



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Factores socioculturales asociados a enfermedad
cardiovascular en los pacientes del consultorio de
cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho 2017**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

AUTOR

Myrella Luisa ACHATA GUERRA

ASESOR

Juana Elena DURAND BARRETO

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

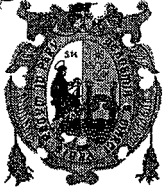
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Achata M. Factores socioculturales asociados a enfermedad cardiovascular en los pacientes del consultorio de cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho 2017 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.

900



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANO DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

7(R)
56
2012

LICENCIADA (O) : ACHATA GUERRA MYRELLA LUISA ✓

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2017" ✓

ESPECIALIDAD : ENFERMERIA CARDIOLOGICA ✓

Lima, 06 de julio de 2017 ✓

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA CARDIOLOGÍA, ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

16 (DIECISEIS)

LIC. EVA BERRIOS PACHECO



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANO DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado

LIC. CARMEN ROSA DEL CARMEN RAMOS
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora

Mary

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO
DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JUAN
DE LURIGANCHO
2017**

Agradezco a Dios por ser nuestra luz y guía, por darnos su amor y derramar su bendición en nuestras vidas.

A mis padres porque han sido mi apoyo incondicional en todos los ámbitos de mi vida, a mis Esposo por darme el ánimo de seguir, y a mis hijos Salvador e Ivanna por ser mi propósito de superación.

Agradezco a las autoridades del Hospital San Juan de Lurigancho por brindar las facilidades para realizar el estudio; y a los pacientes que acuden al consultorio de cardiología por su participación en la culminación del presente trabajo de investigación.

INDICE	PÁG.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vi
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación del Problema	7
1.3. Objetivos	7
1.4. Justificación	7
1.5. Propósito	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base Teórica	14
2.3. Definición operacional de términos	59
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Nivel, Tipo y Método	60
3.2. Lugar de Estudio	60
3.3. Población de Estudio	61
3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión	61
3.5. Técnica e instrumento de Recolección de Datos	61
3.6. Proceso de Análisis e Interpretación de la información	62
3.7. Consideraciones Éticas	62
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	63
4.2. Discusión	67
CAPITULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones	76
5.2. Recomendaciones	77
5.3. Limitaciones	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		PÁG.
1	Factores Socioculturales asociados a Enfermedad Cardiovascular en los pacientes del consultorio de cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho. 2017. Lima - Perú.	64
2	Factores Sociales asociados a Enfermedad Cardiovascular en los pacientes del consultorio de cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho. 2017. Lima - Perú.	65
3	Factores Culturales asociados a Enfermedad Cardiovascular en los pacientes del consultorio de cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho. 2017. Lima - Perú.	66

RESUMEN

Autor : Myrella Luisa Achata Guerra

Asesor(a) : Juana Elena Durand Barreto

El objetivo del presente estudio fue determinar los factores socioculturales asociados a enfermedad cardiovascular en los pacientes del consultorio de cardiología del hospital San Juan de Lurigancho. **Material y Método:** El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario de 26 ítems aplicado previo consentimiento informado. **Resultados:** Del 100% (40), 53%(21) tienen presente los factores socioculturales y 47%(19) ausente. En cuanto a los factores sociales 62% (25) está presente y 38%(15) ausente mientras en el factor cultural 55%(22) está presente y 45%(18) ausente. **Conclusiones:** Todos los participantes tienen factores socioculturales asociados en mayor o menor número; siendo el nivel económico bajo el indicador más predominante, limitando la cantidad de bienes y servicios que pueda adquirir el paciente para satisfacer necesidades de protección de la salud.

Palabras Claves: Factores Socioculturales, Enfermedad Cardiovascular, Hospital San Juan de Lurigancho.

SUMMARY

Author: Myrella Luisa Achata Guerra

Advisor: Juana Elena Durand Barreto

According to the World Health Organization, cardiovascular diseases are among the leading causes of death worldwide; Whose origin is multifactorial, and, therefore, it is necessary to identify the sociocultural factors associated with them, to prevent them or to improve the quality of life of the vulnerable people. In the present investigation, risk factors were taken into account according to social and cultural determinants. The objective of the study was to determine the sociocultural factors associated with cardiovascular disease in patients at the cardiology clinic of the San Juan de Lurigancho Hospital. Material and Method: Application level, quantitative approach and cross-sectional descriptive method. The population consisted of 40 patients who met the inclusion criteria; The 26-item questionnaire was applied through an interview. Results: It was obtained that of 100% (40), 53% (21) have socio-cultural factors present and 47% (19) absent; Of which 62% (25) social factors and 55% (22) associated cultural factors. Conclusions: All participants have associated sociocultural factors in a greater or lesser number; Being the economic level under the most predominant indicator, limiting the amount of goods and services that the patient can acquire to satisfy health protection needs.

Key Words: Sociocultural Factors, Cardiovascular Disease, Hospital San Juan de Lurigancho.

PRESENTACION

Las Enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. “Se calcula que en el 2004 murieron por esta causa 17,1 millones de personas, lo cual representa un 29% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,2 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 5,7 millones a los AVC”.⁽¹⁾

Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y AVC, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte.⁽²⁾

Perú, un país en vías de desarrollo, no es diferente en este perfil. “De acuerdo a los estudios realizados por la Sociedad Peruana de Cardiología (Tornasol), la primera causa de mortalidad en el Perú son las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, arritmias), seguidas de las enfermedades neoplásicas, las infecciones respiratorias y digestivas, los accidentes y la violencia”.⁽³⁾

De otro lado, se conoce que las enfermedades cardiovasculares (ECV) tienen una serie de factores de riesgo individuales como el colesterol alto, dieta malsana, el consumo de tabaco, la inactividad física, la presión arterial alta, obesidad, las disposiciones genéticas, entre otros. Sin embargo, los factores de riesgo convencionales no pueden predecir completamente la incidencia de la enfermedad coronaria. Cada vez es más evidente que existen otros factores de riesgo como los sociales, culturales y los de carácter laboral, por lo

tanto, es importante que se realicen estudios epidemiológicos para conocer su realidad y tomar medidas de prevención y control.

En nuestro país no se dispone de un estudio epidemiológico sobre los factores socioculturales asociados a la enfermedad cardiovascular. Algunos estudios aislados fueron realizados en pequeñas áreas con variados conceptos cuantitativos y diferentes metodologías.

El presente estudio titulado Factores Socioculturales asociados a Enfermedad Cardiovascular en los pacientes del Consultorio de Cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho tuvo como objetivo determinar los factores sociales y culturales relacionados a dicha enfermedad. Con el propósito de fortalecer los programas y estrategias, que permitan en coordinación con su equipo multidisciplinario desarrollar actividades preventivo-promocionales a los grupos de riesgo y contribuir de esta manera a lograr cambios en el comportamiento de los pacientes con ECV.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 SITUACION PROBLEMATICA

Debido al desarrollo alcanzado por la humanidad en todos los campos del saber, así como en la aplicación de estos conocimientos en la sociedad y gracias al auge logrado por la medicina, tanto en el campo curativo como preventivo, se ha podido eliminar como principal causa de muerte las enfermedades de tipo infeccioso. Sin embargo, otras afecciones han ocupado los primeros lugares como causa de muerte, entre las cuales corresponde el primer lugar a las enfermedades cardiovasculares (ECV).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial; se calcula que en el 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa el 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria y 6,2 millones a Accidentes Cerebrovasculares.⁽⁴⁾

Las enfermedades cardiovasculares son la causa número uno de muerte prematura en América, con 31% de todas las muertes.” Se calcula que en 2015 morirán cerca de 20 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte en Latinoamérica”⁽⁵⁾

A nivel nacional la mortalidad en el año 2000, se debió a las enfermedades del aparato circulatorio, las cuales se encuentran entre las primeras causas de muerte con un 18.2% de las muertes registradas, afectando principalmente a las personas de 50 y más años. “Dentro de las enfermedades circulatorias, las de mayor incidencia se encuentran las Isquémicas del corazón, que en la década del 1990 al 2000 registró un incremento del 41,9%” ⁽⁶⁾. “Asimismo, del 100% de las muertes registradas por enfermedades isquémicas del corazón, el sexo masculino es afectado con un 58% y el femenino con el 42%. De todas las muertes registradas a nivel nacional, cerca de la tercera parte corresponden al departamento de Lima” ⁽⁷⁾.

En múltiples estudios se ha identificado una lista de factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, los cuales se agrupan en dos grandes categorías: no modificables como edad, sexo masculino y antecedentes de cardiopatía; y los potencialmente modificables como tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes, obesidad, sedentarismo y consumo de tabaco y alcohol. Sin dejar de considerar los múltiples factores etiopatogénicos de las enfermedades cardiovasculares, los factores sociales y culturales recobran importancia.

El hombre como miembro de una colectividad depende para su relación salud – enfermedad de las condiciones de vida en el hogar, en el trabajo, en la escuela y en las diferentes formas que en su sistema de relación le obliga a actuar⁽⁸⁾. En efecto es posible apreciar que las enfermedades cardiovasculares tienen una patología individual y otra social, y todas presentan relaciones con los factores sociales y culturales; en dos sentidos: influencia de

estos factores sobre la enfermedad y repercusión de ésta sobre el grupo social; es por esto que se requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo tradicionales con los socioculturales para el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular.

En este contexto, el desafío, en el sector salud, sería balancear sus acciones y recursos para orientarlos no solo al tratamiento de los casos diagnosticados con alguna enfermedad cardiovascular, sino también a organizar los esfuerzos de la sociedad para modificar los determinantes sociales de la salud. Esto último presupone desarrollar acciones de salud pública coordinadas.

Por otro lado, en los últimos 50 años, la población peruana ha tenido un crecimiento de aproximadamente 20 millones de personas, en especial de los adultos y adultos mayores, de los cuales, un gran porcentaje (76% aproximadamente) vive en las zonas urbanas.⁽⁹⁾

El Hospital San Juan de Lurigancho es el único hospital del Ministerio de la Salud en el distrito y siendo considerado el de mayor población en Sudamérica, cuya población sobrepasa el millón de habitantes (1069566 hab.) con características pluriculturales, y en donde la mayoría pertenece a estratos sociales bajos y de extrema pobreza. Según los datos estadísticos el número de atenciones en el año 2010 fue de 1626 pacientes y en el primer semestre del 2011 fue de 2062 pacientes, además el 1.6 % de muertes se debe a causa de las enfermedades cardiovasculares.⁽¹⁰⁾

Durante algunas conversaciones sostenidas con ellos, manifestaron que “los exámenes que me indica el Dr. son muy caros, no me alcanza el dinero”, “cuando me siento mal, no hago caso; y si me

molesta mucho, voy a la farmacia para que me den algo y que me pase rápido”, “en los hospitales hay mucha gente, tendría que dejar de trabajar y luego de donde cómo”, “un par de veces me dijeron que mi presión estaba alta, lo que pasa es que soy nervioso y por eso sale así”, “no creo que mi enfermedad sea tan grave”.

También afirman: “Comemos cuando se puede, no tenemos un horario fijo”, “a veces almorzamos a la 2, otros días, a las 5 de la tarde”, “cuando es tarde, solo hay un lugar donde venden y tenemos que comer lo que hay, muchas veces solo alcanzo a las frituras”, “para matar el hambre tengo que comprar en la calle”. “Todos los días tomo, aunque sea un litro de gaseosa”. “Terminando de trabajar, tengo poco tiempo para ver a mi familia o hacer otras cosas, como jugar mi partido”, “me gustaría estudiar algo, pero no tenemos apoyo ni de la empresa ni del Estado”.

En nuestro medio ha sido poco investigado los factores sociales y culturales asociados a las enfermedades cardiovasculares, por ello, el presente trabajo plantea un abordaje diferente al situar el problema en una población con características particulares, intentando identificar los factores sociales y culturales presentes en ellos para que desarrollen una o varias de las enfermedades cardiovasculares.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se decidió realizar las siguientes preguntas ¿Puede influir el tipo de trabajo de paciente en el desarrollo de enfermedad cardiovascular? ¿Cómo son los hábitos de vida del paciente? ¿Cómo es su alimentación? ¿Realizan actividad física regularmente? ¿El trabajo que realizan es

estresante? ¿Están en sus estilos de vida asistir regularmente a un establecimiento de salud para un control médico periódico

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los Factores Socioculturales asociados a la Enfermedad cardiovascular en los pacientes del consultorio de Cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho - 2017?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores socioculturales asociados a enfermedad cardiovascular en los pacientes del consultorio de cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los factores sociales en los pacientes con enfermedad cardiovascular.
- Identificar los factores culturales en los pacientes con enfermedad cardiovascular.

1.4. JUSTIFICACION:

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una aportación muy destacada a la mortalidad en nuestro país y una fuente importante de discapacidad contribuyendo en gran medida al

aumento de los costos del sistema sanitario. Las ECV representan una carga social y sanitaria de primera magnitud, motivada además por los costos sanitarios directos e indirectos, por la pérdida de años potenciales de vida productiva y por la discapacidad que la presentación de estos eventos condiciona en la calidad de vida de los individuos. ⁽¹¹⁾

Por tanto, la determinación de los factores sociales y culturales asociados a la ECV; constituiría la base para dar paso a programas de intervención de enfermería en prevención primaria y secundaria sobre modificación del estilo de vida; generando por lo tanto cambios en el comportamiento de los pacientes y por ende mejorar su autocuidado; lo cual a su vez contribuiría en una importante reducción de la tasa de morbimortalidad cardiovascular y la demanda de los servicios de salud.

1.5 **PROPOSITO:**

Con los resultados hallados en este estudio se brindará información actualizada a las autoridades correspondientes, así como al Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Lurigancho para la elaboración de proyectos de mejora en la atención del paciente con ECV. Contribuir al conocimiento de enfermería y proveer información de base para futuros programas educativos para la salud dirigido al paciente cardiovascular y su familia a fin de promover la adopción de una cultura de prevención y estilos de vida saludable.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

Al realizar la revisión de los antecedentes del estudio se encontraron algunos relacionados:

A NIVEL INTERNACIONAL

Gonzales Griselda, Grau María, Muñoz Miguel A., Martí Ruth, Sanz Héctor, Sala Joan, Masía Rafael y otros; el 2009 en España realizaron un estudio titulado: “*Posición Socioeconómica a Infarto Agudo de Miocardio*”. El objetivo fue analizar la relación entre la posición socioeconómica, sus diferentes indicadores y el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM), y determinar si ésta era independiente de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El estudio fue caso-control apareado por edad, sexo y año de reclutamiento. La posición socioeconómica se determinó por el nivel de estudios y la clase social basada en ocupación. Las conclusiones a las que llegaron fueron que:

Al analizar la relación entre diferentes indicadores de PSE y IAM se observó que en general estos dos indicadores están muy correlacionados, aunque la clase social basada en ocupación y riesgo de IAM no presentaba un gradiente lineal tan claro como lo observado con la variable nivel de estudios. Estos resultados son relevantes e indican que además de los factores de riesgo clásicos puede haber otros factores relacionados con el nivel de estudios que pueden explicar el exceso de riesgo de las clases más desfavorecidas. Entre estos factores se podrían incluir el estrés laboral, familiar o financiero, la clase social del padre y otras determinantes sociales de salud como el ambiente físico y social. Los

resultados del estudio indican especialmente que, en el grupo de población con estudios primarios, la ECV también está relacionada con determinantes sociales que incluyen las desigualdades sociales relacionadas con los ingresos económicos, la marginación social, la inseguridad laboral, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades para la educación.⁽¹²⁾

Ferrante Daniel, Virgolini Mario; el 2005, en Argentina realizaron un estudio titulado: *“Prevalencia de factores de riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en el Argentina”*. El mismo tuvo como objetivo describir la prevalencia de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la Argentina y su asociación con características socios demográficos. Los resultados evidenciaron:

Baja actividad física 46.2%, consumo de tabaco 33.4% 18 a 64 años y 29.7% en adultos, presión arterial elevada 34.4%, sobrepeso –obesidad 49.1%, bajo consumo de frutas y verduras 35.3%, diabetes 11.95, colesterol elevado 27.8%, consumo de alcohol 9.6%. Para casi todos los factores de riesgo evaluados se observó mayor prevalencia en la población de menores ingresos con necesidades básicas insatisfechas y menos nivel educativo.⁽¹³⁾

Castro Pablo, Verdejo Hugo, Garcés Eduardo, Concepción Roberto, Sepúlveda Luis, Lanás Fernando, Rossel Víctor, Llevaneras Silvana, Vukasovic José Luis. En el año 2009, en Chile realizaron un estudio titulado: *“Influencia de factores socio-culturales en la evolución alejada de pacientes con insuficiencia cardíaca”*. Cuyo objetivo fue evaluar el impacto de los factores socioculturales (SC) en las características del cuidado de la insuficiencia cardíaca (IC) y la evolución post alta en pacientes admitidos con diagnóstico de IC descompensada a hospitales del registro ICARO en el período 2006-2008. El método fue el registro prospectivo de 14 hospitales y se incorporaron en forma consecutiva pacientes admitidos con el diagnóstico de IC descompensada entre enero 2006 y mayo 2008. Las conclusiones a la que llegaron fueron:

La población con IC y menor nivel SC y edad avanzada constituye un grupo especialmente vulnerable. Los resultados ponen en evidencia la necesidad de intervenciones destinadas a asegurar accesos igualitarios a las prestaciones de salud e implementar estrategias para mejorar la adherencia a las guías de tratamiento de la IC.⁽¹⁴⁾

Marmot MG, Smith, y otros. En el año 1967 en Londres realizaron un estudio titulado: *Estudio Whitehall II. “Las desigualdades sociales en salud entre los funcionarios públicos británicos”*. Teniendo como objetivo investigar las relaciones entre el trabajo, el estrés y la salud. El estudio fue longitudinal, y examinó la salud de 10.308 funcionarios. Las conclusiones a la que llegaron fueron:

