

**EVALUACIÓN DE LA ACTITUD FRENTE A LAS ENFERMEDADES  
CARDIOVASCULARES EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES  
CARDIOCEREBROVASCULARES DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Estudiantes:

Claudia Elena López Pareja  
Jessenia Ortega Galvis

Asesor:

Olena Klimenko  
Magíster en Ciencias Sociales.

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
ENVIGADO  
2011**

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestros padres y familiares por su apoyo, a los docentes y la facultad que a lo largo de nuestra formación aportaron su conocimiento y experiencia, a la agencia Secretaría de Salud del Municipio de Envigado y la E.S.E Envisalud por abrir sus puertas y convertirse en una escuela mas de nuestras vidas en la que se obtuvieron enseñanzas y experiencias en nuestra formación como Psicólogas y a todas aquellas personas que aportaron un grano de arena en el desarrollo de este trabajo.

## TABLA DE CONTENIDO

	Página
Resumen.....	5
Abstract.....	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	12
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo general.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4. MARCO REFERENCIAL.....	15
4.1 Antecedentes.....	15
4.2 Marco legal.....	17
4.3 Marco Conceptual.....	19
4.3.1 Concepto de enfermedad y salud.....	19
4.3.2 Enfermedad cardiovascular y su prevención.....	22
4.3.3 Aspectos psicosociales de las enfermedades cardiovasculares.....	31
4.3.4 Definición del concepto de actitud.....	42
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	45
5.1 Enfoque de investigación.....	45
5.2 Nivel de investigación.....	46
5.3 Población.....	47
5.4 Muestra.....	48
5.5 Instrumento de recolección.....	48
5.6 Variables.....	48
5.7 Plan de análisis.....	48
5.8 Operacionalización de categorías de análisis.....	49
5.9 Técnica e instrumentos de recolección de información.....	51
5.9.1 Técnica: Escala de actitud.....	51
5.9.2 Técnica: Entrevista semiestructurada.....	52

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	53
6.1 Resultados.....	53
6.2 Discusión.....	69
6.2.1 Diferencia en la actitud según sexo.....	73
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	74
8. PRESUPUESTO.....	75
9. IMPACTO Y RESULTADOS ESPERADOS.....	77
9.1 Resultados esperados.....	77
9.1.1 Generación de nuevo conocimiento.....	77
9.1.2 Fortalecimiento de la comunidad científica.....	78
9.1.3 Apropiación social del conocimiento.....	78
9.2 Impactos esperados.....	79
10.COMPROMISOS Y ESTRATEGIAS.....	79
11.CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	79
12.CONCLUSIONES.....	81
13.RECOMENDACIONES.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	85
ANEXOS.....	91

## RESUMEN

Este trabajo, desarrollado en el ámbito de la psicología de la salud, describe la actitud que asumen los usuarios del “Programa de promoción y prevención de enfermedades cardiocerebrovasculares” del Municipio de Envigado, creado por la Secretaría de Salud, del mismo Municipio y ejecutado por la E.S.E Envisalud, para lo que fue necesario la aplicación de una escala actitudinal tipo Likert y como apoyo para corroborar la información se creó una entrevista semiestructurada que fue aplicada a 302 usuarios, ya mencionada, del programa.

Dicha necesidad de evaluar la actitud con este tipo de enfermedades surge por la poca investigación desarrollada en nuestro país en tal aspecto, pues en el área psicológica, el comportamiento que asumen los pacientes con estas patologías es factor fundamental en un abordaje positivo de su enfermedad y aporta a la calidad de vida de los mismos.

El inicio para desarrollar esta investigación se da en el año 2009 y culmina en el año 2010, año en el que se recolecta la información y se tabula para obtener los resultados de las variables y poder hacer una discusión para finalizar con conclusiones de la investigación y recomendaciones al programa cardiovascular. Quedando este trabajo como un aporte valioso a la Psicología de la Salud marcando pautas para nuevas investigaciones con poblaciones expuestas o en riesgo de padecer estas enfermedades, por lo que es a su vez es una herramienta de estudio para futuras investigaciones.

