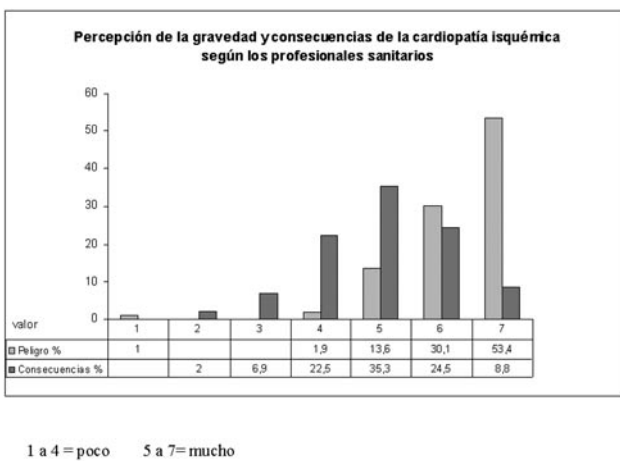
Results.

The 72% of the familiars thought that the patients made a rich diet. The 78% thought that they didn't do enough exercise. The 61% had suffer a very important event in the last three years. 66% thought they were able to take care of the familiar. No differences had been observed between the opinions of nurses and doctors, neither among the different hospitals. The patient is the maximum responsible of the control of his illness. This project has been granted by the Spanish Society of Cardiology and by the Barcelona University.

Key words: ischemic cardiopathy · health education · believes and perceptions · caregivers · familiars · nurses · doctors · secondary prevention.

(Rev Enferm Cardiol 2003; 29:30-34)

Tabla 1



Introducción

La enfermedad cardiovascular es responsable de más del 40% de la mortalidad en los países desarrollados, generando además una alta morbilidad con gran repercusión social y económica. La Cardiopatía isquémica (CI) es su manifestación más frecuente. (1)

Trabajos clínicos y epidemiológicos han mostrado que los principales factores de riesgo modificables de esta enfermedad se pueden prevenir o controlar y están vinculados al estilo de vida, a la alimentación, al sedentarismo y a la obesidad abdominal. (2,3,4,5)

Numerosos trabajos publicados en los últimos años sobre pacientes que han sufrido un primer evento coronario, han demostrado mejor adherencia al tratamiento, mayor readaptación socio-laboral, así como mayor calidad de vida cuando el nivel de información y educación era superior y estaba planificado. (6,7,8)

A lo largo de la última década nuevas evidencias científicas apoyan claramente el papel de las intervenciones preventivas en el mantenimiento de la salud y se ha conseguido enfocar la gran necesidad de atención y esfuerzos sobre la prevención cardiovascular. (9,10,11,12)

Diferentes estudios hacen referencia a que el abandono del tratamiento puede ser debido a algún déficit en la transmisión de la información por parte de los profesionales y al hecho de no tener en cuenta las necesidades sentidas por los pacientes en el proceso educativo ni su capacidad de comprensión. (13,14,15,16,17,18,19)

La Asociación Española de Enfermería en Cardiología, como promotora de la salud cardiovascular de la población identificó que sólo en algunos centros hospitalarios, se seguía un programa de Educación Sanitaria (ES) pero incluso en esos, la coordinación entre los profesionales del Hospital y los de la Atención Primaria era prácticamente inexistente y se planteó constituir un grupo de trabajo con el fin de elaborar un programa de Educación Sanitaria para el enfermo coronario que fuera el marco mínimo de referencia de la enfermería cardiológica, que empezará en el Hospital y pudiera continuarse extrahospitalariamente.

El enfermo no vive su situación completamente solo ni a veces es él el único responsable de su proceso de salud, forma parte de un núcleo familiar que ostenta una parte importante del cuidado. Las representaciones y creencias de estos familiares pueden ser un factor importante a la hora de promover los cambios.

La capacidad de cuidado de familiares y profesionales sanitarios, así como su credibilidad como promotores de la salud, estará relacionada con sus creencias y conocimientos sobre la enfermedad. Ellos no promoverán una modificación de hábitos si no están convencidos de que se deben cambiar. Un familiar fumador tendrá poca credibilidad a la hora de favorecer cambios positivos con relación al tabaco

El primer evento coronario que ha sufrido el paciente es la primera manifestación de una enfermedad crónica. Corregir los factores de riesgo de la CI conlleva un cambio de vida. La enfermedad obliga muchas veces a reajustes importantes, que son cuestionados rápidamente, una vez superada la fase inicial del proceso y estabilizada la situación.