Existe una asociación inversa entre grado (nivel) del empleo y la mortalidad por enfermedades del corazón y una gran variedad de otras causas. Los hombres en la categoría más baja (mensajeros, porteros, etc.) tuvo una tasa tres veces mayor de mortalidad que los hombres en el grado más alto (los administradores). A través de este estudio Whitehall II se relacionó el clima laboral, la jerarquía en el centro de labores; específicamente el grado en el empleo con el desarrollo o mortalidad por enfermedad cardiovascular. Los investigadores concluyeron que “más atención se debe prestar a los ambientes sociales, al sistema de trabajo, y a las consecuencias de la desigualdad de la renta.”⁽¹⁵⁾

Hernández Escolar Jacqueline, Herazo Beltrán Yaneth y Valero V. María; en el año 2010, en Colombia realizaron un estudio sobre *“Frecuencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria joven”*. Cuyo objetivo fue estimar la frecuencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria joven en Cartagena. El estudio fue de corte transversal en 301 estudiantes de una Universidad de la ciudad de Cartagena. Entre las conclusiones a las que llegaron fue:

El 34,2 % de los estudiantes encuestados presentaron alteración del Índice de Masa corporal. El 64,1 % registraron

inactividad física y 23,9 % de los estudiantes encuestados fuma. Se encontraron diferencias estadísticamente significantes en los análisis por género, niveles de actividad física, consumo de tabaco y niveles del colesterol HDL y de triglicéridos. Los factores de riesgo para enfermedad cardiovasculares analizados en la población joven de este estudio muestran patrones similares a los de la región en donde existe evidencia de transición epidemiológica y demográfica. Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar modelos de promoción y prevención oportunos que permitan reducir la carga de enfermedad y muerte asociadas con enfermedades crónicas. ⁽¹⁶⁾

A NIVEL NACIONAL

Segura Vega Luis, Agustín Regulo, Parodi Ramírez José e investigadores, en el 2006, realizaron un trabajo denominado: “Factores de *Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú*”; cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia y control de los factores de riesgo cardiovascular en las 26 ciudades más importantes del Perú que incluyen todos los departamentos, evaluar la relación que tienen estos factores con nuestra geografía dividida en tres regiones, costa, sierra y selva, así como en los niveles socioeconómicos y educativos. Estudio de tipo descriptivo y corte transversal, con un muestreo aleatorio de la población mayor de 18 años de ambos sexos, con un mínimo de 500 sujetos por cada ciudad. Los resultados de esta investigación fueron:

La prevalencia de hipertensión arterial en el Perú es 23.7%; hipercolesterolemia 10%; Diabetes 3.3%; fumadores 26.1%, Obesidad 11.4%, Sobrepeso 34.6%; en relación a la Actividad deportiva el 56.8% de la población no realiza deportes. Por ello, se demuestra, lo que en epidemiología es conocido, que los factores de riesgo cardiovascular varían de una población a otra, dependiendo de caracteres étnicos, culturales, migratorios, hábitos, costumbres, estado socioeconómico, calidad de vida, y en nuestro medio las regiones geográficas y las grandes alturas son factores relativos. ⁽¹⁷⁾

Christian Neciosup Orrego en el año 2014, realizó una investigación

Titulado: “Factores asociados al no tratamiento de enfermedades cardiovasculares en personas mayores de 40 años. Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011. Lima – Perú”; su objetivo fue identificar los factores asociados al no tratamiento en personas mayores de 40 años con enfermedades cardiovasculares en el Perú en el año 2011. El estudio fue de tipo transversal, donde se concluye que:

Se encontró que 6770 personas presentaban ECV de los cuales el 51% no reciben tratamiento para la enfermedad, además se encontró que el sexo (OR= 1.1), edad (OR=0.5), grado de instrucción (OR=1.3), quintil de pobreza (OR=1.2), número de miembros familiares (OR=1.1), actividad diaria (OR=0.7), consumo de frituras (OR=1.3) y aseguramiento (OR=0.6) están asociados al no tratamiento de la ECV. Se concluye que el sexo, la edad, el grado de instrucción, el quintil de pobreza, el número de miembros familiares, la actividad diaria, el consumo de frituras y el aseguramiento están asociados con el no tratamiento de la ECV⁽¹⁸⁾

Diana Evelyn Barrera Chuquiarque; en el año 2014, realizó un estudio titulado: “Factores de Riesgo para Enfermedades Cardiovasculares según los Determinantes de la salud presentes en los Choferes de Transporte Público”; el cual tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo cardiovascular según determinantes de la salud en los choferes de transporte público. El estudio fue de tipo cuantitativo de nivel aplicativo que utilizó el método descriptivo de corte transversal. Los resultados y conclusiones a la que llegó el autor fue:

Se obtuvo que 54% de los factores encontrados pertenecieron a la dimensión estilos de vida, 28% de Biología Humana, 11% del Sistema Sanitario y el 7% del Medio Ambiente. Las conclusiones a las que se llegó son que todos los participantes tienen factores de riesgo en mayor o menor número, siendo la más resaltante la dimensión de los Estilos de vida ya que tienen una fuerte influencia en las enfermedades cardiovasculares y porque es posible modificar estos hábitos.⁽¹⁹⁾

Por los antecedentes expuestos se puede evidenciar que los trabajos de investigación han permitido estructurar la base teórica y la metodología, siendo importante llevar a cabo el estudio a fin de que con los hallazgos permita elaborar programas de educación para la salud contribuyendo a mejorar su estilo de vida y calidad de vida en el paciente con enfermedad cardiovascular.

2.2 BASE TEÓRICA

GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

CONCEPTO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. La denominación “enfermedades cardiovasculares” es utilizada para agrupar distintos tipos de enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos (arterias y venas). Dicha expresión describe cualquier padecimiento que comprometa al sistema cardiovascular, es comúnmente utilizado para referirse a la arterosclerosis. Estas patologías poseen causas, mecanismos, y tratamientos afines.

EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares son altamente prevalentes y es la causa más frecuente de muerte en las diferentes regiones del mundo, aunque esa mortalidad muestra una tendencia decreciente en los países desarrollados, aumenta en los países emergentes, como el nuestro, a medida que disminuye la prevalencia de enfermedades infecciosas o por desnutrición. La enfermedad cardiovascular se ha

convertido en una epidemia no transmisible que genera un preocupante alto costo directo e indirecto. ⁽²⁰⁾

En el 2011, de las seis primeras causas de mortalidad a nivel nacional, tres de ellas están relacionadas a las patologías cardiovasculares ⁽²¹⁾ las cuales son: Enfermedad Isquémica del Corazón, Cerebrovasculares e Hipertensiva; dándose mayor cantidad de casos en los varones y en la población mayor de 50 años.

Según el lugar de residencia, se observa un mayor riesgo a poblaciones de la región Costa, en comparación con la región Sierra o Selva y en la población urbana más que en la rural. ⁽²²⁾

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES MÁS FRECUENTES

Existen alrededor de una centena de enfermedades cardiovasculares, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10°), por lo que se ha visto necesario seleccionar las de mayor incidencia y prevalencia en nuestro país.

- **Cardiopatías Isquémicas**

“Cardiopatía isquémica es una denominación genérica para un grupo de síndromes relacionados que se deben a isquemia miocárdica, un desequilibrio entre la vascularización sanguínea del corazón (perfusión) y la necesidad de oxígeno del miocardio. Aunque la isquemia se puede deber a un aumento de las necesidades (aumento de la frecuencia cardiaca, hipertensión, etc.) o una disminución de la capacidad de transporte de oxígeno (como la anemia, intoxicación por monóxido de carbono), en la gran mayoría de casos se debe a una reducción del

flujo sanguíneo coronario producido por la enfermedad aterosclerótica obstructiva”.⁽²³⁾

Las manifestaciones clínicas son una consecuencia directa del aporte insuficiente de sangre al corazón; hay 4 síndromes clínicos básicos de cardiopatía isquémica: Angina de pecho, Infarto agudo de miocardio, Cardiopatía isquémica crónica y Muerte súbita cardíaca.

“La circulación coronaria suele aportar un volumen suficiente para cubrir las demandas del corazón en distintas situaciones de esfuerzo. Cuando se produce un desequilibrio entre la irrigación y el consumo de oxígeno por el miocardio, aparece la isquemia, que se suele manifestar como una angina de pecho. La causa más frecuente de isquemia con angina de pecho es la aterosclerosis. La angina de pecho produce una molestia retro esternal típica que se le suele describir como dolor, pero a menudo se describe como opresión o pesadez. Esta sensación se irradia al cuello, hombro y brazo izquierdo, la mandíbula y la espalda, y algunas veces también por el brazo derecho o por ambos brazos. Suele durar varios minutos”.⁽²⁴⁾

El infarto agudo de miocardio lo podemos definir como la necrosis de un territorio del miocardio, que aparece de forma repentina y que suele estar provocada por la obstrucción de una arteria coronaria. Generalmente esta oclusión se debe a la presencia de un trombo rojo interrelacionado con una placa aterosclerosa. El tamaño y la localización son determinantes, por las alteraciones hemodinámicas derivadas de la disminución de la eficacia en el funcionamiento del corazón como bomba. “La mayoría de los pacientes refieren dolor precordial o centro torácico, de carácter opresivo, muy intenso, que se puede irradiar a cuello, mandíbula, bazo izquierdo y región escapular.

Se suele acompañar de sudoración profusa, náuseas e incluso vómitos, disnea y ansiedad.”⁽²⁵⁾

La cardiopatía isquémica crónica, también denominada miocardiopatía isquémica, es una insuficiencia cardíaca esencialmente progresiva como consecuencia de una lesión miocárdica isquémica. En la mayoría de los casos hay un antecedente de Infarto al miocardio. Se caracteriza por la aparición de insuficiencia cardíaca grave y progresiva, a veces con episodios de angina o de infarto cardíaco. Las arritmias son frecuentes y, junto a la Insuficiencia cardíaca congestiva y al Infarto recurrente, son responsables de muchos fallecimientos.

- Accidente Cerebrovascular

“La enfermedad Cerebrovascular consiste en un conjunto de síntomas y signos rápidamente progresivos de pérdida focal de la función cerebral, sin otra causa aparente que el origen vascular. Su severidad varía desde la recuperación en menos de 24 horas, hasta la recuperación incompleta, la discapacidad severa y la muerte”.⁽²⁶⁾

Dentro de la fisiopatología se puede distinguirse dos grandes categorías: la isquemia y la hemorragia.

La isquemia cerebral es una alteración potencialmente reversible de la función cerebral, resultante de la provisión inadecuada de oxígeno o glucosa. Si la isquemia es grave como para producir muerte celular, se llega al infarto cerebral, situación en que las posibilidades de reversión disminuyen considerablemente. La muerte neuronal sobreviene a los 5-10 minutos de isquemia. La falla en la disponibilidad de energía por las

células cerebrales es la base de los síntomas neurológicos del accidente cerebrovascular.

La muerte neuronal se produce cuando las neuronas son incapaces de sintetizar ATP. Al no contar con nutrientes, la supervivencia celular se compromete. Se distinguen tres mecanismos básicos: la trombosis, el embolismo y la perfusión sistémica disminuida.

“La hemorragia cerebral es una de las formas más graves de accidente cerebrovascular y resulta de la ruptura espontánea de la pared de un vaso sanguíneo debilitado por una hipertensión arterial de larga evolución, o por la presencia de un ensanchamiento congénito de la pared o un aneurisma. En el primer caso, la hemorragia ocurre hacia el parénquima cerebral (hemorragia intracerebral). En el segundo caso, se acompaña además de hemorragia hacia el Líquido cefalorraquídeo, dado que los aneurismas se ubican en general en la superficie de los hemisferios. Ambos tipos de hemorragias son de pronóstico serio, debido al efecto de masa y compresión de estructuras cerebrales vecinas y al severo espasmo de los vasos cerebrales debido a la presencia de sangre en el líquido cefalorraquídeo”.⁽²⁷⁾

- Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo o son inespecíficos y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión

arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a través de ellas. Esto se conoce con el nombre de arterosclerosis.

Según el informe de la National Institutes of Health indica que la presión sistólica normal es menor que 120 mmHg, la diastólica normal es menos que 80 mmHg, mientras que las presiones sistólicas de entre 120 y 139 mmHg y las diastólicas de entre 80 y 89 mmHg se consideran prehipertensivas. “Se diagnostica hipertensión cuando se obtiene una presión sistólica de 140 mmHg o más y una presión diastólica de 90 mmHg o más”.⁽²⁸⁾

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, pero ha visto que puede estar relacionado a factores de riesgo. A esta situación se denomina hipertensión primaria. Se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria.

“El término hipertensión secundaria se utiliza cuando la hipertensión está producida por un mecanismo subyacente, detectable. Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal, feocromocitoma y coartación aórtica, que pueden producir hipertensión arterial. En alguno de estos casos, la elevación de la presión arterial es reversible cuando la enfermedad subyacente se trata con éxito. Es importante identificar la pequeña cantidad de pacientes con una forma secundaria de hipertensión, porque en algunos casos existe una clara posibilidad de curación del cuadro hipertensivo”.⁽²⁹⁾

- Enfermedad Cardíaca Hipertensiva

La elevación prolongada de las cifras de presión arterial tiene dos consecuencias directas sobre la pared de los vasos: se altera la función normal del endotelio y se modifica la estructura de la pared vascular, fenómeno que se conoce con el nombre de remodelado vascular. Esta doble alteración vascular unida a la sobrecarga tensional crónica compromete la perfusión, la estructura y la función de los distintos órganos siendo los más afectados el corazón, el riñón y el cerebro, por ello considerados órganos diana de la Hipertensión arterial.

El incremento prolongado e incontrolado de la presión arterial genera un conjunto de alteraciones en el corazón y la circulación sistémica, que se abarcan bajo la definición de enfermedad Hipertensiva del corazón o cardiopatía hipertensiva. Esas alteraciones incluyen trastornos estructurales del miocardio, de la geometría del ventrículo izquierdo, alteraciones de la estructura y función de los vasos coronarios y diferentes trastornos del ritmo y la conducción eléctrica.

“La cardiopatía hipertensiva es la afectación de órgano diana que da como resultado mayor morbimortalidad en el paciente hipertenso. Clásicamente, la cardiopatía hipertensiva se diagnosticaba en los pacientes hipertenso que presentaban hipertrofia ventricular izquierda y/o insuficiencia cardíaca. La aplicación de la biología celular, molecular y de las técnicas diagnósticas más recientes, ha permitido expandir los conocimientos básicos y clínicos sobre la misma”.⁽³⁰⁾

- Insuficiencia Cardíaca

En la insuficiencia cardíaca, el corazón es incapaz de bombear sangre a un ritmo que satisfaga las necesidades del metabolismo tisular, o lo

consigue solo con presiones de llenado mayores de lo normal. El inicio puede ser insidioso o agudo. En la mayoría de los casos, el corazón puede mantener el ritmo de las demandas periféricas básicas; en una pequeña porción de casos, la insuficiencia cardiaca se debe a un gran aumento de las demandas tisulares de sangre (insuficiencia de gasto elevado). Se excluyen de la definición enfermedades en las que el gasto cardiaco inadecuado se produce por una pérdida de sangre o debido a algún otro proceso que reduce el retorno sanguíneo al corazón. En un sentido mecánico, el corazón insuficiente en la Insuficiencia cardiaca congestiva ya no puede bombear la sangre que le llega desde la circulación venosa.

El gasto cardiaco inadecuado (denominado insuficiencia anterógrada) casi siempre se acompaña de un aumento de la congestión de la circulación venosa (insuficiencia retrógrada) porque el ventrículo insuficiente es incapaz de expulsar la sangre venosa que le llega. Esto da lugar a un aumento del volumen ventricular telediastólico, que produce aumento de las presiones telediastólicas y, por último, elevación de las presiones venosas. Aunque el problema fundamental de la Insuficiencia cardiaca congestiva es habitualmente una función cardiaca anormal, al final se afecta prácticamente todos los órganos por alguna combinación de insuficiencia anterógrada y retrógrada.

GENERALIDADES SOBRE FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

Los factores sociales y culturales actúan no solamente en forma independiente, sino que se interrelacionan con los físicos y biológicos para formar el panorama total en que se desarrolla el fenómeno epidemiológico de las enfermedades cardiovasculares: aparición, difusión, mantenimiento y prolongación de los problemas.

En general hay condiciones culturales y sociales que influyen sobre el nivel de Salud de las colectividades. Al analizar la multiplicidad de causas que intervienen en la aparición del desequilibrio de la relación salud-enfermedad, siempre encontramos que estas derivan de imperfecciones de la organización social humana. Estos factores considerados aisladamente nos llevan a hacer el estudio esquematizado de los dos factores principales: Factores Sociales y Factores Culturales.

Los factores sociales y culturales inciden de forma directa en los procesos relacionados a la salud, es preciso tener en cuenta el ambiente familiar, la pertenencia a una condición social y económica, el nivel de estudios, así como determinantes importantes como las creencias, costumbres, que pueden tener influencia sobre la conducta.

Las condiciones socioeconómicas llevan una serie de hábitos y comportamientos familiares de gran influencia sobre la salud de los miembros de la familia.

- FACTORES SOCIALES:

Los Factores Sociales, Kozier ⁽³¹⁾ afirman que están relacionados directamente con la salud, morbilidad y mortalidad. Son variables que influyen sobre el estado de salud de la persona y sobre sus creencias y conductas o prácticas saludables. Encontramos aquí la ocupación, el ingreso económico, estado civil, y apoyo familiar.