A continuación, se encontrara el planteamiento del problema, la justificación y el completo desarrollo de la investigación en relación con la actitud frente a las enfermedades cardiovasculares.

## **ABSTRACT**

This project, developed in the field of health psychology, describes the attitude assumed by the users of the "Cardio-cerebrovascular disease promotion and prevention program" of the city of Envigado, created by the Health Secretary for the same city and executed by the E.S.E Envisalud. For which it was necessary to apply a Likert attitudinal scale and in support referred to corroborate the information was created a semi structured interview that was administered to 302 users of the aforementioned program.

This need to evaluate the attitude to these types of diseases arises from the limited research conducted in our country in this aspect. As in the psychological area, the behavior assumed by patients with these conditions is a fundamental factor in the positive development of their disease and contributes to the quality of their life.

The starting point for developing this research is given in the year 2009 and ends in the year 2010. Which information is collected and tabulated to obtain outcome variables and can make an argument to end research findings and recommendations to the cardiovascular program. Leaving this project as a valuable contribution to the Health Psychology marking guidelines for further research with exposed populations or at risk for these diseases, which is in turn is a study tool for such investigations.

Next, you will find the problem statement, the justification and the full development of research on attitudes toward cardiovascular diseases.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

“El estado de enfermedad es aquel que impide al organismo establecer un nexo con las condiciones de su entorno. El hombre enfermo vive en soledad, la cual habita en su interior. Por lo tanto, debemos pensar, evaluar y aprender una lección más, en esta noble tarea del curar”, y en exactitud de pararnos muy detenidamente en las reacciones actitudinales de los pacientes potenciales o diagnosticados hipertensos. Spencer (1875, citado en Maarabi 1985, p. 1).

La perspectiva del enfermo no es la del médico, ni la de sus parientes, ni la de una persona sana, es la dimensión del otro, del que padece la enfermedad cardiovascular y es solo él quien puede crear una actitud frente a su enfermedad. El hombre enfermo es el único que puede superar entonces su estado de soledad, en la cual encontrará dificultades para relacionarse con su entorno; ya que es en éste, en el que se acarrean muchos de los componentes negativos que por medio de los hábitos pocos sanos son riesgos potenciales, y que pueden acelerar los altos costo en la evolución de la enfermedad.

Rostand (1939, citado en Maarabi 1985) “la medicina es más que una profesión, debe tener un alma y su llamado implica no solo la aplicación de conocimientos y pericia profesional, sino también la necesidad de hacer frente a una ocupación humana”. La actitud del paciente es fundamental para la evolución de la enfermedad y el desarrollo del proceso de su intervención. La cura significa el declararle la guerra a la enfermedad y dar la batalla en busca de su recuperación y posteriormente lograr su bienestar. Pero el médico, en esta posición ocupa solo el lugar de un apoyo profesional, portador del conocimiento, mientras que el paciente es holístico en la enfermedad. (Rostand 1939, citado en Maarabi 1985, p. 1)

Desgraciadamente, aún viviendo en una sociedad con múltiples fuentes de comunicación y educación, la mayoría de personas no

conocen cuál es la causa más común de muerte en su país o qué conductas deben seguir para prevenir estas causas. Algunas personas conociendo las conductas recomendables para prevenir las enfermedades cardiovasculares no las siguen, porque desconocen o no miden las consecuencias y ventajas de prevenir esta enfermedad, puesto que no es muy frecuente hablar de ellas y sus factores de riesgo.

Claro está, que no es necesario que estas personas tengan los mismos conocimientos que un médico, pero sí es necesario que tengan una cierta educación y una actitud favorable para llevar a cabo una vida más saludable y prevenir las enfermedades.