La educación sanitaria (ES) debería empezar en la escuela y ser materia de reflexión permanente, sin embargo es en momentos puntuales cuando esta implantación aparece como prioritaria. Una vez sufrido el primer evento coronario se plantea la necesidad de apelar a la ES como herramienta para la prevención secundaria. Sin embargo no podemos olvidar que el paciente pasa de una protección sanitaria a otra y en cada una de ellas encontrará personal sanitario, por tanto la posición de estos profesionales será clave.

La educación sanitaria es entre otras cosas un acto comunicativo, por lo tanto en él aparece un emisor un receptor y un mensaje que puede estar protocolizado o no.

En el mensaje protocolizado el profesional adecua su información, según un esquema previo, pero es poco probable que sus palabras estén completamente diseñadas de antemano, y así en múltiples ocasiones la información que da parte de lo que él mismo opina al respecto. Según esto incidirá en mayor o menor medida en aquellos aspectos que le parezcan importantes y según su criterio.

Para que un programa de educación sea efectivo es necesario que se dirija a la consecución de objetivos específicos y modificables sin perder de vista el enfoque holístico basado en las necesidades de la comunidad. Debe planificarse, establecer indicadores, ser evaluable y modificable.

El objetivo de este trabajo ha sido realizar un análisis de la situación de salud de la población en estudio a fin de conocer cuales eran las creencias y percepciones de los enfermos, del personal sanitario y de los familiares que ostentaban el principal soporte de cuidado del paciente, con relación a las causas, consecuencias y manejo de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria.

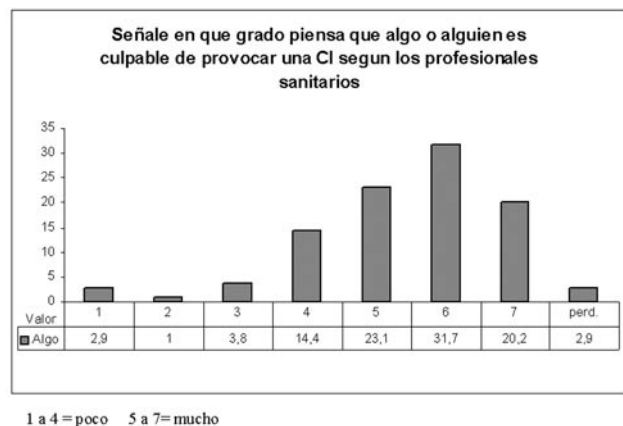
Nuestra hipótesis era que los pacientes tienen sus propias representaciones y creencias sobre su enfermedad, etiología, curso, tratamiento y pronóstico y es posible que el modelo explicativo que elaboren sea diferente del que tienen los profesionales de la salud.

En este trabajo presentamos sólo los resultados correspondientes a familiares y profesionales sanitarios.

Material y metodo

Se realizaron dos estudios descriptivos y observacionales en cuatro centros hospitalarios de la provincia de Barcelona: Hospital Universitario Vall d'Hebron, Hospital Clinic i Provincial, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Hospital Parc Taulí.

Tabla 2



Para el **Estudio de las creencias y percepciones de los familiares** se obtuvo una muestra de conveniencia. Fueron 57 familiares de pacientes ingresados por un primer evento coronario. Los enfermos debían cumplir los requisitos de inclusión: Menores de 80 años, sin historia previa de cardiopatía isquémica y sin alteración sensorial.

A todos ellos se les realizó una entrevista estructurada con un cuestionario de 94 ítems, antes del alta hospitalaria. El cuestionario constaba de preguntas cerradas y preguntas abiertas con escalas de diferente gradación que debía contestar el familiar responsable. Se realizó previamente una prueba piloto.

Las escalas tenían una gradación de 1 a 7 (1 mínimo y 7 máximo). Para disminuir la dispersión, se agruparon por categorías de 1 a 4 poco, de 5 a 7 mucho. En relación a la encuesta sobre la alimentación, el consumo de grasas se consideró leve cuando era inferior a 5 raciones semanales, moderado de 5 a 8 y excesivo si era superior a 8. Si sólo tomaba una ración al mes no se consideraba apreciable.

Para el **Estudio de la percepción y creencias de los profesionales sanitarios** se obtuvo una muestra de 65 enfermeras y 38 médicos. Se pasó un cuestionario a todos los profesionales que estaban trabajando en un día concreto, en todos los turnos y servicios, donde se atendían enfermos portadores de Cardiopatía Isquémica en los 4 Hospitales. El grado de participación fue del 100%.