- ❖ Entorno de Trabajo Saludable. - La OMS define entorno de trabajo saludable de la siguiente manera: “Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran

en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores: La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo. La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del espacio de trabajo. Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad”.⁽³²⁾

Las definiciones de entorno de trabajo saludable han evolucionado enormemente durante las últimas décadas. Desde un casi exclusivo enfoque sobre el ambiente físico de trabajo (en el esquema tradicional de la salud y seguridad ocupacionales, que consideran los riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos), la definición se ha ampliado hasta incluir hábitos de salud (estilos de vida); factores psicosociales (organización del trabajo y cultura de trabajo); y establecer nexos con la comunidad, y todo lo que pueda tener un profundo efecto en la salud del empleado.

La Oficina Regional del Pacífico Oeste de la OMS define un entorno de trabajo saludable de la siguiente manera:

“Un Entorno de Trabajo Saludable, es un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad.

Esto permite a los jefe y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices.”⁽³³⁾

El Instituto Nacional Americano para la Salud y Seguridad Ocupacionales (NIOSH) tiene una Iniciativa para la Vida De trabajo, que “Tiene la visión de que existan espacios de trabajo libres de peligros previamente reconocidos, con políticas sustentables, programas y prácticas de promoción de la salud; y empleados con franco acceso a programas y servicios efectivos que protejan su salud, seguridad y bienestar.”⁽³⁴⁾

“Por ejemplo, en su estudio de la ECV en Israel, Medalie y sus colegas informaron que uno de los descubrimientos estadísticamente importantes fue el de las relaciones de los hombres con sus superiores o supervisores en el trabajo (1973). Problemas serios con sus superiores o superiores que nunca mostraron apreciar su trabajo, fueron hechos asociados con un aumento considerable en la incidencia de ECV en los cinco años siguientes”⁽³⁵⁾. Estos descubrimientos se relacionan con la reciente sugerencia de Cassel de que “la falta de una apropiada retroalimentación a los individuos y la ausencia de apoyos sociales” tienen importancia.

Benach, Muntaner y Santana, al escribir para la Red de Investigadores sobre las Condiciones de Empleo, introdujeron el concepto de “empleo justo” para complementar el concepto de trabajo decente de la OIT.⁽³⁶⁾

Ellos definen el empleo justo como aquel en el que existe una justa relación entre empleados e inversionistas la cual presenta ciertas características tales como:

Libre de coacción.

- Seguridad laboral en cuanto al contrato y la protección.
- Ingreso justo.
- Protección al trabajo y beneficios sociales.
- Respeto y dignidad en el trabajo; y
- Participación en el ambiente de trabajo.

El concepto de trabajo decente de la OIT y esta definición de empleo justo embonan en los principios que promueven la comunidad global. Estos principios conectan la ética de los negocios con los derechos humanos, estándares de trabajo, protección al medio ambiente y protección contra la corrupción.

El trabajo, a través de las distintas etapas de desarrollo de la humanidad, ha planteado un conflicto permanente de carácter médico-social, o más bien biológico social, a la vez que nuestro estado de salud está íntimamente ligado a las exigencias físicas, psicológicas y del ambiente donde se desarrolla una ocupación, ya se trate en el medio rural donde las faenas agrícolas tienen mayor significancia, o bien en el medio urbano, donde la industrialización y especialización técnicas son cada día mayores.

En el ambiente laboral donde el hombre pasa gran parte de la vida teniendo que guardar relaciones estrechas con otras personas, el resultado puede traducirse en una situación de agrado o de insatisfacción.

Frecuentemente el empleado industrial se ve sometido a situaciones de stress constante por la precisión con que necesariamente debe trabajar, por el intenso ruido o por vapores tóxicos a que se le somete.

La sensación constante de explotación que el hombre siente y vive se traduce con frecuencia en una sensación de vacío que quita a la vida su razón de ser. Este estado vivencial de ser explotado en su sistema social que se vuelve asfixiante, puede ser en gran parte responsable de actos de violencia externa que el hombre hace a sus semejantes y en ocasiones a sí mismo, uno de cuyos extremos puede ser el suicidio.

Si al factor ocupacional agregamos la falta de protección legal que en nuestros países tiene el trabajador, fácilmente podemos darnos cuenta del grado de inseguridad que vive, lo que afecta su estado de salud mental que a su vez disminuye su capacidad de producción y esto aumenta su inseguridad ante la posibilidad de un despido inminente por tal razón. Se forma así un círculo vicioso que encierra al hombre y ahoga sus posibilidades de vivir satisfactoriamente.

- ❖ Ocupación. - es el tipo de actividad laboral que ejecuta una persona. Es la realización de un trabajo, bajo una relación contractual entre la persona que realiza las funciones y tareas del puesto y la empresa que contrata a dicha persona.

Una dimensión de la posición de status social es, desde luego, la ocupación. Los datos epidemiológicos tomados de diversos medios socioculturales indican que la ocupación y su concomitante modo de vida contribuyen al riesgo de una ECV por encima y más allá del trabajo físico inherente al puesto en cuestión. Hasta cierto punto esto se relaciona con la naturaleza del trabajo y con los estilos de vida y pautas de conducta de los individuos.

En relación a la ocupación, Buchweitz menciona a Kleinman quien hace referencia que las personas en el sector profesional realizan para

su salud autotratamiento o automedicación, reciben consejos o tratamientos de recomendados, consultan con otros grupos que tienen una experiencia específica; este tratamiento incluye tratamiento farmacológico. En este sector la mayor parte de situaciones de salud es identificada y tratada. Mientras que las personas no profesionales recurren a curanderos populares y/o medicina alternativa. Dentro de este grupo se encuentran: obreros, independientes, empleados, amas de casa. Por lo que el trabajo puede favorecer o limitar el cumplimiento del autocuidado.

❖ El ingreso económico. - Respecto al ingreso económico, Alarcón menciona, que “es el dinero que recibe la familia de un trabajo con el fin de satisfacer necesidades y problemas, además está relacionado con la ocupación de las personas”.⁽³⁷⁾

El ingreso económico suficiente dado por el trabajo estable permite participar activamente en los diferentes programas de salud. En cambio, el ingreso económico dado por el trabajo inestable o por el desempleo, es deficiente porque la población se encuentra limitada a poner en práctica las medidas preventivo promocionales de la salud; influyendo en el estado de salud del individuo y de la comunidad.

Los ingresos se pueden clasificar en más y menos del sueldo mínimo vital. Es posible que las personas con bajos ingresos económicos no puedan realizar sus exámenes médicos, alimentarse adecuadamente y realizar actividades que mejoren su calidad de vida, ya que no pueden costárselos. Según Kozier⁽³⁸⁾ “la higiene, los hábitos alimentarios y la propensión a buscar asesoramiento sanitario y seguir los regímenes terapéuticos, varía entre los grupos con ingresos altos y aquellos con bajos ingresos”.

Proasa ⁽³⁹⁾ afirma que del ingreso económico dependerá el nivel y forma de vida (psíquica, biológica, etc.) porque el individuo, familia y comunidad tienen necesidades cuya satisfacción está en base al esfuerzo económico, tal es así que un ingreso económico bajo, no permitirá que se asigne algo para la recreación, y limitará la cantidad de bienes y servicios que pueda adquirir para satisfacer necesidades de alimentación, protección de la salud para hacer frente a las diferentes enfermedades.

Muchos estudios indican que los hombres de status ocupacional bajo-mediano, como capataces y empleados de oficinas y los más bajos grupos asalariados (por ejemplo, empleados de oficina no ejecutivos), presentan las más altas tasas de ECV.

- FACTORES CULTURALES:

Están constituidos por la cultura, la que es entendida por Leninger ⁽⁴⁰⁾ como el conjunto de creencias, conocimientos y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

Comprende todas aquellas manifestaciones de un pueblo: tradiciones costumbres, conocimientos creencias ciencia; que son determinantes en la formación de la personalidad y el desarrollo de los seres humanos. La cultura forma parte del medio social con el que interacciona el individuo humano desde el nacimiento hasta la muerte. Dentro de estos factores encontramos los siguientes:

❖ Grado de Instrucción. - es el nivel educacional que una persona tiene; como primaria, secundaria y superior. Según Dugas “Las personas con un nivel de educación superior conocen más sobre su enfermedad y tienden a pedir ayuda cuando la necesitan, mientras que una persona con educación primaria conoce poco o no conoce de su enfermedad” ⁽⁴¹⁾

Whittaker, considera que la instrucción o escolaridad en el individuo, interviene como medio de desarrollo en el potencial intelectual, así como en la formación de su personalidad, puesto que cada vez que escala diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, le permitirá entender y aceptar el mayor grado de educación sanitaria y cumplir con más responsabilidad la medida pertinente para el cuidado de su salud. El conocimiento se adquiere como consecuencias de la captación del objeto, se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros.

La falta de educación es otro factor que reduce las posibilidades de encontrar formas diferentes de trabajo, de acción y de vida, y el panorama de funcionamiento se estrecha aun cuando esto sucede en alguien que debe desenvolverse en un grupo donde esta limitación afecta a la minoría. Este es uno de los factores del fracaso que sufre el campesino generalmente analfabeto, que llega a la ciudad en busca de mejores condiciones de trabajo.

En una población donde el analfabetismo impera tanto en forma simple como funcional los riesgos de una enfermedad psico-social no son reconocidos y por lo tanto no son evitables. Las campañas preventivas no son lo suficientemente asimilables y la protección que puede darse es mínima.

❖ Procedencia. - es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y selva cada uno como miembros de su grupo presentan características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque los tipos cambian, cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra.

Los hombres de la sierra generalmente presentan actitudes de desconfianza hacia los demás limitando su posibilidad de comunicación y están más sujetos a sus hábitos y costumbres propias de su territorio. En cambio, los hombres de la costa son más extrovertidos y han superado sus hábitos y costumbres de sus antecesores por tener un ritmo de vida ligero, rápido especialmente en las grandes ciudades.

❖ Estilos de Vida y Conductas Saludables. - Aquí, se pone de relevancia los aspectos culturales y conductuales en la salud. Se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra como el estilo de vida de una persona afecta a los riesgos de enfermar y morir. Fumar, beber alcohol, el tipo de alimentos y la realización de ejercicio han sido subrayadas como conductas muy directamente relacionadas con la salud.

- Hábitos de alimentación

“El efecto fundamental de la dieta relacionado con el aumento del riesgo cardiovascular tiene lugar en el metabolismo de las lipoproteínas, y ello se debe, fundamentalmente, a la influencia de los distintos ácidos grasos de la dieta. Los estudios epidemiológicos han demostrado de forma fehaciente que las variaciones en los niveles de varias lipoproteínas se acompañan de un incremento de riesgo, muy especialmente de elevación de colesterol total y de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), o el

descenso del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL). En ese sentido, los ácidos grasos saturados de la dieta son los que se encuentran más íntimamente relacionados con el aumento de colesterol total y de c-LDL.

Además, las concentraciones dietéticas de antioxidantes pueden ser determinantes de la oxidación de las LDL, fenómeno que facilita su depósito en la pared arterial y el desarrollo de la placa de aterosclerosis madura.

Algunos componentes de la dieta se comportan como antioxidantes, es el caso de las vitaminas C y E, así como de los beta carotenos. De hecho, algunos estudios epidemiológicos han demostrado una relación inversa entre las concentraciones plasmáticas de estos antioxidantes y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

En relación con la asociación dieta – ECV y en función de los estudios epidemiológicos, parece que el factor fundamental radica en la ingesta de cantidades elevadas de sodio. El sodio no solo se encuentra en la sal de mesa, sino también de forma natural en una gran variedad de alimentos, como la leche, la nata, los huevos, la carne y los mariscos. También se encuentra en cantidades mucho mayores en los alimentos procesados, como panes, galletas saladas, carnes procesadas como el tocino y aperitivos como las bolitas de queso y las palomitas de maíz, así como en condimentos como la salsa de soja (sillao), la salsa de pescado y los cubitos o pastillas de caldo. Además, la elevada ingesta de sal se asocia a hipertensión arterial en personas susceptibles. Otros factores dietéticos probablemente relacionados con una mayor prevalencia de la ECV son la baja ingesta de calcio, potasio, magnesio, fibra vegetal o vitaminas A y C.”⁽⁴²⁾

El Estudio de los Siete países fue una investigación multinacional, que serviría para esclarecer el papel de las diferencias culturales en la patogenia del aterosclerosis, en el cual participaron más de 12 mil varones de Yugoslavia, Grecia, Italia, Holanda, Finlandia, Japón y Estados Unidos. Dicho estudio corroboró la clara correlación entre la colesterolemia total y el consumo de grasa saturada con la incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica.

“El seguimiento a los 15 años del estudio de Siete Países confirmó la menor mortalidad por enfermedad cardio isquémica del área mediterránea. Entre los componentes de la dieta, se analizó la cantidad de calorías procedente de las proteínas y de la grasa total, saturada, mono insaturada y poliinsaturada, lo que diferenciaba esencialmente las áreas mediterráneas de las neoreuropeas y americanas, no tanto la cantidad como el tipo de grasa consumido.

Las características determinantes de esta dieta serían el uso de aceite de oliva como principal fuente de grasa, el pan como alimento básico, la abundante ingestión de frutas y verduras, el consumo discreto, pero diario, de vino tinto en las comidas, la frecuente presencia de pescado en la dieta y el consumo de otros elementos típicos como son el ajo, la cebolla, el tomate, los frutos secos y el café. Las poblaciones en los países mediterráneos obtenían la mayor parte de su energía de los cereales, que podía suponer hasta el 60% en algunas zonas, además de las verduras y frutas, con un consumo claramente menor de carne que los países del norte de Europa, es decir, con un mucho mayor aporte de grasas de origen vegetal que animal”.

El consumo abundante de verduras y frutas tiene al menos dos aspectos importantes en la alimentación: su riqueza en componentes antioxidantes y en fibra, además de su bajo contenido en calorías.

El consumo de alimentos antioxidantes es importante en la dieta diaria, debido a que, la respiración celular genera una enorme cantidad de radicales libres que oxidan las proteínas y otros componentes esenciales, dañando seriamente su funcionamiento. Para intentar evitarlo, el organismo está dotado de sistemas protectores, tanto intra como extracelular.

La oxidación de las lipoproteínas comienza a nivel de los ácidos grasos poliinsaturados de su superficie, y luego se extiende a sus apolipoproteínas, lo que altera su capacidad de unión a determinados receptores, y, por lo tanto, sus propiedades biológicas. En ese sentido habría una actividad proaterogénica de las LDL oxidadas.

Dentro de la dieta, algunas vitaminas y los polifenoles, entre los que se incluyen los flavonoides, han demostrado actividad antioxidante. El alfa tocoferol, la forma más activa y con más capacidad antioxidante de la vitamina E, es el antioxidante liposoluble más abundante, lo que le permite penetrar en las LDL; se ha demostrado la resistencia a la oxidación de LDL cuando administra en forma de suplementos. La beta caroteno, precursor de la vitamina A, ha demostrado su capacidad antioxidante in vitro, aunque no parece jugar un gran papel de protección de las LDL, y su efecto anti aterogénico parece estar en relación con otros aspectos. La vitamina C es hidrosoluble, y ha demostrado tener un potente efecto antioxidante; tiene un papel importante en la primera línea de defensa antioxidante del plasma, y

ayuda a regenerar el poder antioxidante de la beta caroteno y del alfa tocoferol.

Otro elemento importante de la dieta mediterránea tradicional es el consumo de legumbres, que en general, contienen un suficiente contenido proteico, además de una buena cantidad de fibra, lo que explica que su consumo produzca una considerable sensación de saciedad.

“Las legumbres son alimentos de bajo contenido graso, con la peculiaridad de aportar una elevada proporción de ácido linoleico y también, aunque en menor medida, linoleico. Del total de las grasas que contienen, un 50% son ácidos grasos poliinsaturados y un 25% mono insaturado. Constituyen una buena fuente de proteínas (desde 7 g/ración las judías a 14 g/ración la soja), menospreciadas previamente y en la actualidad reconocidas de alto valor biológico. Proporcionan gran cantidad de fibra, mezcla de soluble e insoluble. En cuanto a los micronutrientes, las legumbres contienen significativas cantidades de riboflavina, ácido fólico (aproximadamente 140 g/ración) y minerales con recientemente descubiertas biodisponibilidades sorprendentemente altas, como el zinc, cobre, selenio, hierro (2 mg/ración de judías, 4 mg/ración de soja) y calcio (unos 140 mg/ración de soja). Asimismo, contienen innumerables sustancias no nutrientes con efectos potencialmente saludables: taninos (acción antioxidante); ácido fítico (antioxidante y con posibles efectos anticancerígenos); saponinas, de las que son la principal fuente alimentaria y oligosacáridos”.⁽⁴³⁾

La dieta mediterránea tradicional es rica en fibra, la cual es importante por la reducción en grasa saturada y colesterol. El mecanismo de

acción de la fibra no está bien establecido. Sería principalmente a través de la reducción de la reabsorción de los ácidos biliares.

“La denominación de fibra dietética se aplica a aquellas sustancias de origen vegetal, en su mayor parte hidratos de carbono, no digeridas por las enzimas humanas y con la peculiaridad de ser parcialmente fermentadas por bacterias colónicas. La fibra insoluble engloba a la celulosa, hemicelulosas y lignina.

Como acciones funcionales se le atribuyen: el incremento del bolo fecal y el estímulo de la motilidad intestinal; la mayor necesidad de masticado, relevante en las modernas sociedades víctimas de la ingesta compulsiva y la obesidad; el aumento de la excreción de ácidos biliares y propiedades antioxidantes e hipocolesterolemiantes. La fibra soluble está representada fundamentalmente por pectinas, gomas, mucílagos y algunas hemicelulosas; su principal característica es su capacidad para atrapar agua y formar geles viscosos, lo que determina su poder laxante.