La enfermedad cardiovascular inicia precozmente alrededor de la segunda década de la vida y está evaluada como la enfermedad que más vidas cobra en el mundo. La prevención cardiovascular primaria ayuda a retardar o evitar su aparición, así como el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias.

Actualmente, existen múltiples intentos para idear mecanismos que permitan identificar precozmente personas que, sin evidencia clínica de enfermedad coronaria, desarrollarán enfermedad cardiovascular en el futuro.

Lira et al. (2006) señalan que “Las enfermedades cardiovasculares constituyen la tercera causa de invalidez en el sistema actual, lo que implica un alto costo. A esto se le suma la expectativa de aumento de prevalencia de enfermedad de cardiopatía, significará entonces una mayor demanda de recursos en el futuro. Las enfermedades crónicas se han incrementado en tal grado que, estando las enfermedades cardiovasculares entre ellas, hoy estas se ubican como primera causa de muerte en los adultos.” (Lira et al. 2006, p. 3)

Los problemas cardiovasculares no son una consecuencia del envejecimiento como están acostumbrados a relacionarlos, sino más bien un proceso de enfermedad relacionado con factores de riesgo, la mayoría de los cuales están fuertemente asociados al estilo de vida. Teniendo en



cuenta, de que en todas ellas hay una importante base conductual, es decisivo promover programas que permitan modificarla para lograr el bienestar y la salud de la persona.

La prevención implica un trabajo con muchos énfasis educativos, es necesario encararla con motivación, modificando hábitos que reduzcan factores de riesgo que conlleven a un impacto significativo, fundamentalmente porque, toda acción que tienda a preservar la salud, implica una reducción de costos en la totalidad del sistema creado para asistir a la comunidad ante la enfermedad.

Encarar la promoción y prevención desde el punto de vista poblacional implica cambiar globalmente la prevalencia de los factores de riesgo de la comunidad con la intención de modificar realmente el patrón de enfermedad. En este trabajo se busca el impacto de las modificaciones que se produzcan en la comunidad que incidirá notablemente en las conductas individuales, motivo por el que todas las actividades que se programen y efectúen con este enfoque potenciarán a aquellas en la parte individual y será personalizada. Dado que el origen de la enfermedad coronaria es multifactorial, es importante estimar, en las personas sanas, su riesgo absoluto de sufrirla, lo que se define como la probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria; se consideran como principales factores de riesgo el sexo, la edad, los niveles altos de colesterol, la diabetes mellitus, la presión arterial alta y el tabaquismo.

Es fundamental en la prevención de enfermedades cardiovasculares tener conciencia de que se está en riesgo. Por eso es importante que cada persona conozca su estado y parámetros de riesgo y tenga una percepción correcta de la probabilidad de riesgo de ser portador de la enfermedad y lo que esto significa.

El saber el resultado de las mediciones personales, o tener conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular, no basta para que la persona se mueva hacia un cambio en la conducta. *Avis (1989, citado en Lira et al. 2006), "en un estudio de la población en general el*

*nivel de conocimiento del riesgo cardiovascular, la autopercepción de salud y la relación entre conocimiento y conducta. La inconsistencia entre conocimiento y conducta era frecuente, especialmente en fumadores y personas con sobrepeso".* Ese conocimiento no necesariamente conducía a tomar una conducta de reducción de riesgo, pero si ayuda a concientizar el grado de gravedad de la enfermedad y por ende, la posibilidad de un manejo en los hábitos más sanos. ( Avis 1989, citado en Lira et al. 2006 p. 14)

La prevención de enfermedades cardiovasculares se alcanza con hábitos saludables. Adquirir hábitos sanos o modificar los estilos de vida supone la primera acción en el paciente para atacar la aparición o presencia de la enfermedad cardiovascular. Es de real importancia el impacto positivo de un estilo de vida saludable, que incluya la práctica regular de la actividad física, en la prevención de las enfermedades cardiovasculares; positivamente el hecho de enfrentarse a la obesidad y el sedentarismo promoviendo la ya nombrada actividad física e involucrando especialmente primero hábitos saludables para alejar en edad cualquier trastorno cardiovascular o diabético.