El cuestionario se repartió y se recogió en el mismo día previa información de los objetivos generales, constaba de 11 preguntas cerradas con escalas de diferente gradación y una abierta. Para ambos análisis de datos se utilizó el programa informático SPSS vs 9.0.1.

Resultados

Resultados de las opiniones de los familiares sobre los enfermos.

El 23% de las entrevistas correspondían a familiares de enfermos portadores de angina y el 77% de infarto agudo de miocardio (IAM)

El principal *soporte durante la enfermedad* era el cónyuge en el 72% de los casos. En cuanto al *soporte económico de la unidad familiar* era el paciente en el 38% de los casos, el familiar entrevistado en el 14% y conjuntamente familiar y enfermo en el 34%

Nivel académico del familiar	Act. laboral del enfermo
Hasta EGB	72%
No trabajaban	56%
Grado medio	15%
Jornada de 6 a 10 horas	33%
Grado superior	13%
Más de 11 horas	11%

Se indagó si el familiar conocía el grado de responsabilidad de cada uno de los *factores de riesgo clásicos* responsables de la CI que afectaban a su familiar y sabían que tenían:

- Hipercolesterolemia 56%.
- Hipertensión arterial 44%.

Diabetes:

- El familiar sabía que era diabético 25%.
- El familiar pensaba que no estaba controlado 34%.

Con relación a la dieta el 72% decía que su familiar hacía una dieta buena o muy buena, al 63% le preocupaba el exceso de peso del enfermo.

Tabaco:

- Al familiar le preocupan los efectos nocivos 95%.
- El enfermo fuma 39%.
- <10 cigarrillos/día 39%.
- entre 10 y 20 cigarrillos/día 22%.
- >20 cigarrillos/día 39%.

Alcohol:

- No le preocupa el consumo 87%.
- Creen que deberían beber menos 13%.

Actividad física:

- No hace suficiente ejercicio 78%.
- Por falta de tiempo 34%.
- Por cansancio 23%.
- No le gusta 23%.
- Forma física buena 37%.
- Forma física regular 54%.

Descanso:

- Duerme de 6 a 8 horas 54%.
- Menos de 6 horas 20%.

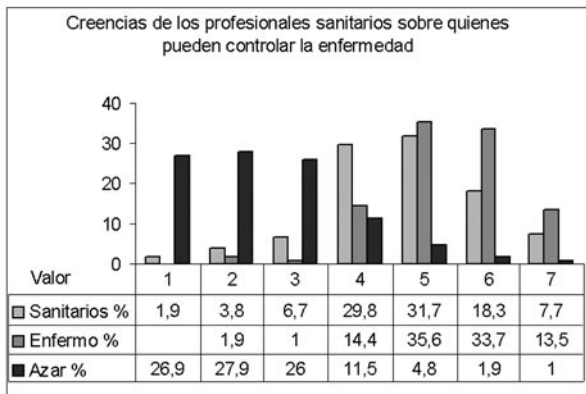
En general consideraban que *la salud previa* al evento era:

- buena o muy buena 39%.
- regular 54%.
- Mala 7%.

El 64% opinaba que el *estilo de vida previo* al accidente era satisfactorio. Con relación a los posibles *desencadenantes* del suceso coronario, el familiar opinaba que:

- Había vivido un suceso importante en los últimos 3 años 61%.
- Este suceso era la causa de la enfermedad 63%.
- Aumento de estrés en los últimos 6 meses 59%.

Tabla 3



El 56% de los familiares opinaba que se podía encontrar algo o alguien como responsable del proceso.

El 85% de los encuestados sabía definir la enfermedad de su familiar en opinión de la enfermera entrevistadora.

El último aspecto estudiado era la percepción de su capacidad de cuidado. Los familiares creían que el control de la enfermedad dependía de ellos en primer lugar seguido de los profesionales sanitarios y del azar como factor imprevisible, en tercero.

Al preguntarles si tenían suficiente información para cuidar

- Tenían suficiente información para cuidar 47%
- Se sentían capaces de cuidar 66%

El cambio que les parecía más difícil de inducir era:

1º Dieta - 2º Tabaco - 3º Ejercicio físico

El 51% de los familiares opinaba que el problema de salud afectaría las actividades habituales del enfermo.

Al preguntarles si durante la estancia habían recibido suficiente información un 30% decía que no.