Asimismo, al incrementar significativamente la cantidad y consistencia del bolo fecal se consigue un efecto positivo en el caso de diarreas. Además, se produce un enlentecimiento del proceso digestivo, del tránsito y de la absorción de hidratos de carbono, así como una adicional sensación de plenitud. Al igual que la fibra insoluble, disminuye la absorción de ácidos biliares y tiene actividad hipocolesterolemiantes. En cuanto al metabolismo lipídico, parece disminuir los niveles de triglicéridos, colesterol (baja densidad, LDL) y reducir la insulinemia postprandial. El aporte energético puede llegar a alcanzar las 300 kcal/100 g. Ambos tipos de fibras se encuentran en proporciones variables en los alimentos, aunque de forma genérica

puede decirse que la insoluble predomina en los cereales enteros mientras que la soluble abunda en frutas, vegetales y tubérculos".⁽⁴⁴⁾

Los frutos secos son también un alimento consumido, no de forma habitual, pero sí con cierta frecuencia en la dieta mediterránea. Son ricos en grasa mono insaturada, por lo que la sustitución isocalórica de grasa saturada por frutos secos reduce la colesterolemia, como ocurriría con el aceite de oliva. Otro aspecto interesante del consumo de frutos secos es su alto contenido en ácidos linoleico, especialmente la nuez; este ácido graso modula favorablemente el metabolismo del ácido araquidónico y reduce la agregabilidad plaquetaria.

Los ácidos grasos poliinsaturados tipo omega 3, presentes principalmente en aceites de pescado azul, parecen jugar un papel relevante como agentes antiinflamatorios, antiaritmogénicos y protectores a nivel cardiovascular. El ácido linoleico es el primordial precursor del ácido docosahexaenóico (DHA) y origen de ciertas prostaglandinas, leucotrienos y tromboxanos con actividad antiinflamatoria, anticoagulante, vasodilatadora y antiagregante.

La competición por las desaturasas y elongasas hepáticas (así como placentarias y de glándula mamaria al lactante) para formar DHA en lugar de ácido araquidónico (AA), derivado fundamentalmente del ácido linoleico, parece ser el mecanismo fisiológico fundamental que explicaría dichas acciones. Los ácidos grasos omega 6, procedentes de semillas, generan prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos estimulantes del sistema inmune, vasoconstrictores y procoagulantes, con perfil por tanto potencialmente proinflamatorio, proalergizante y dañino a nivel cardiovascular.

Aquellas personas que tienen problemas de grasa en sangre o que tienen problemas cardiovasculares, deben limitar o eliminar las vísceras y las carnes rojas (res, cerdo, entre otros) de su dieta por el contenido de grasa saturada y colesterol que en general contienen. Esta característica está aún más acentuada en las vísceras blancas como las criadillas y los sesos.

De forma tradicional se ha consumido el aceite de oliva sin refinar; denominado aceite de oliva virgen, que aporta diversos fitoquímicos como terpenos, clorofilas, tocoferoles, esteroides y otros compuestos fenólicos con carácter antioxidante, lo cual le confiere un adicional papel protector frente al estrés oxidativo y la per oxidación lipídica.

El ácido oleico es el representante dietético fundamental de los ácidos grasos mono insaturados. Comparte con el resto de ácidos grasos el sistema de desaturasas y elongasas, aunque con menor afinidad; de hecho, el ácido oleico genera pocos derivados de cadena larga, al menos en situaciones fisiológicas. Del ácido oleico se derivan eicosanoides con actividad vasodilatadora y antiagregante. A nivel lipídico origina una reducción de triglicéridos, del colesterol total y LDL, así como de la oxidación del mismo, con el beneficio añadido de ser una de las pocas sustancias conocidas capaz de inducir la elevación de la fracción de alta densidad (HDL).⁽⁴⁵⁾

“Algunos estudios (aunque no otros) han demostrado que la intervención dietética, con una reducción del colesterol de 0-15% se asocia a descensos en mortalidad cardiaca de 32 a 66%”.⁽⁴⁶⁾

La mantequilla y la margarina son dos alimentos con grandes diferencias, pero con una única similitud: ambas pertenecen al grupo

de las grasas y aportan la misma cantidad de calorías. La mantequilla es una grasa de origen animal que se elabora a partir de grasa láctea, es un derivado de la leche. No suele tener agregados adicionales salvo conservantes y colorantes permitidos para la industria (la elaborada en forma casera es totalmente natural) y/o nutrientes que pueden enriquecer o fortificar la misma mantequilla.

La margarina en cambio está elaborada de aceites vegetales poliinsaturados con agregados de sabor, conservantes, color y a veces enriquecido con vitaminas A, D, E.

La mantequilla tiene más grasa saturada y colesterol, la margarina tiene más grasa insaturada y no tiene colesterol. Sin embargo y aun cuando la margarina pareciera tener mejores nutrientes, el efecto de la grasa de margarina en el cuerpo no es deseable. Los aceites poliinsaturados de la margarina pasan por un proceso industrial de hidrogenación transformándose en grasas saturadas y grasas trans. Estas últimas actúan en el organismo como la grasa saturada elevando el colesterol LDL y reduciendo el HDL. Por otro lado, la desventaja de la mantequilla es que su consumo excesivo, incrementa los niveles de colesterol en sangre con la posibilidad de bloquear arterias.

En referencia a la mayonesa, se puede decir que es una mezcla de materias grasas (aceite y huevo) con proteínas de origen animal (huevo) y esto puede afectar a aquellas personas que tengan problemas con el colesterol. En la actualidad se está investigando la elaboración industrial de mayonesas con bajo contenido de colesterol.

En cuanto al tipo de cocción de los alimentos, tenemos: ⁽⁴⁷⁾

- Cocción al vapor: Este método respeta al máximo el contenido nutricional, es decir, las vitaminas y minerales, del alimento y también conserva en gran parte sus cualidades de aroma, textura y sabor. Por todo ello, es uno de los más recomendados por los nutricionistas.
- Hervido: Con este método los alimentos son sumergidos en agua hirviendo, por encima de los 100°C. Los alimentos hervidos son fácilmente digeribles, además, esta forma de cocinar no añade valor calórico a los alimentos. En contraposición se encuentra el hecho de que los alimentos muchas veces pierden sabor y nutrientes que se quedan disueltos en el agua de cocción, por eso se recomienda aprovechar el líquido para hacer sopas o cremas.
- Guisado o estofado: Este tipo de cocina es muy característica de la dieta mediterránea. Tiene como ventaja que el plato obtenido es sabroso y de textura ligera y suave.
- Asado: Asar en el horno proporciona una temperatura más homogénea, ya que el calor puede proceder de todos lados, y esto permite cocinar al papillote, es decir, envolviendo el alimento en papel vegetal de modo que se haga en sus propios jugos o con verduras conservando mejor sus nutrientes.
- Microondas: Las ondas que desprende cuecen el alimento desde su interior, por lo que algunos de ellos pueden quedar excesivamente secos. Su gran ventaja es que, si se lleva a cabo una correcta utilización de este electrodoméstico, los alimentos apenas pierden nutrientes.

- Fritura: Este método consiste en sumergir los alimentos en aceite caliente. No es una forma muy saludable de cocinar ya que, los alimentos absorben parte del aceite en el que son cocinados convirtiéndose en productos más calóricos, además parte de sus nutrientes son perdidos.

Por lo expuesto, se puede determinar que el tipo de cocción fritura es el que más contenido calórico aportaría en comparación a las demás tipas de cocción.

“Es importante mantener los horarios de las comidas principales, ya que esto ayudará a mantener el peso. Es perjudicial acudir a las comidas con hambre, porque llevará a consumir más alimento y de manera más rápida, sin masticar adecuadamente. Mantener correctos horarios de comidas es imprescindible a la hora de mantener el metabolismo en perfecto estado y activo totalmente.

- Ejercicio físico.

El empeoramiento de los hábitos de vida, la evolución de los sistemas de transporte y la tecnología laboral, los nuevos modos de ocio, colabora para que todos niños y adultos asuman como válidos comportamientos claramente sedentarios y, por tanto, perjudiciales para la salud.

La inactividad física o falta de ejercicio se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad cardiaca e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular. Una persona sedentaria tiene más riesgo de sufrir arterioesclerosis, hipertensión y enfermedades respiratorias.

“Existe diversos mecanismos que explicarían la influencia beneficiosa de la actividad física sobre las enfermedades isquémicas del corazón, tales como los efectos antitrombóticos, el aumento de la vascularización del miocardio y una mejor estabilidad de los impulsos eléctricos del corazón. En un estudio longitudinal de cinco años en el que se investigó la asociación entre la actividad física realizada en el tiempo de ocio y la condición física con el riesgo de infarto de miocardio agudo, se ha demostrado que dicho riesgo era significativamente menor para los individuos con el nivel más alto de actividad física en comparación con los sujetos que mostraban los niveles más bajos de actividad física y condición física respectivamente. Se puede concluir que los niveles de actividad física y condición física cardiorrespiratoria muestran una asociación inversa y gradual con el riesgo de infarto de miocardio agudo, y que niveles bajos tanto de actividad física como de condición física cardiorrespiratoria son factores de riesgo independientes para la enfermedad coronaria.” (49)

“El ejercicio físico es beneficioso para el sistema cardiovascular siempre que se realice moderadamente, sobre todo en individuos hipertensos con enfermedad cardiovascular. Parece que las formas más eficaces de ejercicio son el entrenamiento dinámico y de resistencia como caminar, correr, montar en bicicleta o nadar. Diversos estudios revelan que el ejercicio físico regular puede disminuir tanto la presión arterial sistólica como la diastólica, y puede aumentar los efectos antihipertensivos de la pérdida de peso y de la restricción de sodio.

Además, el ejercicio físico regular influye favorablemente sobre cierto número de factores que se relacionan con la cardiopatía isquémica: reducen el colesterol y los triglicéridos, la agregación plaquetaria, el

peso, la frecuencia cardiaca en reposo y en ejercicio, el aumento del colesterol de lipoproteínas de alta densidad, la tolerancia a la glucosa, la sensibilidad a la insulina y la captación de O₂ por el corazón y los tejidos periféricos. Por todo ello, recomiendan el ejercicio dinámico como un modo de vida y prevención de HTA y las enfermedades cardiovasculares”.⁽⁵⁰⁾

El ejercicio quema calorías, ayuda a controlar los niveles de colesterol (aumento del colesterol HDL) y la diabetes (disminución de la resistencia a la insulina), y posiblemente disminuya la presión arterial. El ejercicio también fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias. Las personas que queman activamente entre 500 y 3.500 calorías por semana, ya sea en el trabajo o haciendo ejercicio, tienen una expectativa de vida superior a la de las personas sedentarias. Incluso el ejercicio de intensidad moderada es beneficioso si se hace con regularidad.

La clave está en modificar los hábitos sedentarios de vida y ocio y transformarlos de forma que se incremente nuestro nivel de actividad física y deporte. En el caso de los adultos sedentarios que llevan mucho tiempo sin hacer ningún tipo de ejercicio es conveniente que consulten a su médico: tan peligroso es para la salud no hacer nada de deporte como, en esa situación, lanzarse a un ejercicio exhaustivo y desmedido de forma aislada.

“Establecer la dosis óptima de actividad física (combinación de frecuencia, duración e intensidad) para las recomendaciones de salud pública ha sido y es un gran reto en el campo de la salud. En términos muy generales, se recomienda un gasto calórico mínimo de 1000 kcal/sem (150-200 kcal/día durante todos los días de la semana para

una persona de 70 kg), en actividades físicas de intensidad de moderada a vigorosa”⁽⁵¹⁾; o de 30 minutos a más de actividad física de intensidad moderada cada día.

La intensidad óptima del ejercicio no está bien establecida, pero parece estar en relación con la actividad basal habitual del individuo. A manera de orientación, los efectos cardio protectores se pueden obtener con un programa de ejercicio aeróbico moderado y regular durante 30 minutos y, al menos, tres veces en semana. El ejercicio debe acomodarse al nivel habitual de esfuerzo del paciente, status cardiaco y actividades preferidas.

Desde una perspectiva fisiológica, el ejercicio actúa sobre el corazón y los vasos aumentando el ritmo cardíaco y la fuerza de contracción. Los vasos que suministran sangre a los músculos se dilatan en el ejercicio, mientras que los restantes lechos vasculares se contraen.

El sistema cardiovascular responde de manera diferente al ejercicio isométrico (ej. levantamiento de pesas, carreras cortas) que frente al ejercicio isotónico (ej. natación, ciclismo, caminar a paso ligero).

Ejercicio aeróbico o isotónico: implica mover muchas partes del cuerpo durante un periodo largo de tiempo; el coste energético va en función del tiempo e intensidad. Al llevar a cabo un ejercicio dinámico puede ser una carrera o nadar, se produce un notable aumento de las demandas de energía por parte del músculo activo, lo que conlleva a un incremento del tono simpático, producido inicialmente por estímulos que proceden de la corteza motora cerebral y, posteriormente, por impulsos producidos en los músculos y tendones que han participado en el ejercicio.

Conforme se va produciendo una progresión en el ejercicio físico, la información con las características de la composición del medio interno llega al cerebro (hipotálamo) y éste canaliza una respuesta adrenérgica que se dirige por medio de la médula espinal hacia el corazón y vasos sanguíneos, así como la médula suprarrenal. En ella se liberan catecolaminas (adrenalinas y noradrenalinas) que, a través del flujo sanguíneo, actúan sobre los receptores simpáticos cardíacos y vasculares.

La liberación de noradrenalina favorece un incremento de la frecuencia cardíaca y un incremento de la contractilidad miocárdica con un aumento del volumen de latido. Es decir, se aumenta el gasto cardíaco y la tensión arterial sistólica. Simultáneamente, la actividad simpática lleva a cabo una redistribución de flujo sanguíneo hacia las zonas con más demanda de oxígeno y nutrientes dando lugar a una vasodilatación en los músculos activos y vasoconstricción en las áreas inactivas.

La tensión arterial diastólica no se modifica en el ejercicio dinámico o puede descender si la vasodilatación periférica es importante por la gran participación de masa muscular durante el ejercicio.

La respuesta adrenérgica tiene influencia en la función respiratoria, incrementando la ventilación y la frecuencia respiratoria, y tiene un papel principal en la termorregulación, incrementando la secreción de sudor y favoreciendo la disipación de calor mediante la vasodilatación cutánea cuando se aumenta la temperatura del medio interno.

En la respuesta cardiovascular a la actividad física, además de una regulación humoral y hormonal, se produce también una regulación

hidrodinámica que condiciona un incremento del retorno venoso (cantidad de sangre que llega a las cavidades derechas del corazón). Cuando se realiza una actividad física, el retorno venoso está incrementando por el aumento del tono venoso que promueve el movimiento de sangre a las grandes venas al corazón derecho, por el bombeo activo de sangre venosa gracias al masaje de los músculos en contracción de las extremidades inferiores y por la acción de la bomba aspirativa torácica.

Los grandes movimientos respiratorios que se generan durante el ejercicio físico dan lugar a una importante presión intratorácica negativa que promueve el incremento de volumen sanguíneo torácico, incrementando el llenado del corazón. El incremento del retorno venoso en las cavidades derechas desencadena un incremento de la frecuencia cardíaca y el volumen de llenado del ventrículo izquierdo, lo que da lugar a un aumento del volumen del latido y del gasto cardíaco.

El ejercicio de fuerza o isométrico, consiste en que el músculo realice esfuerzos de resistencia, por lo tanto, sirve para aumentar la masa muscular. El ejercicio isométrico como el levantamiento de pesas puede producir, a través de la contracción de los músculos activos, un efecto mecánico de compresión sobre los vasos sanguíneos que aumenta de manera importante las resistencias vasculares periféricas y, en consecuencia, da lugar a un incremento de la tensión arterial diastólica. Como respuesta al estímulo simpático se aumenta la contractilidad miocárdica, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial sistólica. Esto da lugar a una sobrecarga cardiovascular, aunque no es aconsejable para el mantenimiento físico en el que buscamos una respuesta cardiovascular saludable, es un tipo de ejercicio que desarrolla la fuerza muscular.

Además, se tiene los ejercicios de flexibilidad, el cual sirve para mantener o recuperar la flexibilidad de las articulaciones y los ejercicios de relajación que se emplea para compensar o prevenir situaciones de estrés.

- Tabaco.

El consumo de tabaco constituye actualmente la principal causa aislada de mortalidad evitable en los países desarrollados. Esto tiene su explicación en la promoción activa de la industria tabaquera y en el potencial adictivo de la nicotina. Los derivados del tabaco pueden generar con relativa rapidez una fuerte dependencia fisiológica y psicológica. Los fumadores que dejan de fumar refieren un serio síndrome de abstinencia con irritación, agresividad, depresión y problemas para concentrarse, problemas que explican que las recaídas sean tan frecuentes.

El consumo de cigarrillos es un factor de riesgo de extraordinaria relevancia, y lo es no solo porque aumenta la probabilidad de presentar enfermedades cardiovasculares y al corregirlo, se reduce esta probabilidad, sino porque, además, le sucede lo mismo con un gran número de enfermedades, que incluyen problemas respiratorios y una gran variedad de cánceres (de pulmón, laringe, cavidad oral, etc.).

Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. Debido a la inflamación continua se produce bronquitis crónica. También produce una disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor

cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio corporal.

“Los componentes del humo del tabaco se clasifica en: Monóxido de carbono, otros componentes vaporizados, Alquitrán y Nicotina. El monóxido de carbono constituye alrededor del 5% del humo del tabaco. Interfiere con la capacidad transportadora de oxígeno al formar carboxihemoglobina. Esta cantidad de carboxihemoglobina disminuye sensiblemente su capacidad de esfuerzo. Por sí mismo no produce vasoconstricción, y su efecto aterogénico es controvertido. Los efectos hemodinámicos del tabaco son debidos fundamentalmente a la acción de la nicotina.