Para tener una cultura preventiva, es conveniente proporcionar una adecuada información en la cual se transmita la importancia de los hábitos saludables en el combatir el sedentarismo y sus riesgos cardiovasculares o diabéticos, como también una requerida valoración psicológica, en la que los hábitos alimentarios y el ejercicio entran a jugar un rol imprescindible en el factor de prevención.

La parte actitudinal es fundamental para el tratamiento que requiere los pacientes de la enfermedad cardiovascular, esto comprendido desde la evaluación psicológica, por lo tanto deben ser analizados los diversos factores que han demostrado que guardan relación con los problemas cardiovasculares, entre ellos están la hipertensión, el colesterol, la diabetes, la obesidad, el consumo de alcohol o tabaco, las cuales son conocidas como características psicofisiológicas; así como el patrón de

conducta generado por los rasgos de personalidad, y es por esto que la actitud y la conducta entra a formar un papel importante en los riesgos y la evolución de la enfermedad. Tanto la conducta que ya fue mencionada y la actitud del paciente frente a la enfermedad, como los hábitos poco sanos en la alimentación y algunos hábitos como el alcohol, el tabaquismo, son factores que aceleran la probabilidad de ser portador de una cardiopatía.

Retomando lo expuesto anteriormente, la presente investigación formula la siguiente pregunta: *¿Qué características más comunes presenta la actitud de los usuarios del Programa de promoción y Prevención de enfermedades cardiovasculares del Municipio de Envigado, frente a sus problemas de salud?*

## 2. JUSTIFICACIÓN.

Este trabajo surge a partir de la necesidad de evaluar los estilos de vida saludables, enfatizando en la forma como el paciente asume la enfermedad cardiovascular, ya que según los estudios realizados acerca de este tipo de enfermedades indican que son una de las primeras causas de muerte a nivel mundial.

La realización de la practica investigativa por parte de las investigadoras, permitió dirigir la atención al aspecto actitudinal en los pacientes con afecciones cardiovasculares, pues desde el área de la psicología mucho se ha dicho acerca de la influencia que tiene el estrés con respecto a la enfermedad cardiovascular, como también se han mencionado aspectos importantes sobre la depresión y la relación que se da con este tipo de enfermedades.

Está bien mencionar que este trabajo resulta interesante a nosotras como futuras psicólogas, ya que nos permite indagar en los aspectos emocionales del adulto mayor, pues esta experiencia nos abre grandes caminos con este tipo de población y nos da la oportunidad de crecer y formarnos en un campo poco explorado en nuestro medio, como lo es la actitud frente a la enfermedad.

De igual forma, se pretende dejar a nuestra facultad un aporte teórico más para que el tema siga siendo explorado por otros compañeros universitarios; pues esperamos dejar un gran legado importante en la formación de futuros psicólogos que como nosotras buscan desempeñarse muy bien en el área de la psicología de la salud.

Será indispensable entonces abordar esta investigación con escalas de actitud, ya que estas permiten la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico, el cual en este caso fue mencionado anteriormente.

Finalmente, está bien mencionar, que desde el punto de vista emocional, se pueden encontrar actitudes básicas en el sujeto enfermo que servirán para describir su comportamiento social. Dicha actitud, precisamente, caracteriza a cada ser humano y no es algo fijo o permanente, sino que puede cambiar debido a la educación, a la influencia recibida desde el medio social o bien los hábitos de vida saludable que se tengan.

Se pretende que la presente investigación proporcione información necesaria para lo ya planteado, esto con el fin de evaluar como los pacientes del “Programa de prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiocerebrovasculares” que tiene el Municipio de Envigado, actúan frente a la posibilidad de tener una de estas enfermedades.