Resultados de las opiniones de los profesionales

Analizados los datos no se han visto diferencias entre los Centros ni entre estamentos de profesionales por lo que se han contabilizado conjuntamente.

Categorías profesionales

- Enfermeras plantilla 55 Médicos staff 25
- Enfermeras correturnos 10 Médicos residentes 13

Se preguntó en que medida creían que la CI representaba un peligro para la salud y también en qué grado creían que la CI afectaba las actividades cotidianas. Ver resultados en tabla 1

A la pregunta de: en que grado pensaban que algo o alguien era culpable de la CI. Según los resultados de la tabla 2, un 77% de los profesionales creía que algo o alguien era responsable de la enfermedad.

Asimismo se investigó de quien creían que dependía el control de la enfermedad. Ver resultados en tabla 3

Para valorar la dificultad en el control de la enfermedad se exploró en qué medida creían que el enfermo disponía de información suficiente y capacidad de autocuidado. Tabla 4.

Al preguntarles ¿qué causas considera que pueden provocar la enfermedad? El abanico de respuestas fue tan amplio que fue imposible una tabulación.

Según los profesionales los factores de riesgo o estilos de

vida más difíciles de modificar eran:

- Todos los aspectos 40%.
- Tabaco 32%.
- Dieta 27,5%.

Discusión

Estudio de los familiares

Los familiares relacionaban los factores de riesgo clásicos como predisponentes de la enfermedad y atribuían a distintos factores el desencadenante del primer evento. El 85% de los encuestados sabía definir la enfermedad de su familiar, en opinión de la enfermera entrevistadora.

En relación a la dieta aunque el 72% de los familiares opinaban que el enfermo seguía una dieta buena una vez indagado el tipo de alimentación se vio que en el 83% de los casos la dieta era grasa. Esta discrepancia es un indicador del desfase entre la realidad percibida y la realidad actuada. Muchas son las derivaciones que se pueden extraer de este hecho y cuya reflexión nos ha llevado a revisar una parte de nuestro estudio.

De la revisión metodológica extraemos que queda pendiente para nuevos estudios el categorizar convenientemente a esos cuidadores informales, su rol dentro de la unidad familiar así como su historia de salud con el fin de caracterizar los diferentes tipos de cuidadores informales y poder relacionar estos grupos con una percepción mejor o peor ajustada a la realidad de la patología.

Estudio de los profesionales

Al valorar la gravedad y las consecuencias de la CI, la hemos considerado como un ente único obviando los diferentes grados de la misma. que son en realidad fundamentales en el pronóstico de la enfermedad.

En cuanto a los factores predisponentes los profesionales apelan a otros factores no identificados como clásicos. Entre otros estrés emocional por pérdida de trabajo, separaciones, pérdida de un familiar o cambio de domicilio.

En cuanto a los factores desencadenantes, familiares y profesionales coinciden en que es posible hallar algún factor externo como desencadenante de la enfermedad

En el estudio de las percepciones de los enfermos, el 27% opinaba que el control de la enfermedad dependía del azar. Si este 27% se encuentra con el 8% de los profesionales que opinan lo mismo, el paciente no tendrá elementos que le permitan modificar sus creencias.

Tabla 4



1 a 4 = poco 5 a 7 = mucho

Conclusiones

Estudio de los familiares

Los familiares sabían definir el problema de salud en un 85% de los casos.

Relacionaban el desencadenante con un suceso puntual el 61%.

Ingerían una dieta grasa el 83% de los enfermos. El 72% de los familiares consideraba que era una dieta buena o muy buena.

Opinaban que el control de la enfermedad dependía de los familiares en primer lugar seguido del sistema sanitario.

Los cambios de hábitos que creían más difíciles de conseguir eran: en primer lugar la dieta seguida del hábito tabáquico y del ejercicio físico.

Estudio de los profesionales

El paciente es el máximo responsable del control de su enfermedad.

El profesional considera al paciente capaz de autocuidarse.

El profesional cree que ocupa el segundo lugar en cuanto al control de la enfermedad.

Las causas responsables de la Cardiopatía Isquémica para los profesionales son más amplias que las consideradas como clásicas.

Resumen

Los individuos forman parte de varios grupos a la vez, en primer lugar del familiar y en segundo de todos los demás. La capacidad de cuidado de familiares y profesionales sanitarios así como su credibilidad como promotores de la salud esta-

rán relacionadas con sus creencias y conocimientos sobre la enfermedad.