Con cada inhalación se aspiran de 50 a 150 microgramos de nicotina. Esta produce liberación de norepinefrina y aumento de la adrenalina circulante, con una elevación inmediata de la presión arterial y la resistencia periférica. Esto unido al efecto del monóxido de carbono, que disminuye la capacidad de transporte de oxígeno, puede desencadenar un episodio de isquemia miocárdica en pacientes con enfermedad coronaria, o en trabajadores expuestos a niveles algo elevados de CO ambiental.

Aunque no hay evidencias definitivas que relacionen directamente la nicotina con la aterogénesis, sí que aumenta el estrés endotelial y las fuerzas de cizallamiento que se relacionan tanto con el crecimiento de las placas como con su rotura y complicación.

La función endotelial se altera inmediatamente al fumar. Esto se ha comprobado en las arterias coronarias epicárdicas, incluso en individuos sin enfermedad coronaria. Se puede reducir la luz de los

vasos coronarios hasta un 40%. Además, es un conocido factor de riesgo para la producción de espasmo coronario. Esta vasoconstricción puede iniciar fácilmente la rotura de una placa aterosclerótica. La disfunción endotelial se agrava progresivamente según se incrementa el número de cigarrillos, aunque esto parece ser reversible, como lo demuestra que los exfumadores tienen una función endotelial similar a la de los no fumadores. ⁽⁵²⁾

“Las plaquetas sufren el efecto del tabaco por múltiples mecanismos.

Fumar tan sólo dos cigarrillos puede multiplicar por 100 la actividad plaquetaria. En los fumadores hay aumento de tromboxano B₂, tromboxano A₂, prostaglandina F₁α, factor plaqueta 4 y beta-tromboglobulina. Las plaquetas de los fumadores son más trombogénicas. Su capacidad de generar trombina es más del doble que la de los no fumadores, y esta capacidad trombogénica se multiplica por tres en los minutos después de fumar dos cigarrillos.

Otros factores protrombóticos no mediados por plaquetas también están alterados: fibrinógeno, factor VII, o factor XIII. El aumento de factor VII conlleva una disminución de trombomodulina, y de los efectos anticoagulantes y fibrinolíticos de las proteínas C y S y del activador tisular del plasminógeno. El fibrinógeno persiste elevado durante años después de abandonar el tabaco.

Los fumadores tienen además una marcada inhibición de la liberación de activador tisular del plasminógeno endógeno (tPA). Todo esto implica una mayor facilidad a que se produzcan fenómenos trombocitos arteriales.

El perfil lipídico de los fumadores es más aterogénico. Los fumadores presentan mayores niveles de triglicéridos, colesterol total y LDL, y menores niveles de HDL y apoproteína A-1 que los no fumadores, cambios que son mayores en relación con el mayor consumo de tabaco. El tabaco hace a las LDL más susceptibles a la oxidación especialmente en presencia de ácidos grasos poliinsaturados, por lo que una dieta rica en estos podría ser perjudicial si no se abandona el consumo de cigarrillos, puesto que las LDL oxidadas tiene un papel importante en el desarrollo de la aterosclerosis. Estos cambios se pueden observar ya en adolescentes con un consumo de tan solo 6 cigarrillos diarios.”⁽⁵³⁾

- Alcohol.

El alcohol es una de las drogas con mayor longevidad a lo largo de la historia. La especie humana viene consumiendo bebidas alcohólicas con las finalidades más diversas: celebraciones o para combatir tristezas, para refrescarse o entrar en calor, sedarse o estimularse. Se trata de una droga muy arraigada en la cultura occidental, a la que es fácil de acceder. Se han trivializado de manera general sus efectos, así como el propio consumo.

El consumo moderado de alcohol se asocia a un descenso de la enfermedad coronaria de 40 a 50%. El mecanismo está posiblemente en relación con un aumento del colesterol HDL, reactividad vascular y factores hemostáticos. Algunos estudios parecen indicar que los efectos beneficiosos del alcohol se limitan al vino y no a otro tipo de bebidas alcohólicas.

La relación establecida entre la mortalidad por cardiopatía isquémica y el consumo de alcohol es clara, y hay razones fisiológicas suficientes

para justificarlo. Posiblemente, el efecto más establecido sea el incremento del colesterol de las lipoproteínas HDL. Se calcula que el consumo mantenido de 39 gr diarios de alcohol aumentaría el colesterol HDL en 17%, lo que reduciría el riesgo coronario alrededor de 40%. Se ha comprobado que el etanol estimula la secreción de apo A-I, principal apolipoproteína de las HDL, verificado en voluntarios con un consumo moderado de alcohol.

Un aspecto a comentar en cuanto a los efectos beneficiosos del alcohol sería que en consumos moderados de alcohol mejoraría la capacidad fibrinolítica y reduciría la fibrinogenia, y disminuirían la agregabilidad plaquetaria.

Con independencia del demostrado efecto del alcohol en la reducción del riesgo cardioisquémico, el vino tinto tiene otros componentes que pueden tener un importante efecto antiterogénico, por mecanismos distintos a los cambios en el perfil lipoproteico. Entre ellos se encuentra su alto contenido en distintos polifenoles: flavonoides y no flavonoides. En función al proceso de elaboración, el vino blanco tendría una cantidad mucho menor de polifenoles y, algún estudio sugiere que el consumo de determinados tipos de vino blanco no protegería, sino que facilitarían la oxidación de las LDL.

El tradicional consumo de vino tinto de los países mediterráneo, que supone unos 300 – 400 ml (equivalentes a unos 30 – 40 gr de alcohol) con las comidas, formaría parte muy importante de los estilos alimenticios que acompañan a la dieta mediterránea, posiblemente asociadas a la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

“Según los expertos, un consumo moderado de alcohol equivaldría a una o dos bebidas al día para los hombres y una para las mujeres. Una bebida se define como 44 ml de bebidas espirituosas de una gradación alcohólica de 40°, 30 ml de bebidas de 50°, 118 ml de vino o 355 ml de cerveza.”⁽⁵⁴⁾

Al otro lado de la balanza del riesgo cardiovascular habría que situar el incremento de la tensión arterial relacionado con el excesivo consumo del alcohol, considerando como tal por encima de unos 70 gramos diarios.

“Existe una clara asociación demostrada entre el consumo excesivo de alcohol y la aparición de tensión arterial elevada (hipertensión arterial). Incluso en algunos estudios epidemiológicos se ha estimado que más de un 10% de los varones presenta hipertensión por un consumo elevado de alcohol. La abstinencia de alcohol puede reducir las cifras de tensión arterial en aquellos pacientes hipertensos que lo son por un consumo elevado. Sin embargo, dichas cifras de tensión arterial volverán a ser altas si se reinicia el consumo. Un consumo grave de alcohol mayor de 60 g al día (cinco bebidas alcohólicas o más) aumenta claramente el riesgo de ictus cerebral, tanto isquémico como hemorrágico”.⁽⁵⁵⁾

Los factores culturales tienen un papel relevante entre las pautas de consumo de una comunidad: papel del alcohol en fiestas, en las cenas, comidas navideñas, bodas, e incluso en las salidas de los fines de semana. Hay que tener en cuenta los mitos y creencias en cuanto a su uso: más fuerte, más capacidad de influencia sobre los que le rodean, más agresiva, más capacidad sexual. Sin embargo, el uso excesivo de esta droga es castigado socialmente, puesto que el alcoholismo ha sido

considerado como pecado, debilidad moral o falta de fuerza de voluntad.

Algunos ejemplos de mitos que nos pueden ser muy familiares son:

- "tomemos unas copas para entrar en calor": FALSO. El alcohol es vasodilatador, los vasos sanguíneos en la piel se expanden y la persona experimenta una sensación de tibieza, pero en realidad el cuerpo pierde calor.
- "dale un café para que se le baje la borrachera": FALSO. El alcohol ingerido requiere un tiempo para ser metabolizado por el hígado en un 90% aproximadamente.
- "con una copita es más sociable, resuelve su timidez y ansiedad": FALSO. El alcohol temporalmente desinhibe y anestesia la ansiedad, pero no la resuelve.
- "la bebida alegre, estimula": FALSO. El alcohol es depresor del sistema nervioso central y actúa sobre los centros de control en el cerebro, por lo que la persona se desinhibe, pero no es un estimulante.
- "sabe beber, lleva más copas que ninguno y no se emborracha": FALSO. El aumento de la tolerancia indica que el organismo ha aprendido a manejar la sustancia, esto constituye un signo de alarma puesto que puede existir ya un problema de dependencia o de productos.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Los factores socioeconómicos (FSE) forman parte de un grupo heterogéneo de factores, entre los cuales se incluyen el estrés, la depresión psíquica y otros trastornos de la personalidad llamados

genéricamente factores psicosociales (FPS), e integran la amplia base de la pirámide de factores de riesgo cardiovascular. En las últimas cinco décadas se ha acumulado un cuerpo de evidencia considerable acerca de la relación inversa entre FSE y mortalidad global, que se extiende a la morbilidad cardiovascular, principalmente coronaria. ⁽⁵⁶⁾

“La publicación del estudio INTERHEART sitúa a los FPS en un lugar de preponderancia en la génesis del infarto agudo de miocardio (IAM). Su ubicación en el tercer lugar, por encima de procesos como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes (DBT), es un hallazgo quizás no esperado y crea un preocupante desafío a posteriori”. ⁽⁵⁷⁾

Lo cierto es que la población de las clases socioeconómicas inferiores, muchos de cuyos miembros pertenecen a minorías étnicas, muere más tempranamente que la población de clases superiores, patrón que se mantiene y progresa, especialmente en el sexo femenino.

Padecimientos como el estrés crónico, la ansiedad y la depresión serían la resultante y a la vez el nexo entre las condiciones de desigualdad socioeconómica y muchos de los padecimientos altamente prevalentes en los estratos sociales más bajos. Tales patologías serían el correlato clínico y molecular de un entorno altamente adverso para gran parte de la humanidad. Es así que el “modo de vida” general supera la singularidad del “estilo de vida” y la particularidad de las “condiciones de vida”.

Las hipótesis fisiopatológicas serían:

- a) Una insuficiencia del sistema nervioso parasimpático (SNP) en respuesta a factores estresantes sociales que ligarían los FSE con mayor mortalidad y morbilidad.
- b) La alteración del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.
- c) La alteración de la biología molecular de células “clave”.

- d) Mecanismos socioambientales que actúan desde la niñez temprana promoviendo patrones conductuales y psicosociales más adversos.

La revisión española publicada en 1998 contabiliza más de 1.500.000 personas pertenecientes a 34 estudios de cohorte y caso-control realizados en países desarrollados (con excepción de India), entre 1960 y 1993; se analizaron las variables morbilidad y/o mortalidad en base a la medición del nivel de educación u ocupación. Esa revisión concluye que según el nivel educacional el riesgo de cardiopatía isquémica (CI) es más alto para las clases más bajas. ⁽⁵⁸⁾

El Consejo Nacional Australiano para la Salud y la Investigación Médica (NHMRC) advierte que las guías clínicas no tienen en cuenta los efectos de la posición socioeconómica y que el intento por identificarlos, valorarlos y cotejarlos redundaría en una mejor calidad de información para el paciente y para el médico.

Fundamentos

Entendemos que los FSE cumplen los criterios para demostrar asociación epidemiológica con la ECV:

- 1) Asociación estrecha y escalonada;
- 2) Asociación con el tiempo;
- 3) Reproducibilidad e independencia de otros factores;
- 4) Alta predictibilidad;
- 5) Modelo plausible;
- 6) Reducción del riesgo en caso de intervención.

Existe evidencia suficiente (proveniente de estudios de prevalencia y de cohortes prospectivas y retrospectivas) recogida en la segunda mitad del siglo XX de una relación inversa entre enfermedad

cardiovascular (fundamentalmente coronaria) y algunos indicadores de status socioeconómico (ISS):

- Nivel de educación
- Clase ocupacional
- Nivel de ingresos
- Patrimonio
- También podrían incluirse:
- Escaso poder de decisión laboral
- Conflictos en el área laboral
- Desocupación crónica
- Aislamiento social
- Ausencia de soportes afectivos
- Residencia en lugares carenciados
- Carencia de vivienda

En Canadá, los bajos ingresos (y la exclusión social) son el principal determinante de ECV. Este indicador también parecería ser el prevalente en EEUU y el RUSIA. Un muestreo aleatorizado (205.245 encuestados) de los 50 Estados de la Unión mostró que en aquellos en los que se verificaba mayor desigualdad de ingresos, el impacto negativo sobre la salud se hacía más patente, incluso en los estratos medios, lo que habla de un efecto contextual de este indicador. ⁽⁵⁹⁾

Aspectos epidemiológicos:

De manera un tanto paradójal, la mayor parte de la información sobre FSE proviene de estudios epidemiológicos de los países del Primer Mundo, y un hallazgo general es que sólo una parte del gradiente socioeconómico de estos eventos puede ser explicado por la mayor

prevalencia de conductas y factores de riesgo mayores en las clases más bajas. Otro común denominador es que la mortalidad es mayor en las personas de clase ocupacional y nivel de educación más bajos. Estos hallazgos se aplican tanto a hombres como a mujeres.

Los gradientes socioeconómicos en mortalidad por ECV en poblaciones seleccionadas del Reino Unido, países nórdicos y EEUU, sólo pueden ser parcialmente explicados por la mayor prevalencia de factores clásicos de riesgo (TBQ, DLP y HTA), consumo de alcohol, sobrepeso y déficit alimentario.

En los llamados países en desarrollo las muertes por causa cardiovascular tienden a ocurrir una década o dos antes que en los países occidentales; cerca de la mitad se produce antes de los 70 años mientras sólo un quinto se produce antes de esta edad en los occidentales. En los países del Primer Mundo la diferencia promedio en la expectativa de vida entre los polos sociales es de 10 años, con un rango de 7 años para la Unión Europea y 14 para los EEUU.

Para el año 2020 se espera un incremento descomunal en la mortalidad por causa cardiovascular en los países en desarrollo, pasando del 25% al 40% de la mortalidad global tomando en cuenta 1990 como punto de partida. Junto con el incremento de la epidemia se verifica un constante crecimiento del gradiente socioeconómico, haciendo que los grupos en desventaja se vuelvan también más vulnerables.⁽⁵⁹⁾

De igual manera, las condiciones socioeconómicas de la niñez y la adultez temprana, medidas por la condición social de los padres (tipo de ocupación y nivel de educación) tienen una fuerte influencia en la

sobrevida, como lo demostró un estudio de cohorte realizado en el Reino Unido en la posguerra, con adultos de mediana edad. Los descendientes de obreros, seguidos hasta los 55 años, tuvieron el doble de mortalidad que los descendientes de las clases económicas más acomodadas; este efecto persistió aún corregido para la clase social que ocupaba en la adultez; quienes no habían podido cambiar su condición de desventaja en la adultez temprana tenían una probabilidad de morir entre 3 y 5 veces mayor que los que lo habían logrado. ⁽⁶⁰⁾

Un estudio prospectivo realizado en el Oeste de Escocia concluyó que salud y riesgo de muerte prematura están determinados por FSE que actúan a lo largo de toda la vida y que, en el caso de riesgo de mortalidad prematura cardiovascular, se hacen presentes desde muy temprano. También se demostró una modesta asociación inversa entre diferentes ISS (ocupación, educación, ingreso y lugar de residencia urbana o rural) y niveles de colesterol-LDL, IMC, TBQ, inactividad física e ingesta de ácidos grasos poliinsaturados, contribuyendo al futuro riesgo de ECV. ⁽⁶¹⁾

Las ECV contribuyeron a un tercio de las muertes globales en 1999, y el 78% de ellas se produjo en países de medianos y bajos ingresos, donde en 2010 se espera que sean la primera causa de muerte. Los escasos recursos familiares y sociales de estos países “en desarrollo” deberán dispensarse en los grupos socioeconómicos más bajos. ⁽⁶²⁾

Generar evidencia propia a través de investigaciones regionales, con intervenciones de tipo socioeducativas, laborales y psicológicas, con intensa participación comunitaria y financiación oficial será una premisa fundamental en los próximos años; antes de que la catástrofe esperada

para 2020 sea una realidad imposible de modificar y extremadamente difícil de paliar.

FACTORES CULTURALES Y ANTROPOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Según la clásica definición de Taylor, cultura es: “Aquel complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto a miembro de la sociedad” .⁽⁶³⁾

Desde la perspectiva antropológica, la cultura es la matriz de los hábitos y las costumbres en todas sus esferas de aplicación: desde la alimentación a la actividad física, el deporte o la vestimenta. En este marco teórico, confluyen lo individual y lo colectivo explicándose mutuamente en una trama compleja y variable.

Quienes diariamente estamos en contacto con personas que padecen enfermedades cardiovasculares sabemos que la cultura ejerce una notable influencia sobre ellas, y en más de una forma. Si aceptamos que: “Cultura es aquella compleja mezcla de creencias, valores y actitudes que se perpetúan en un mismo grupo social”⁽⁶⁴⁾, es posible comprender cómo puede modelar los patrones de pensamiento, de comportamiento, la forma de percibir la realidad y las definiciones de lo que es salud y enfermedad.

La cultura influye sobre la conducta vinculada a la salud de varias formas:

- Aporta definiciones acerca de lo normal y lo patológico
- Provee un repertorio de explicaciones causales para los síntomas.

- Determina roles vinculados a quién es el enfermo y cómo debe actuar.
- Legitima procedimientos de asistencia sanitaria.
- Conformar hábitos y prácticas que facilitan o previenen la enfermedad.