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Describir la actitud de los usuarios del Programa de Promoción y Prevención de Enfermedades Cardiocerebrovasculares del Municipio de Envigado frente a su enfermedad.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar las principales características del comportamiento de los usuarios en cuanto a los hábitos de alimentación, ejercicio, tiempo libre y trabajo.
- Caracterizar los aspectos psicológicos y emocionales de la actitud de los usuarios en cuanto al desarrollo de su enfermedad.
- Establecer el perfil actitudinal de los usuarios frente a la enfermedad, con la aplicación de instrumentos como escalas y entrevistas que lleven a evaluar o describir dicho perfil.

## 4. MARCO REFERENCIAL.

### 4.1. Antecedentes

- Lira et al. (2006) Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: un análisis crítico del estado actual. *Revista Médica de Chile*, Sociedad médica de Santiago; (134: 223-230). [revmedchile@smschile.cl](mailto:revmedchile@smschile.cl)

La prevención cardiovascular primaria ayuda a retardar o evitar su aparición, así como el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica y sus consecuencias. Actualmente, existen múltiples intentos para idear mecanismos que permitan identificar precozmente personas que, sin evidencia clínica de enfermedad coronaria (sanas), desarrollarán enfermedad cardiovascular en el futuro. Ellas requieren intervenciones preventivas, farmacológicas y no farmacológicas agresivas, para evitar que se conviertan en pacientes cardiovasculares.

Una vez realizada la evaluación del riesgo cardiovascular y la categorización del perfil de riesgo de la persona, es necesario elegir la intervención más adecuada para lograr el cambio hacia una conducta saludable. Sin embargo, esto no puede ser un hecho aislado, la etapa del cambio en que está la persona, en relación con una determinada conducta, ha demostrado ser un poderoso factor predictor de éxito o fracaso de las intervenciones que se realicen.

- Anguita, Manuel. (2008) Enfermedad Cardiovascular estudio de la situación en España: Diseño general del proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España. *Revista Española de cardiología*, 2008, vol 8 (Supl DI) 4-7.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad de varones y mujeres, y la importancia de cambiar la actitud frente a este grave problema sanitario.

- Revista Psicología CES, 2009 artículo: Los factores Psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. Vol. 2 N°1, Enero- Junio de 2009 – ISSN 2011-3080. [www.ces.edu.co](http://www.ces.edu.co)

Estudios longitudinales han encontrado que existen tres tipos de factores de riesgo diferentes para la aparición de las enfermedades cardiovasculares: los inherentes, que no se pueden modificar (por ejemplo, edad, sexo, diabetes, antecedentes familiares, entre otros), los tradicionales, que son modificables (por ejemplo, colesterol en la sangre, hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol y tabaco, entre otros), y los emocionales o psicosociales, que también son modificables (por ejemplo, depresión, estrés, ansiedad, etc.), y que podrían explicar la mitad de las causas de las cardiopatías isquémicas (Oblitas, 2006). La edad ha sido otro factor estudiado; se ha encontrado que la media de presentación del primer episodio de infarto agudo del miocardio es nueve años menor en hombre que en mujeres en todas las regiones del mundo (Yusuf et al., 2004). Los factores de riesgo psicosociales podrían explicar aproximadamente la mitad de la causa de las cardiopatías isquémicas (Oblitas, 2006).

Respecto a los factores psicosociales que conlleva a la cardiopatía isquémica, uno de los primeros trabajos fue llevado a cabo por Rosenman y Friedman en 1959. Estos investigadores sugirieron que ciertas conductas y rasgos de personalidad juegan un papel muy importante en la predisposición al padecimiento de trastornos cardiovasculares (Friedman & Rosenman, 1959; Rosenman & Friedman, 1962, citado por Oblitas, 2006). Estos investigadores observaron en los pacientes con cardiopatía