El objetivo fue conocer las creencias y percepciones de los familiares y personal sanitario en relación a las causas, consecuencias y manejo de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria, en 4 Hospitales de la Provincia de Barcelona.

Muestra

57 familiares de pacientes ingresados por un primer evento coronario, 65 enfermeras y 38 médicos que estaban trabajando en un momento determinado en todos los turnos y servicios donde se atendían enfermos portadores de cardiopatía isquémica. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS Vs 9.0.1

Resultados

- El 72 % de los familiares opinaban que el paciente realizaba una dieta grasa.
- No hacen suficiente ejercicio un 78%.
- Había vivido un suceso importante en los últimos tres años un 61%.
- Se sentían capaces de cuidar a su familiar un 66%.
- No se han observado diferencias entre las opiniones de enfermeras y médicos ni entre los diferentes Hospitales.
- El paciente es el máximo responsable del control de su enfermedad.

Este proyecto estuvo financiado por la Sociedad Española de Cardiología y por la Universitat de Barcelona.

Dirección correspondencia

M.^a Carmen Roig Tortajada
C/. Rivero, 50 bajo - Barcelona 08032
E-mail: carmentr@encardio.zzn.com

Referencias Bibliográficas

1. García Almagro F J; Pinar Bermúdez E; López-Palop R; Valdés Chavarri N: Arterioesclerosis. *Medicine* 2001 8 (43). 2267-2273
2. Breslow L, Enstrom: "Persistence of health habits and their relationships to mortality" 1980 *Preven. Med.* 9: 469-83
3. Berkman LF, Breslow L: "Health and ways of living" The Alameda County Study. 1983 Oxford University Press.
4. Viley A, Camacho TC: "Life-style and future health: Evidence from the Alameda Study" 1980 *Preven. Med.* 9 : 1.21
5. Briggs L.M: "Sexual healing: caring for patients recovering from myocardial infarction" *Br-J-Nurs.* Sep 1994, 8-21; 3 (16): 837-42
6. Rokkwell JM, Riegel B: "Predictors of self care in persons with heart failure" *Heart lung* 2001; 30(1): 18-25
7. Agarwal M, Dalal AK, Agarwal RK: "Positive life orientation and recovery from myocardial infarction. *Soc-Sci-Medi.* Enero 1995; 40 (1) 125-130
8. Modolo MA: "Educación Sanitaria, comportamiento y participación" *Il pensiero Scientifico Roma* 1979 14-33
9. Murray CJL & Lopez AD: "Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 - 2020. *Global Burden of disease Study*" *Lancet* 1997; 349: 1498-1504
10. Consell Assessor de la Conferència Internacional sobre Salut cardiovascular. "La declaració de Victoria". Victoria (Canadá) 28 mayo de 1992. Ed. Generalitat de Catalunya. Dep. de Sanitat i Seguretat Social Barcelona 1992
11. Consell Assessor de la segunda Conferencia Internacional sobre Salud cardiovascular. "La delaració de Catalunya". Barcelona 1 de junio de 1995. Ed. Generalitat de Catalunya. Dep. de Sanitat i Seguretat Social Barcelona 1995
12. The Singapur Declaration 1998. Singapore National Heart Association
13. Lloyd-Jones, DM, Larson MG, Beises A, et al: "Life-time risk of developing coronary Heart disease", *Lancet*, 1999: 353-89
14. Micale Foody, J. *Cardiología preventiva "estrategias para la prevención y el tratamiento de la Cardiopatía Isquémica"* J&C Ediciones médicas S.L. Barcelona 2002
15. Labrie PM, Lafond JS: "Sexuality and cardiopathies" *Can - Nurse* 1991 jun; 87 (6): 34-5
16. Jones C, "Sexual activity after myocardial infarction" *Nurs - Stand*, 1992 aug 19 - 25; 6 (48) : 25 - 28
17. Bar-On-D, Gilutz H, Maymon T. Et als.: "Long term prognosis if low-risk, post myocardial infarction: the importance of subjective perception of disease" *Eur-Heart. J Dec* 12994: 15 (12=: 1611 - 1615
18. Wang W.W. "the educational needs of myocardial infarction" *Prog-Cardiovasc-Nurs.* Febrero 1994; 9 (4): 28 - 36
19. Sharpe PA, Clark NM, Canz NK: "Differences in the impact and management of heart disease between older women and men" *Women Health* 1991; 17 (2): 25 - 43