2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

- Factores: Situaciones o circunstancias que de algún modo modifican o influyen en los pacientes con enfermedad cardiovascular; pueden ser sociales y culturales.
- Factores Sociales: Características de la situación laboral, soporte económico y el apoyo familiar que influyen en el comportamiento del paciente con enfermedad cardiovascular.
- Factores Culturales: Conocimientos y conjunto de costumbres sobre alimentación, ejercicio físico, consumo de alcohol, consumo de tabaco y creencias sobre el consumo de hierbas naturales; que influyen en el comportamiento del paciente con enfermedad cardiovascular.
- Paciente con Enfermedad Cardiovascular: Toda persona que ha sido diagnosticado con Enfermedad Cardiovascular y que asiste al consultorio de cardiología.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO, NIVEL Y METODO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo y nivel aplicativo porque a partir de ello se proporcionó conocimientos nuevos para mejorar la práctica de enfermería.

De acuerdo a los objetivos del estudio es descriptivo, ya que permitió una descripción apropiada de la variable en estudio: *factores socioculturales*.

Según el periodo de recolección de datos de la investigación es de corte transversal por que se analiza el fenómeno en un determinado momento; haciendo un corte en el tiempo.

3.2 LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Servicio de Cardiología – Consultorio Externo del Hospital San Juan de Lurigancho el cual está ubicado en el paradero 11 de la Avenida Canto Grande, Distrito de San Juan de Lurigancho, Provincia de Lima.

El Hospital San Juan de Lurigancho brinda servicios de II nivel de atención. El consultorio de Cardiología ubicado en el primer piso del hospital, consultorio N.º 4, es único y está integrado por personal profesional (Dr. Ciriaco.) y técnico de alto nivel. Se atiende 25 turnos al

mes, el horario de atención es de 8:00 a 2:00 pm por la mañana o de 2:00pm a 6:00pm por la tarde; cada turno atiende 20 pacientes.

3.3 POBLACION

La población estuvo conformada por 40 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cardiovascular.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1 Criterios de Inclusión:

- Paciente con diagnóstico de Enfermedad Cardiovascular.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

3.4.2 Criterios de Exclusión:

- Paciente con enfermedad sobre agregada a la enfermedad cardiovascular.

3.5 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario, el cual consto de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos (ANEXO B). El mismo que fue sometida a jueces de expertos, siendo la información procesada en la tabla de Concordancia y Prueba Binomial. (ANEXO D)

Posterior a ello se llevó a cabo la prueba piloto a fin de establecer la validez estadística del instrumento mediante la prueba Coeficiente de Correlación Ítem -Test: R de Pearson. (ANEXO G) y para la confiabilidad de aplico la Prueba de Coeficiente de Confiabilidad de Kuder-Richardson. (ANEXO H)

3.6 PROCESO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Para la implementación del estudio se realizó el trámite administrativo a través de una carta dirigido al Director del Hospital para obtener la autorización para la realización del estudio. Luego se llevó a cabo la coordinación con el departamento de Enfermería y el medico jefe de la consulta externa para establecer el cronograma de la recolección de datos considerando 15-20 minutos para su aplicación.

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados mediante el uso del programa Microsoft Excel XP previa elaboración de la tabla de códigos (ANEXO E) y la Tabla Matriz de Datos. (ANEXO F)

Los resultados del presente estudio fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para el análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva que está dada por la frecuencia absoluta, porcentaje y promedio aritmético valorando la variable de estudio en presente y ausente.

3.7 CONSIDERACIONES ETICAS

Para la ejecución del estudio se tuvo en cuenta con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los sujetos de estudio, es decir, los pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial; y con la información otorgada solo será utilizada para los fines del estudio. (ANEXO C)

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

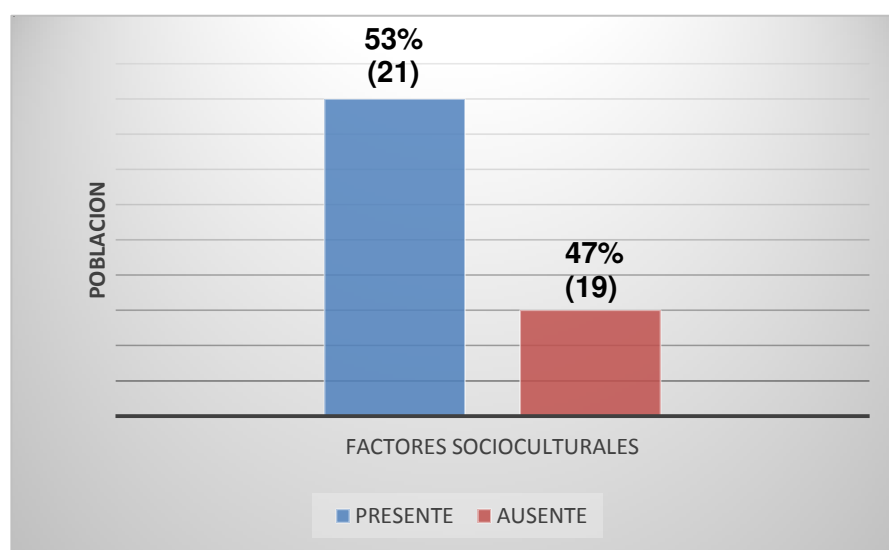
4.1. RESULTADOS:

Sobre los datos generales de los pacientes que acudieron al consultorio de cardiología del HSJL tenemos que del 100%(40) el 60% (24) es de sexo masculino mientras que 40% (16) sexo femenino, teniendo la mayoría edades comprendidas entre 35 a 50 y 51-60 años con un 40%(16) respectivamente. .

Por lo expuesto se puede deducir que la mayoría de la población está entre las edades de 35-60 años, es decir son adultos maduros, son de sexo masculino, proceden de la región sierra y selva son empleados y obreros, tienen educación secundaria y superior completa. (ANEXO J)

GRAFICO Nº 1

FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA- HSJL LIMA – PERÚ 2017



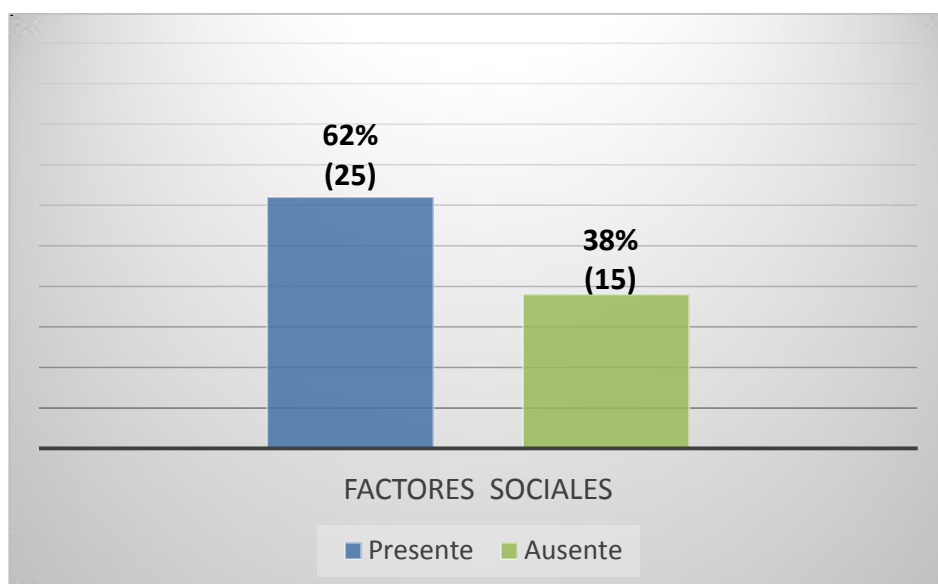
FUENTE: Entrevista realizada a los pacientes del consultorio de cardiología del HSJL- 2017

En cuanto a los factores socioculturales asociados a enfermedad cardiovascular de los pacientes que acuden al consultorio de cardiología del hospital San Juan de Lurigancho, del 100% (40 pacientes) 53% (21) refieren que está presente y 47% (19) ausente.

Los aspectos que están presente están dados porque 60%(24) manifiesta que su ingreso económico no les alcanza para cubrir los gastos de la familia y 70%(28) no tiene horarios fijos para su alimentación; mientras que los factores sociales ausentes están dados porque 70%(28) refiere mantener buena relación con sus jefes y 60%(24) no tiene el habito de fumar con frecuencia. (ANEXO N)

GRAFICO Nº 2

FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA- HSJL LIMA – PERÚ 2017

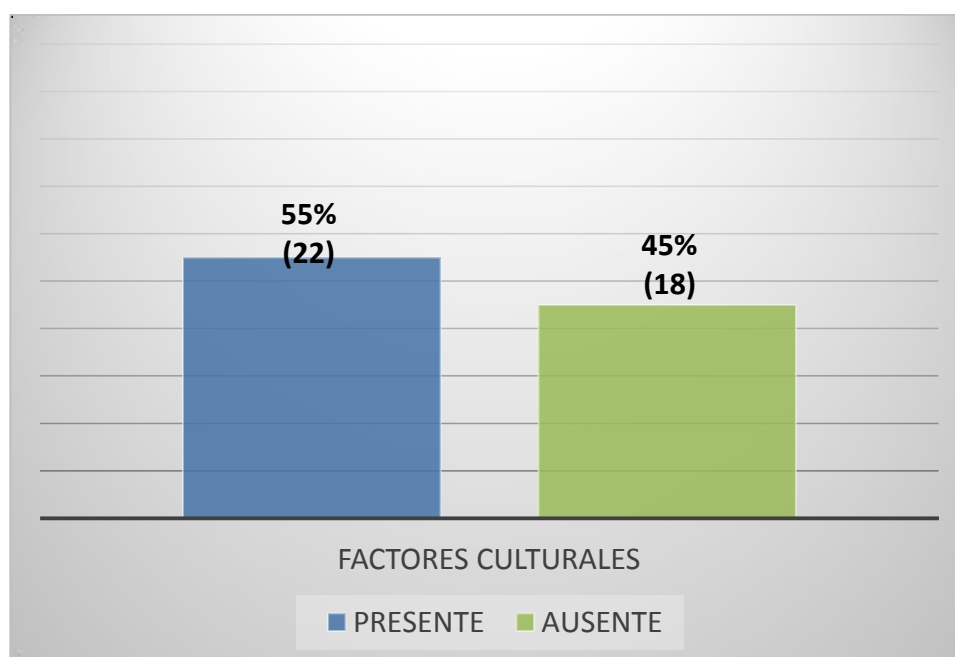


FUENTE: Entrevista realizada a los pacientes del consultorio de cardiología del HSJL- 2017

Respecto a los factores sociales asociados a enfermedad cardiovascular de los pacientes que acuden al consultorio de cardiología del hospital San Juan de Lurigancho, del 100% (40 pacientes) 62% (25) esta presente y 38% (15) ausente.

El 60% (24) refiere que su ingreso económico no alcanza para cubrir los gastos de su familia, 75%(30) no se siente estable en su trabajo, 60%(24) mantiene una relación cordial con sus compañeros y reacciona positivamente frente a algún problema, ya sea intentando solucionarlo o calmándose.

GRAFICO Nº 3
FACTORES CULTURALES ASOCIADOS A ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DEL
CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA – HSJL
LIMA – PERÚ
2017



FUENTE: Entrevista realizada a los pacientes del consultorio de cardiología del HSJL- 2017

Respecto a los Factores Culturales asociados a enfermedad cardiovascular de los pacientes que acuden al consultorio de cardiología del hospital San Juan de Lurigancho, del 100% (40 pacientes), 55% (22) está presente y 45% (18) ausente.

Estos aspectos están presentes porque 70%(28) no tiene horarios fijos para su alimentación, 50%(20) le aumenta sal a las comidas y están ausentes dado a que 70%(28) no consume regularmente embutidos ni productos de conserva, y 50%(20) realiza actividad física siendo el

baile, las caminatas, el ciclismo, y el futbol las actividades más frecuentes

4.2. DISCUSION:

Hoy en día la enfermedad cardiovascular afecta a países de bajos y medianos recursos y es la causa de muerte de 1.6 millones de fallecimientos por año en las Américas.

Estas enfermedades tienen un origen multifactorial y destacan, por su importancia, los denominados factores de riesgo cardiovascular (FRCV); sin embargo, durante los últimos años, gracias al desarrollo de investigaciones y a la mejor comprensión de los mecanismos aterogénicos, se han señalado nuevos factores que pueden ocupar un papel importante en la génesis de esta enfermedad. Los factores de riesgo clásicos aportados por el modelo bio-médico son muy relevantes en el sentido de que por medio de ellos, se pueden realizar asociaciones estadísticas entre los factores de riesgo y las enfermedades cardiovasculares (ECV). Sin embargo, estas asociaciones dejan de lado otras muchas circunstancias que podrían reflejar información de suma relevancia para el estudio de las cardiovasculares. Los factores socioculturales tienen un papel modulador sobre los factores clásicos de riesgo, los cuales son generalmente biológicos.

Existen numerosos factores socioculturales que poseen diversos niveles de influencia en la aparición y prevalencia de la ECV. El estudio Alameda County, realizado durante el transcurso de 20 años (1974-1994), presentó los siguientes resultados: El desempleo, la percepción de un bajo rendimiento laboral y la inestabilidad laboral son factores de

riesgo independientes para el desarrollo de HTA en los varones. El bajo status es un factor de riesgo independiente en las mujeres. Otros factores socioculturales (bajos niveles de educación, raza, prestigio laboral) tuvieron una relación significativa en la aparición de ECV. El patrón de estos predictores socioculturales es diferente en mujeres y varones ya que en estos últimos son más importantes los factores relacionados con el trabajo (desempleo, preocupación por la pérdida del trabajo y conciencia de un pobre rendimiento), y en la mujer los referidos al grado de bienestar psicológico.

Los factores sociales y culturales inciden de forma directa en los procesos relacionados a la salud, es preciso tener en cuenta el ambiente familiar, la pertenencia a una condición social y económica, el nivel de estudios, así como determinantes importantes como las costumbres y hábitos que pueden tener influencia sobre la conducta.

Podemos decir que las enfermedades cardiovasculares reciben influencias, por una parte, de los factores clásicos de riesgo, los cuales resultan insuficientes para explicar la elevada incidencia observada en este tipo de enfermedades. A consecuencia de esto, resulta necesario investigar sobre nuevos factores de riesgo que puedan complementar la información que nos dan los factores del modelo biomédico.

Los resultados hallaron que la incidencia de los factores socioculturales en la génesis de la enfermedad cardiovascular puede ser tan importante que los factores de riesgo convencionales.

Segura Vega Luis (2006) concluyó que la prevalencia de hipertensión arterial en el Perú es 23.7%; hipercolesterolemia 10%; Diabetes 3.3%; fumadores 26.1%, Obesidad 11.4%, Sobrepeso 34.6%; en relación a la

Actividad deportiva el 56.8% de la población no realiza deportes. El presente estudio 53% (21) presenta factores socioculturales asociados a la ECV. Por ello, se demuestra, lo que en epidemiología es conocido, que los factores de riesgo cardiovascular varían de una población a otra, dependiendo de caracteres étnicos, culturales, migratorios, hábitos, costumbres, estado socioeconómico, calidad de vida, y en nuestro medio las regiones geográficas y las grandes alturas son factores relativos

El principal hallazgo de este estudio es que el nivel económico bajo es el principal factor social que contribuye a producir un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Uno de los factores sociales que contribuyen a producir un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular más estudiados y que no se incluye en la relación de la AHA es la posición socioeconómica baja, que se refleja en los ingresos, la ocupación, el nivel de estudios u otros recursos. Se ha demostrado repetidas veces que este factor se asocia a otros factores de riesgo médicos establecidos que contribuyen a aumentar en mayor medida el riesgo cardiovascular.

De manera más general, se ha demostrado que una situación económica desfavorable, un bajo nivel de estudios, una ocupación de bajo nivel y una mala situación en el mercado laboral constituyen un riesgo para la salud en las sociedades occidentales. La posición socioeconómica del individuo es multidimensional, y se considera que las dimensiones de mayor relevancia para las diferencias de salud son los estudios, la clase social basada en la ocupación y los ingresos económicos. Aunque las medidas del mismo concepto están

interrelacionadas, las diferentes dimensiones de la posición socioeconómica resaltan aspectos específicos de ella.

El nivel de estudios está determinado de manera muy importante por la posición socioeconómica de los padres, la cual, a su vez, contribuye a determinar la clase social, los ingresos y los conocimientos de un individuo, todo lo cual está interrelacionado con otros recursos no materiales que es probable que tengan repercusión en la salud.

Durante décadas se han propuesto y debatido de manera constante diversas explicaciones para la relación gradual existente entre la posición socioeconómica y la incidencia de la enfermedad cardiovascular, que hace que haya un riesgo superior asociado a la posición socioeconómica más baja. Se han presentado dos hipótesis o explicaciones principales del gradiente de posición socioeconómica-salud.

Según la hipótesis de la causalidad social, las diferencias de salud socioeconómicas se explican por el hecho de que se experimentan factores de estrés y situaciones de adversidad en los grupos de posición social baja en comparación con las experiencias más favorables de los grupos de clase social más alta ⁽⁷⁰⁾. Estas experiencias pueden estar relacionadas con factores materiales, psicosociales o de ambos tipos. Según la hipótesis de selección de salud, el estado de salud de un individuo es uno de los factores que influyen en la posibilidad de ascenso o descenso social. Los individuos con buena salud tienen una mayor probabilidad de ascender en la escala social, y los que tienen una mala salud tienen una mayor probabilidad de descender en ella. ⁽⁷¹⁾

Según la literatura indica que la situación laboral y su concomitante modo de vida contribuyen al riesgo de la enfermedad cardiovascular por encima y más allá del trabajo físico inherente al puesto en cuestión. Hasta cierto punto esto se relaciona con la naturaleza del trabajo y con los estilos de vida y pautas de conducta de los individuos. Por ejemplo, en su estudio de la Cardiopatía Isquémica en Israel, Médiale y sus colegas informaron que uno de los descubrimientos estadísticamente importantes fue el de las relaciones de los hombres con sus superiores o supervisores en el trabajo. Problemas serios con sus superiores o superiores que nunca mostraron apreciar su trabajo, fueron hechos asociados con un aumento considerable en la incidencia de las ECV; ya que ello genera estrés e insatisfacción en el trabajador.