isquémica patrones repetidos de conductas, en los que la persona utiliza estrategias agresivas para conseguir más de lo que se necesita en el menor tiempo posible, afectándose de manera significativa la salud debido a su estilo de afrontamiento, que se acompaña de hostilidad y apresuramiento. Este patrón de conducta, denominado patrón tipo A, está configurado por: “componentes formales (voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora, tensión de la musculatura facial, excesiva gesticulación y otros manierismos típicos); actitudes y emociones (hostilidad, impaciencia, ira y agresividad); aspectos motivacionales (motivación de logro, competitividad, orientación al éxito, afán de superación y ambición); conductas abiertas o manifiestas (urgencia de tiempo, prisa, rapidez, hiperactividad e implicación en el trabajo) y aspectos cognitivos (necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico)” (Friedman & Rosenman, 1974, citado por Oblitas, 2006, p. 432). Los hallazgos reportados por Rosenman y Friedman en 1959 fueron confirmados posteriormente en otros estudios, en los que se encontró que efectivamente existe una relación entre este patrón de conducta y el incremento de la enfermedad coronaria, con una mayor incidencia en hombres comparado con mujeres (Rosenman et al., 1975; Miller, Smith, Turner, Guijarro & Haller, 1996; Suls & Bunde, 2005; Smith, Glazer, Ruiz, J.M. & Gallo, 2004; Contrada & Krantz, 1998).

#### **4.2. MARCO LEGAL.**

Es pertinente retomar acá aspectos importantes de la Ley 100, la cual plantea que:

"ARTÍCULO 1o. DEFINICIÓN, FUNCIONES GENERALES Y CONFORMACIÓN. El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que tienen como función esencial velar porque los habitantes del territorio nacional obtengan:

- i) El aseguramiento de sus riesgos en salud;
- ii) El acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de salud de calidad, y
- iii) Los beneficios de la promoción y protección de la salud pública. En el desarrollo de este servicio público deberán adelantarse actividades de fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.”

En este caso, la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado, más exactamente el director de prestación de servicios en salud es la persona encargada de velar para que esto se cumpla, se organice y funcione, una forma de garantizarlo fue la creación del programa de “Promoción y Prevención de enfermedades cardiocerebrovasculares”, programa en el cual se desarrolla esta trabajo de grado.

De otro lado, es pertinente tener en cuenta el:

“ARTÍCULO 154. INTERVENCIÓN DEL ESTADO. El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 <366, 367, 368, 369> de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

a) Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en los artículos 2 y 153 de esta Ley.

b) Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia;

c) Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud;

d) Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a

los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;

e) Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley;

f) Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad;

g) Evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes;

h) Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social.

PARÁGRAFO. Todas las competencias atribuidas por la presente Ley al Presidente de la República y al gobierno nacional, se entenderán asignadas en desarrollo del mandato de intervención estatal de que trata este artículo.”

Este artículo muestra como el estado, en este caso la Secretaría de Salud del Municipio, es quien está velando para que los habitantes del Municipio tengan una buena prestación de servicios en salud, es por ello que nuestra investigación está, no solo bien sustentada, sino también avalada por los entes encargados del buen funcionamiento, direccionamiento y cumplimientos de dichos servicios.

### **4.3. MARCO CONCEPTUAL.**

#### **4.3.1 Concepto de enfermedad y salud**

La salud puede ser comprendida dentro de un triángulo, interpretando cada uno de sus ángulos la dimensión física, mental y social del ser humano. Lo que lleva a concebirlo en estas tres dimensiones como un ser total; pero que está permeado y funciona en relación con el mundo que lo rodea.

La definición de salud según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1946) es, el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad; ciñéndose a lo que ya se postulo anteriormente dejando claro que la concepción de salud no es sólo física sino que comprende tanto la salud mental, emocional y espiritual como también la social; el ser humano es un ser social que no puede estar por fuera de los signos y símbolos sociales, las normas instauradas por la sociedad, las demandas sociales, en dinero, en poder y toda una cantidad de creencias y necesidades creadas por la humanidad que toca la salud física, mental y emocional de las personas (OMS, 1946, p. 3).