Proasa, afirma que del ingreso económico dependerá el nivel y forma de vida (psíquica, biológica, etc.) porque el individuo, familia y comunidad tienen necesidades cuya satisfacción está en base al esfuerzo económico, tal es así que un ingreso económico bajo, no permitirá que se asigne algo para la recreación, y limitará la cantidad de bienes y servicios que pueda adquirir para satisfacer necesidades de alimentación, protección de la salud para hacer frente a las diferentes enfermedades.

Marmot MG, Smith y otros (1967) concluyo que existe una asociación inversa entre grado (nivel) del empleo y la mortalidad por enfermedades del corazón y una gran variedad de otras causas. Los hombres en la categoría más baja (mensajeros, porteros, etc.) tuvo una tasa tres veces mayor de mortalidad que los hombres en el grado más alto (los administradores). A través de este estudio Whitethall II se relacionó el clima laboral, la jerarquía en el centro de labores; específicamente el grado en el empleo con el desarrollo o mortalidad

por enfermedad cardiovascular. Los investigadores concluyeron que “más atención se debe prestar a los ambientes sociales, al sistema de trabajo, y a las consecuencias de la desigualdad de la renta. El resultado del estudio menciona que 32%(13) es obrero y 38%(15) empleado además 30%(12) no mantiene buena relación con su jefe y 40%(16) la relación con sus compañeros no es respetuosa ni cordial.

Además, las personas en el sector profesional realizan para su salud auto tratamiento o automedicación, en este sector la mayor parte de situaciones de salud es identificada y tratada. Mientras que las personas no profesionales recurren a curanderos populares y/o medicina alternativa. Dentro de este grupo se encuentran: obreros, independientes, empleados, amas de casa. Por lo que el trabajo puede favorecer o limitar el cumplimiento del autocuidado.

Según Kozier “la higiene, los hábitos alimentarios y la propensión a buscar asesoramiento sanitario y seguir los regímenes terapéuticos, varía entre los grupos con ingresos altos y aquellos con bajos ingresos”.

Con respecto a la dimensión Factor Cultural, Taylor define la cultura como: “Aquel complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto a miembro de la sociedad”. Desde la perspectiva antropológica, la cultura es la matriz de los hábitos y las costumbres en todas sus esferas de aplicación: desde la alimentación a la actividad física, el deporte o la vestimenta. En este marco teórico, confluyen lo individual y lo colectivo explicándose mutuamente en una trama compleja y variable. Quienes diariamente estamos en contacto con personas que padecen enfermedades

cardiovasculares sabemos que la cultura ejerce una notable influencia sobre ellas, y en más de una forma.

Si aceptamos que: “Cultura es aquella compleja mezcla de creencias, valores y actitudes que se perpetúan en un mismo grupo social”, es posible comprender cómo puede modelar los patrones de pensamiento, de comportamiento, la forma de percibir la realidad y las definiciones de lo que es salud y enfermedad. La cultura influye sobre la conducta vinculada a la salud de varias formas: Aporta definiciones acerca de lo normal y lo patológico, provee un repertorio de explicaciones causales para los síntomas, determina roles vinculados a quién es el enfermo y cómo debe actuar, legitima procedimientos de asistencia sanitaria y conforma hábitos y prácticas que facilitan o previenen la enfermedad.

Los hábitos alimentarios constituyen uno de los elementos centrales de la cultura de todo grupo social. Sus características no son únicamente los elementos nutricionales que la integran, sino un variado conjunto de componentes sociales, rituales, étnicos y económicos que determinan el resultado final observable. Los buenos hábitos alimentarios reducen la incidencia de enfermedad cardiovascular. Muchos estudios han determinado que existen correlaciones entre la enfermedad cardiovascular y la cantidad de grasas en los alimentos, hay un notable volumen de pruebas de que lo mismo ocurre con el colesterol alimentario. Así mismo la actividad física regular de intensidad suficiente para mejorar y mantener un buen estado cardiorrespiratoria, es la más beneficiosa para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

El hábito de fumar contribuye a la aparición de gravedad de las enfermedades cardiovasculares en tres formas en primer lugar, la inhalación del humo aumenta el nivel del monóxido de carbono en la sangre. la hemoglobina que es el pigmento que transporta el oxígeno, se combina más fácilmente con el monóxido que con el oxígeno por lo que se aporta en poca cantidad y el corazón aumenta más su trabajo para producir la misma cantidad de energía. Segundo el ácido nicotínico en los productos del tabaco desencadena la liberación de catecolaminas que causan constricción arterial, el flujo sanguíneo y la oxigenación subsecuente están comprometidas. Tercero, el consumo de cigarrillos aumenta la adhesión plaquetaria, lo que conduce a una elevada probabilidad de formación de trombos. También existen pruebas de que la ingestión de más de tres copas por día (30gr etanol por día) causa perjuicios biológicos y sociales.

Ferrante Daniel (2005) concluyó que la baja actividad física 46.2%, consumo de tabaco 33.4% 18 a 64 años y 29.7% en adultos, presión arterial elevada 34.4%, sobrepeso –obesidad 49.1%, bajo consumo de frutas y verduras 35.3%, consumo de alcohol 9.6% se observó con mayor prevalencia en la población de menores ingresos con necesidades básicas insatisfechas y menos nivel educativo. Los resultados obtenidos que fueron: 60% (24) tiene nivel educativo bajo, 35%(14) se alimenta saludablemente, 50%(20) realiza actividad física, 40%(16) tiene el hábito frecuente de fumar, y 45%(18) consume habitualmente alcohol tenemos que los resultados difieren, esto podría deberse a características propias de su población, en las que se demuestra como el estilo de vida de una persona afecta a los riesgos de enfermar y morir a causa de una enfermedad cardiovascular. El fumar, beber alcohol, el tipo de alimentos y la realización de ejercicio

han sido subrayadas como conductas muy directamente relacionadas con la salud.

Analizados los datos, se puede afirmar que todos los participantes de la investigación presentan factores culturales y sociales de riesgo relacionados; el tipo de actividad laboral y el ambiente que en este halla influenciara en gran medida en la incidencia de las ECV, ya que muchas veces le es más prioritario trabajar que realizar su autocuidado, debido a que tienen que cubrir las necesidades del hogar, puesto que la mayoría son trabajadores independientes y en algunos casos son el sustento de la familia.

Así mismo los pacientes al no contar con un soporte económico adecuado no les permitirá adquirir servicios para controlar su enfermedad como son los controles médicos, el tratamiento terapéutico; que muchas veces podrían ser interrumpidos por falta de recursos económicos, además de la recreación, una buena alimentación saludable, entre otros.

Finalmente , se trata también de nuevos enfoques que deben adoptar los especialistas de salud pública, epidemiólogos y profesionales clínicos que tratan con la salud cardiovascular, cuyo énfasis tradicional debe ampliarse para considerar la dimensión social-cultural con directrices de una labor preventiva y de promoción de la salud con mayor alcance y con perspectivas cada vez más integrales .Del mismo modo, el personal de enfermería debe fomentar la participación de la población en el cuidado y mantenimiento de su salud. Con ello, se espera que, en un futuro próximo, disminuya la incidencia de las enfermedades cardiovasculares.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En la presente investigación se pudo determinar que los factores socioculturales están presentes en la mayoría de los pacientes referidos a que el ingreso económico que perciben no alcanza a cubrir todas sus necesidades de protección, no se sienten estables en el trabajo, además que las horas en el trabajo les da menos tiempo para realizar alguna actividad física o compartir con la familia. Así mismo la necesidad de trabajar los limita a seguir estudiando y/o culminar estudios lo que dificulta su capacidad de conocimiento y entendimiento sobre su enfermedad.
- En cuanto a los factores sociales la mayoría manifiesta que el nivel económico es deficiente; reflejado en un ingreso económico bajo; lo que limita la cantidad de bienes y servicios que pueda adquirir el paciente para satisfacer necesidades de protección de la salud como controles médicos periódicos, cumplir tratamiento o solventar algunas medidas de prevención. Además de un entorno laboral que no le brinda la seguridad y estabilidad que el paciente necesita para sentirse más tranquilo.
- Respecto a los factores culturales presentes en la enfermedad cardiovascular el nivel de instrucción y la poca costumbre de realizar ejercicio físico son los más predominantes, siendo por lo tanto no favorable en la prevención de las enfermedades

cardiovasculares, seguido de un porcentaje significativo en el que su alimentación es saludable, y existe un bajo consumo de alcohol y tabaco.

5.2 RECOMENDACIONES

- Elaborar estudios con enfoques cualitativos para profundizar los hallazgos.
- Realizar estudios comparativos entre poblaciones de diferentes status sociales.
- Desarrollar actividades preventivo promocionales (charlas educativas, elaboración de trípticos, programas educativos, etc.) dirigido a pacientes y familiares a fin de contribuir en su autocuidado.

5.3. LIMITACIONES

- Los resultados y conclusiones derivados del estudio son generalizables para la población en estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. (1) (2) (4) OMS. Informe sobre la Salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
2. (3) Segura Vega Luis, Regulo Agustín C.; Dr. José Parodi Ramírez e investigadores del estudio. "Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú"- Estudio Tornasol. Sociedad Peruana de Cardiología. Revista Peruana de Cardiología. Vol. XXXII N° 2.
3. (5) Organización Panamericana de la Salud; Boletín Panamericano de Sanidad. Vol. 10; N° 5; Noviembre; 2001.
4. (6) MINSA - Oficina General de Estadística e Informática; Indicadores de Salud en el Perú; 2007.
5. (7) Lip Cesar, Rocabado. Fernando MINSA: "Determinantes Sociales de Salud en Perú"; Cuadernos de Promoción de la Salud N°17.Lima; 2015. Pág. 84pp.
6. (8) Laurell, Asa Cristina. 1982. "La Salud Enfermedad como proceso social"; Revista Latinoamericana de Salud. México. N°2- 725 pp.
7. (9) (11) Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. Principales causas de mortalidad por sexo en el Perú; 2011.

8. (10) Veliz Silva María Victoria, Aquino Y Nancy Gladys. Malqui V. Rocío “Análisis Situacional de Salud Hospitalaria- Hospital San Juan de Lurigancho”; Oficina de Epidemiología de la Dirección de Salud IV LIMA ESTE; Perú; 2015.
9. (12) Gonzales Zobla G., Grau M., Muñoz M., Martie R., Sanz H., e Investigadores del Estudio REGICOR.” Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio”. Revista Española de Cardiología. 2010; Vol. 63. N° 9; Pag. 1045-1053.
10. (13) Ferrante Daniel, Virgolini Mario; “Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: Prevalencia de factores de riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en el Argentina”. Revista Argentina de Cardiología 2007; Vol. 75. Pág. 20-29.
11. (14) (73) Castro Pablo, Verdejo Hugo, Eduardo Garcés, Roberto, Luis Concepción Sepúlveda, Fernando Lanas, Víctor Rossel, Silvana Llevaneras, José Luis Vukasovic. “Influencia de factores socio-culturales en la evolución alejada de pacientes con insuficiencia cardíaca”. Revista Chilena de Cardiología - Vol. 28 N°1, Pag 51-62, Chile; 2009.
12. (15) Marmot MG, Smith, y otros. Estudio Whitehall II. “Las desigualdades sociales en salud entre los funcionarios públicos británicos”. Londres;1967.
13. (16) Hernández Escolar Jacqueline, Yaneth Herazo Beltrán y María Valero V.; “Frecuencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria joven”. 2010. Colombia.

14. (17) Segura Vega Luis. "Factores de Riesgo Cardiovascular en el Perú"; Estudio Tornasol. 2006. Pág. 83.
15. (18) Neciosup Orrego Christian, "Factores asociados al no tratamiento de enfermedades cardiovasculares en personas mayores de 40 años. Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011". 2014; Perú.
16. (19) Barrera Chuquiarique Diana Evelyn; "Factores de Riesgo para Enfermedades Cardiovasculares según los Determinantes de la salud presentes en los Choferes de Transporte Público"; 2014, Perú. Pág. 96.
17. (20) Segura Vega, Luis. Factores de Riesgo Cardiovascular en el Perú, Estudio Tornasol. 2006. Pág. 83.
18. (21) Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. Principales causas de mortalidad por sexo Perú; 2011. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp>
19. (22) Soto Linares, Carlos. Congreso Internacional sobre Envejecimiento y Salud Publica: Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores en el Perú.
20. (23) Abbas Kumar, Mitchell Fausto Robbins. "Patología Humana". 8°.Ed. Editorial El Servier Saunders. España. 2008.

21. (24) (25) Torres Luis. Cuidados críticos y emergencias. 1º Edición. Ediciones S.L. Madrid. 2001. Pág. 556.
22. (26) Hospital Universitario San Ignacio. Prácticas y procedimientos, guía de práctica clínica. 1ª edición. Ediciones Medicas Latinoamericanas S.A. Bogotá. 2003. Pág. 78.
23. (27) Daniel Cardinali. Neurociencia aplicada, sus fundamentos. 1º editorial. Editorial Médica Panamericana. S.A. Buenos Aires. 2007. Pág. 18.
24. (28) Carol Mattson Porth. Fisiopatología, salud – enfermedad, un enfoque conceptual. 7º edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires. 2007. Pág. 513.
25. (29) (30) Eva Castells Bescós, Antonio Boscá Crespo. Hipertensión Arterial.
26. (31) (71) Dr. Rafael Araujo Gonzales, Dr. Luis Alberto Ochoa Montes, Dr. Tayli López Tutusausi. “Determinantes socio demográficos y muerte súbita Cardiovascular”. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41(3): Pág. 427-440.
27. (32) (33) (34) World Health Organization. “Entornos laborales saludables: fundamento y modelo de la OMS: Contextualización, prácticas y literatura de apoyo”. Editorial OMS. Ginebra. 2010. Pág. 15, 30.
28. (35) Pedro Gil Monte, Eva María Núñez Román, Yango Selvasantoyo. “Relación entre el síndrome de quemarse por el

trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales.”

29. (36) (37) (72) Marcelo G. Colominas: Factores Socioeconómicos y enfermedad cardiovascular; Revista de la Federación Argentina de Cardiología. Vol. 34 N°2, Pág. 234 ,236. Año 2003.
30. (38) Bassuk SS, Berkman LF, Amick BC: El nivel socioeconómico y la mortalidad entre los ancianos: resultados de cuatro comunidades de los EE.UU. Am J Epidemiologia 2002; 155: 520-533.
31. (39) (41) Dr. Berkman LF: Los factores sociales asociados a enfermedad cardiovascular: OMS- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1946.
32. (40) Manrique M. Reyes, Delgado H., Jiménez B. “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y la Universalidad”. 2005.
33. (42) (55) Aranceta J. Foz; M. Gil B. “Dieta y riesgo cardiovascular Estudio DORICA II”. 1° edición. Editorial Medica Panamericana. Madrid. 2007. Pag. 12, 77.
- 34.(43) (49) (50) Aranceta J. Foz; M. Gil B. “Obesidad y riesgo cardiovascular Estudio DORICA.” 1° Edición. Editorial Medica Panamericana. Madrid, 2003. Pag 65, 10, 40.
- 35.(44) Silveira Rodríguez, Manuela. Monereo Megias, Susana. Molina Baena, Begoña. “Alimentos funcionales y nutrición óptima”.
<http://www.scielosp.org/pdf/resp/v77n3/colabora.pdf>

36. (45) Villa López, Marta. Factores de riesgo cardiovascular. Otros factores de riesgo. [citado 2 noviembre]. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/813/>
37. (46) Delgado. Importancia de mantener los horarios de las comidas.
<http://www.vitonica.com/prevencion/la-importancia-de-mantener-loshorarios-de-las-comidas>.
38. (47) Márquez Rosa, Sara. Garatachea Vallejo, Nuria. Actividad física y salud. 1º Edición. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, 2013. Pag. 7.
39. (48) ALU. Alimentación sana y segura. [citado 2 noviembre].
http://www.alu.ua.es/j/jmpg7/formas_de_cocinar_un_alimento.html
40. (51) (52) López García-Aranda, Víctor. García Rubiera, Juan Carlos. Tabaco y enfermedad cardiovascular. Pag 107
41. (53) (54) LOPEZ FARRE, Antonio. MACAYA MIGUEL, Carlos. Libro de la salud cardiovascular del hospital clínica san Carlos y la fundación BBVA. Pag. 578, 579
42. (56) Salinas Cesar A.. Factores de riesgo sociales de la enfermedad cardiovascular.
<file:///C:/Users/Computer/Desktop/INVESTIGACION/salinas.PDF>
43. (57) Bucher HC, Ragland Dr. Los indicadores socioeconómicos y la mortalidad por enfermedad coronaria y el cáncer: Salud Pública 1995;85: Pag.1231-1236.

44. (58) (59) Padilla H. León Factores Socio Culturales a considerar en la Interpretación de las Enfermedades Psico-Sociales. Revista Médica HONDUR. VOL. 44. 1976.
45. (60) (61) Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Ministerio de Sanidad, Madrid, 2005.
46. (62) Saban Ruiz, José. Epidemiología de la enfermedad cardiovascular. 1°ed. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, 2012. Pag 52.
47. (63) (64) Flichtentrei Daniel. Antropología y factores culturales de las enfermedades: “Factores culturales y antropológicos de la enfermedad cardiovascular”. XXIV Congreso Nacional de Cardiología FAC, 2005.