De acuerdo con lo anterior, Torres, T. (2004) va muy conectado con esta perspectiva, postulando que la salud no es sólo comprendida desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores que la gente usa para interpretar sus relaciones con la estructura social. La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que dentro de esta están las culturas médicas y los diferentes sistemas de cuidado encargado a vigilar la salud de la comunidad.

En cuanto al concepto de la enfermedad la OMS (1946) habla de la alteración estructural funcional que afecta negativamente al estado de bienestar, en este caso en particular podríamos decir entonces que la enfermedad es por lo cual el individuo adolece en su interior y que puede ser tanto en su parte física, psicológica o emocional.

La enfermedad la define Torres (2004), entendiendo la patología como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos, la cual designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica, encontrándose ambas definiciones con que la enfermedad es multicausal y puede comprender sensaciones corporales, dolores físicos, percepciones y significados psicológicos que se presentan interna y

externamente en el paciente, percibidos como negativos dentro de un contexto médico y social.

Hernán San Martín (1984) hace importantes aportes en el concepto de salud, partiendo del reconocimiento de que el estado de salud y enfermedad es el resultado global, dinámico y variable, tanto individual como colectiva, que está influenciado por determinantes sociales en los cuales vivimos. Habla de la salud, desde una adaptabilidad del hombre a su medio ambiente dentro de cierta variación estadística considerada normal; mientras que la enfermedad la considera como un conjunto de alteraciones anatómicas y fisiológicas que se producen por un agente patógeno.

Seguidamente, Manrique (2003) postula que la salud es un concepto aplicable al ser humano, éste es un fenómeno que se materializa y expresa en su relación dinámica con el medio natural para garantizar su supervivencia. Por otro lado, define la enfermedad como un estado de alteración orgánica o psíquica que ocasionan síntomas debidos a algún factor determinante generando malestar en las personas. La salud como ya se menciono anteriormente puede afectarse desde muchos ángulos y expresarse como enfermedad física o mental en el individuo, pero además tiene un componente social que influye y determina a partir de sus relaciones colectivas y las circunstancias variables de la globalización.

En este orden de ideas, podríamos reflexionar sobre la importancia de las relaciones internas y externas del individuo, las variables que constantemente influyen en determinar el estado de la salud, puesto que dependiendo de una adecuada alimentación, una actividad física constante, el no consumir ni tabaco, ni alcohol puede tener un organismo sano, una calidad física más saludable; cabe resaltar además la importancia de la salud mental por lo cual podríamos señalar en este caso que va muy de la mano un cuerpo sano una mente sana.

### **4.3.2 Enfermedad cardiovascular y su prevención**

Las enfermedades cardiovasculares son alteraciones que producen afecciones en el corazón y en las arterias que lo irrigan. La molestia coronaria es la más frecuente y la que más muerte cobra al año en el mundo entero.

Las enfermedades del corazón y vasos sanguíneos son: La cardiopatía coronaria (enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón), las enfermedades cerebrovasculares (enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro), las arteriopatías periféricas (enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores), la cardiopatía reumática (lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debido a la fiebre reumática), la cardiopatía congénita (malformaciones del corazón y esta desde el nacimiento) y las trombosis venosas profundas embolias pulmonares (coágulos de sangre en las venas de las piernas que pueden desprenderse y alojarse en los vasos del corazón y pulmones), tal como lo indica el Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos de la Universidad de Chile.

La causa más frecuente de enfermedades cardiocerebrovasculares son la aparición o formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que riegan el corazón o el cerebro. Es posible reducir el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular mediante la eliminación de los factores de riesgo que se pueden controlar y el cuidado para una prevención de los factores de riesgo que no se pueden controlar.

La prevención cardiovascular es una tarea de la atención primaria y se basa en los factores de riesgo modificables los cuales son el fumar, la alimentación inadecuada, el sedentarismo, la adherencia al tratamiento farmacológico, el consumo exagerado del alcohol, el estado de ánimo, entre otros ya mencionados con anterioridad a lo largo de este trabajo. La dieta y la nutrición, son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida.