BIBLIOGRAFIA

Cajachagua Espinoza, Arones; Roja Moscoso Neira. “Factores de riesgo Coronario en adultos mayores del Hospital Dos de Mayo” presentado por el II Congreso Panamericano de Medicina UNMSM-Perú .2000

Susanna, Sans Menéndez. Módulo 6: “Enfermedades Cardiovasculares”.

Ministerio de Sanidad. “Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica”. Madrid, 2005.

Rogelia Perea Quesada. “Educación para la salud”. 1°ed.Editorial Díaz de Santos. Madrid. 2003.

Robert A. Harrison. “Principios de Medicina Interna”. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. España-1997.

Bárbara Kozier. “Fundamentos de Enfermería “Editorial Interamericano. España.

Proasa.” Sociología de la Medicina o la Teoría de las palabras- Estructura Social y Enfermería”. Editorial Proasa -Perú.

Juárez García A.” Factores Psicosociales laborales y salud Cardiovascular”. Salud Publica de México/Vol. 49 N° 2 – 2007.

Haward E. Freeman, Sol Levine, Leo G. "Manual de Sociología Médica. Fondo de Cultura Económica. 1998. Biblioteca de la Salud. 1º Edición en español.

Robert Hernández Sampieri. "Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México - 2003.

<http://www.msssi.gob.es/campannas/campannas07/cardiovascular3.htm>

<http://www.fac.org.ar/1/revista/02v31n4/intgral/inge01/salinas.PDF>

www.revespcardiol.org

www.sac.org.ar/revista-argentina-de-cardiologia/

www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÁG.
A	Operacionalización de la variable	I
B	Instrumento	II
C	Consentimiento Informado	VII
D	Tabla de Concordancia - Prueba Binomial	VIII
E	Matriz de Codificación	IX
F	Tabla Matriz de Datos	XI
G	Validez del Instrumento	XIII
H	Confiabilidad del Instrumento	XIV
I	Medición de la Variable	XV
J	Datos Generales de los pacientes con enfermedad cardiovascular, del consultorio de cardiología. HSJL. Lima-Perú 2017	XVII
K	Factores Sociales y Culturales presentes en los pacientes con enfermedad cardiovascular, del consultorio de cardiología HSJL. Lima-Perú 2017	XIX

ANEXO B



UNMSM-FM-UPG
PSEE-2017

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

Buenos días, mi nombre es Myrella Achata Guerra, soy Licenciada de Enfermería de la especialidad de Cardiología de la UNMSM, a continuación, se le presenta el siguiente cuestionario con la finalidad de identificar los factores sociales y culturales que influyen en la evolución de la enfermedad cardiovascular, a fin de poder contribuir en la elaboración de programas educativos para mejorar la calidad de atención que se le brinda.

Cabe mencionar que dicho formulario es de carácter anónimo y confidencial. Se agradece anticipadamente su participación. Gracias

INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta una serie de preguntas asociadas a situaciones laborales, económicas, familiares, y algunas costumbres; se le presentara alternativas de las cuales tendrá que marcar con una (X) la respuesta que crea conveniente.

DATOS GENERALES DEL PARTICIPANTE

- Edad:
- Sexo M () F ()
- Ocupación
 - Obrero () Empleado ()
 - Desocupado () Comerciante ()
- Grado de instrucción:
 - Analfabeto ()
 - Primaria Completa () Primaria Incompleta ()
 - Secundaria Completa () Secundaria Incompleta ()
 - Superior Incompleto () Superior Completo ()
- Procedencia:
 - Sierra () Selva () Costa ()

DATOS ESPECIFICOS

1. ¿Cuál es el Ingreso económico mensual?
 - a) < 750 nuevos soles
 - b) De 750-a 1200 nuevos soles
 - c) De 1200 a más nuevos soles.

2. ¿Su ingreso económico alcanza lo suficiente para cubrir los gastos de su familia? (alimentación, educación, salud, recreación)
 - a) No ()
 - b) Si ()
 - ¿Porqué? _____

3. ¿Cuál es su condición laboral?
 - a) Eventual ()
 - b) Nombrado ()
 - c) Contratado ()

4. ¿Se siente estable en su trabajo?
a) No ()
b) Si ()
¿Porqué? _____
5. ¿Qué cantidad de horas le dedica a su trabajo? _____
6. ¿Cómo se siente con su trabajo?
a) Satisfecho
b) Insatisfecho
c) Indiferente
7. Es buena la relación con sus jefes
a) Si
b) No
8. ¿La relación con sus compañeros de trabajo es respetuosa y cordial?
a)
b) Si
c) No
9. Frente a algún problema cómo reacciona:
a) Gritando
b) Golpeando (persona u objetos)
c) Intento calmarme
d) Me quedo callado
e) Intento solucionarlo.
10. Su trabajo a menudo interfiere con su familia y las obligaciones sociales o necesidades personales.
a) No ()
b) Si ()
c) A veces ()
11. ¿Cuántas veces al día ingiere alimentos? (comidas principales)
a) 1 o 2 veces
b) 3 o 4 veces
c) 5 a más
12. ¿Tiene horarios fijos para su alimentación? Si () No ()
13. ¿Cuál es el tipo de preparación de sus alimentos más frecuente?
a) Guisado
b) Frito

- c) Asado (horno)
 - d) Al vapor
 - e) Hervido
 - f) Microondas
14. Habitualmente, ¿consume estos alimentos?
- a) Pollo, pescado
 - b) Carne de res, carne de cerdo
 - c) Huevos y quesos
 - d) Embutidos (salchicha, jamón, chorizo, etc.)
15. Seleccione los alimentos que consume con frecuencia
- a) Pan, empanadas, kekes
 - b) Galletas, snack (Ej: Papitas Lays)
 - c) Arroz, fideos
 - d) Yuca, camote, papa
 - e) Lentejas, arvejas, frijoles
16. ¿Consumes algunos de estos alimentos frecuentemente?
- a) Mantequilla
 - b) Margarinas
 - c) Mayonesa
 - d) Mondongo, hígado, relleno
 - e) Palta, nueces, pecanas
 - f) Otros: _____
17. En la semana, ¿Cuántas veces consume frutas y/o verduras?
- a) Todos los días
 - b) Interdiario (3 o 4 veces por semana)
 - c) Pocas veces o nunca
18. ¿Le aumenta sal a las comidas?
- a) Siempre o casi siempre
 - b) Raras veces
 - c) Nunca
19. ¿Consumes productos en conserva y/o embutidos regularmente?
- a) Si
 - b) No
20. ¿Realiza actividad física?
- a) Siempre o casi siempre (3 o más veces por semana)
 - b) Raras veces (1 o 2 veces por semana)
 - c) Nunca

21. ¿Qué tipo de actividad física realiza?
- a) Ciclismo
 - b) Fútbol
 - c) Caminatas
 - d) Maquinas, pesas
 - f) Baile
22. ¿A qué hora realiza la actividad física?
- a) Mañana (6 am – 11am)
 - b) Tarde (12 pm – 5pm)
 - c) Noche (6pm – 11pm)
23. ¿Fuma cigarrillos?
- a) Si
 - b) No
24. Si la respuesta es sí, ¿Cuál es la frecuencia?
- a) Frecuentemente (todos los días)
 - b) Algunos días en la semana
 - c) Muy pocas veces
25. ¿Consume bebidas alcohólicas?
- a) Si
 - b) No
26. Si la respuesta es sí, ¿Cuál es la frecuencia?
- a) Frecuentemente (2 a 3 veces por semana)
 - b) Algunas veces (1 vez por semana)
 - c) Pocas veces (algunas veces del año)

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio se ha diseñado para identificar los factores socioculturales que influyen y/asocian a enfermedad cardiovascular, los resultados que se obtendrán de esta investigación será importante para desarrollar estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad.

El estudio consiste en una entrevista directa que por sí mismo no constituye riesgo para los participantes, quienes estarán en la libertad de poder retirarse del estudio o no contestar al cuestionario en el momento que deseen, los datos serán absolutamente confidenciales.

No existe ningún beneficio directo por la participación, ni se entregará compensación alguna por participar en el estudio.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

YO, _____, he leído la información precedente o esta me ha leído. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del estudio y todas las preguntas han sido absueltas a mi satisfacción. Yo consiento voluntariamente participar en el estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto implique mi perjuicio en mi persona.

FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° JUECES								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado

1: Si la respuesta es positiva

0: Si la respuesta es negativa

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez.

Los resultados son menores de 0.05 por lo tanto el grado de concordancia es significativo.

ANEXO E

MATRIZ DE CODIFICACIÓN

Datos generales:

- Edad:
 - 35-50 (1)
 - 51-60 (2)
 - 60 - a mas (3)
- Sexo
 - Femenino (1)
 - Masculino (2)

Se les otorgó riesgo (valor = 1) a las siguientes respuestas:

- Ocupación: desocupado
- Grado de instrucción: Analfabeto, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta
- Procedencia: sierra, selva.

Datos Específicos:

1. Menos de, <750 N/S, DE 750-1200 N/S.
2. No
3. Eventual, Contratado
4. No
5. Más de 8 horas de trabajo diario
6. Insatisfecho
7. No
8. No

9. Gritando y golpeando.
10. Si
11. 5 a más
12. No
13. Frito
14. Carne de res, carne de cerdo y embutidos.
15. Pan, empanadas, queques; galletas, snack; arroz y fideo.
16. Margarina, mayonesa; mondongo, hígado, relleno.
17. Pocas veces o nunca
18. Siempre o casi siempre.
19. Si
20. Rara veces y nunca
21. Maquinas, pesas
22. Tarde y noche
23. Si
24. Algunos días en la semana y frecuentemente
25. Si
26. Frecuentemente y algunas veces.

ANEXO F

TABLA MATRIZ DE DATOS

N°	Datos Generales					Datos Específicos																										TOTAL		
						Factores Sociales										Factores Culturales																		
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	T	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		26	T
1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	9	23
2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	9	22	
3	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	7	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	10	21	
4	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	16	
5	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12	23	
6	2	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	9	22
8	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	
9	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	12	24
10	2	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	5	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	8	20
11	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	7	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	8	21
12	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	22	
13	1	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	15
14	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	7	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	6	15
15	1	2	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	5	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	7	15
16	1	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	7	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	18
17	1	2	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	5	14
18	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	6	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	8	18
19	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	9
20	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	6	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5	18	

N°	Datos Generales					Datos Específicos																										TOTAL		
	Factores Sociales										Factores Culturales																							
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	T	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		26	T
21	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	8
22	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	14	
23	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	18	
24	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	9	
25	2	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	10	
26	2	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	8	
27	3	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	6	14	
28	3	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11	
29	3	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	7	21	
30	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	6	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	9	21	
31	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10	
32	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	7	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11	25	
33	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8	15	
34	3	2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	5	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	9	21	
35	2	2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	6	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	10	22	
36	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	7	20	
37	2	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	11	19
38	3	2	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	13	
39	2	2	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	13	
40	3	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	15	

ANEXO G

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ÍTEM – TEST: R DE PEARSON

$$r_{xy} = \frac{\left(\sum_{i=1}^N X_i Y_i - \frac{\sum_{i=1}^N X_i \sum_{i=1}^N Y_i}{N} \right)}{\sqrt{\sum_{i=1}^N X_i^2 - \frac{\left(\sum_{i=1}^N X_i \right)^2}{N}} \sqrt{\sum_{i=1}^N Y_i^2 - \frac{\left(\sum_{i=1}^N Y_i \right)^2}{N}}}$$

Donde:

r = Coeficiente de correlación

N = Número de personas del conjunto

$\sum x$ = Puntaje obtenido, una persona en un ítem

$\sum y$ = Puntaje obtenido, una persona en todo el instrumento

Nº ITEM	PEARSON	Nº ITEM	PEARSON
1	0.406	14	0.575
2	0.299	15	0.636
3	0.368	16	0.314
4	0.540	17	0.255
5	0.449	18	0.426
6	0.314	19	0.534
7	0.524	20	0.502
8	0.219	21	0.439
9	0.305	22	0.554
10	0.451	23	0.554
11	0.368	24	0.354
12	0.460	25	0.506
13	0.472	26	0.511

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento Cuestionario se procedió a medir con el coeficiente de confiabilidad de Kunderson Richard cuya fórmula es

$$KR - 20 = \left(\frac{k}{k - 1} \right) * \left(1 - \frac{\sum p \cdot q}{Vt} \right)$$

Donde:

$KR-20$ = Coeficiente de Confiabilidad (Kuder Richardson)

k = Número de ítems que contiene el instrumento.

Vt = Varianza total de la prueba.

$\sum p \cdot q$ = Sumatoria de la varianza individual de los ítems.

p = TRC / N; Total respuesta correcta entre número de sujetos

q = 1 - p

Reemplazando los datos se obtiene los siguientes resultados:

$$KR = 26 / 28 * \{ 1 - (6.41 / 28.34) \}$$

$$KR = 0.801$$

Para que exista confiabilidad KR es > 0.8; por lo tanto, el instrumento es confiable.

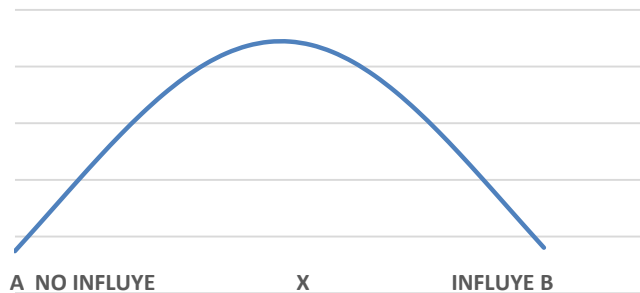
ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

Para clasificar la variable factores socioculturales que están presentes en los pacientes con enfermedad cardiovascular, se calculó el promedio aritmético:

FACTORES SOCIOCULTURALES:

$$X = \frac{354}{40} = 12.58$$



Si: a = 4 b = 21

- Ausente : 4 - 12
- Presente : 13 - 21

FACTORES SOCIALES

$$X = \frac{230}{40} = 5.8$$

- Ausente : 1 - 5
- Presente : 6 - 10

FACTORES CULTURALES

$$X = \frac{273}{40} = 6.8$$

- Ausente : 4 - 5
- Presente : 6 - 14

ANEXO J

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA- HSJL LIMA – PERÚ 2017

DATOS	N	%
GENERALES		
EDAD		
35-50	16	40%
51-60	16	40%
61 a mas	8	20%
TOTAL	40	100%
SEXO		
Masculino	24	60%
Femenino	16	40%
TOTAL	40	100%
OCUPACION	N	%
Obrero	13	32%
Comerciante	7	18%
Desocupado	5	12%
Empleado	15	38%
TOTAL	40	100%
GRADO DE INSTRUCCION	N	%

Analfabeto	4	10%
Primaria Incompleta	4	10%
Primaria Completa	3	8%
Secundaria Incompleta	7	17%
Secundaria Completa	6	15%
Superior Completo	16	40%
TOTAL	40	100%
LUGAR DE PROCEDENCIA	N	%
Sierra	16	40%
Selva	8	20%
Costa	16	40%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Entrevista realizada a los pacientes del consultorio de cardiología del HSJL- 2017

ANEXO K

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES PRESENTES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, DEL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA- HSJL LIMA – PERÚ 2017

ITEM	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
¿Cuál es su Ingreso Económico?	28	70%	12	30%	40	100%
Su ingreso económico alcanza lo suficiente para cubrir los gastos de su familia	24	60%	16	40%	40	100%
¿Cuál es su condición laboral?	28	70%	12	30%	40	100%
Se siente estable en su trabajo	30	75%	10	25%	40	100%
Que cantidad de horas le dedica al trabajo	25	62%	15	38%	40	100%
Como se siente con su trabajo	19	48%	21	52%	40	100%
Es buena la relación con sus jefes	12	30%	28	70%	40	100%
La relación con sus compañeros de trabajo es respetuosa y cordial	16	40%	24	60%	40	100%
Frente a algún problema como reacciona	16	40%	24	60%	40	100%
Su trabajo a menudo interfiere con su familia y las obligaciones sociales o necesidades personales	26	65%	14	35%	40	100%
¿Cuántas veces al día ingiere alimentos?	15	38%	25	62%	40	100%
¿Tiene horarios fijos para su alimentación?	28	70%	12	30%	40	100%
¿Cuál es el tipo de preparación de sus alimentos más frecuente?	14	35%	26	65%	40	100%
Habitualmente ¿Consume estos alimentos? Pollo, pescado/carne de res, carne de cerdo ...	12	30%	28	70%	40	100%
Selecciona los alimentos que consume con frecuencia: pan, empanadas queques...	12	30%	28	70%	40	100%
¿Consume algunos de estos alimentos frecuentemente?	10	25%	30	75%	40	100%

ITEM	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mantequilla, mayonesa, mondongo, palta...						
En la semana ¿Cuántas veces consume frutas y verduras?	14	35%	26	65%	40	100%
¿Le aumenta sal a las comidas?	20	50%	20	50%	40	100%
¿Consume productos en conserva y embutidos regularmente?	12	30%	28	70%	40	100%
¿Realiza Actividad Física?	20	50%	20	50%	40	100%
¿Qué tipo de actividades física realiza? Ciclismo, futbol, caminatas, baile ...	8	20%	32	80%	40	100%
¿A qué hora realiza la actividad física? Mañana, tarde, noche	11	28%	29	72%	40	100%
¿Fuma Cigarrillos? Si/No	16	40%	24	60%	40	100%
Si la respuesta es sí ¿Cuál es la frecuencia? Frecuentemente/algunos días/ muy pocos	11	28%	29	72%	40	100%
Consume bebidas alcohólicas	18	45%	22	55%	40	100%
Si la respuesta es sí ¿Cuál es la frecuencia? Frecuentemente/algunos días/ muy pocos	14	35%	26	65%	40	100%