Los factores de riesgo cardiovascular son la característica biológica o hábito de vida que aumenta la probabilidad de sufrir enfermedad cardiovascular, bien sea mortal; y que la prevención primaria es la que se realiza al no existir evidencia clínica de la enfermedad.

Un estilo de vida más saludable puede ayudar a prevenir las cardiopatías (enfermedades del corazón). Siendo muy importantes las siguientes: Eliminar el consumo de los productos derivados del tabaco, seguir una dieta saludable para el corazón y tener un programa de ejercicios adecuado.

Aunque suelen ser enfermedades silenciosas, los síntomas más frecuentes son: dolor o molestia en el pecho, brazos, hombro izquierdo, mandíbula, espalda, dificultad para respirar, náuseas, vómito, mareos, desmayo, sudores fríos, palidez, pérdida de fuerza en los brazos, piernas o cara, dolor de cabeza intenso y problemas visuales, siendo importante resaltar que unos síntomas pueden ser más notorios en mujeres que en hombres y que quien sienta estos síntomas debe acudir a un médico de urgencias.

Entre las formas de prevenir y controlar estas enfermedades, la OMS (2009) recomienda por medio de una acción global que requiere de la combinación de medidas que busquen reducir los riesgos en la totalidad de la población y de estrategias dirigidas a personas con alto riesgo e incluso a quienes ya la tengan. Como un ejemplo de intervención poblacional que permite reducir se pueden citar las políticas mundiales de control del tabaco, los impuestos para reducir la ingesta de alimentos ricos en sal, grasa y azúcares, creación de espacios deportivos con el fin de motivar en la realización de actividad física y un adecuado suministro de comida saludable en los restaurantes escolares (OMS, 2009).

La labor de la Organización Mundial de la Salud, 2006, en cuanto a enfermedad cardiovascular, se refiere a la prevención y control, consiste en aumentar la conciencia de la epidemia de la enfermedad, crear entornos saludables, parar e intervenir el aumento de los factores de

riesgo modificables. La disminución del riesgo cardiovascular tiene que ver no solo con los cambios en algunos hábitos de vida, sino que también con el estricto control de aquellos factores de riesgo cardiovascular que hayan sido identificados, fundamentalmente el colesterol y la tensión arterial elevados, el tabaquismo, la diabetes y la obesidad. El médico tratante es el mejor aliado para determinar que tratamiento se debe seguir.

En cuanto a la hipertensión, Lira, M. (2006) dice que es recomendable tomarse la presión arterial periódicamente, con el fin de realizar un control de la misma y de este modo estar alerta a cualquier anomalía en ella, en caso de estar por encima de los niveles adecuados (120/80), se aconseja una toma seriada de la presión la cual se hace por tres días consecutivos, de pie, sentado y acostado, al tercer día se evalúa el seguimiento realizado y se diagnostica la hipertensión o no. En caso de ser positivo se comienza, bajo un control médico, el tratamiento farmacológico acompañado de consejos sobre cambios de estilos de vida.

Según la resolución 412 del Ministerio de salud y protección social [MPS], “la Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de enfermedades crónicas y agudas” (MPS, 2007).

Recordemos entonces que la HTA es una de las primeras causas de muerte en el mundo, por lo tanto es un problema de Salud Pública, pues aproximadamente el 20% de la población adulta en la mayoría de los países genera consultas y hospitalizaciones por esta enfermedad, en el mundo se calcula que afecta a un billón de personas y quienes la padecen tienen de dos a cuatro veces más de sufrir Enfermedad Coronaria (EC), así mismo la reducción de 5 – 6 mm Hg en la presión



arterial disminuye el 20-25% de riesgo de EC, con lo que se puede mejorar la expectativa de vida las personas (MPS, 2007).

Ésta es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con gran preferencia en edades como los 30 y 50 años, generalmente asintomática que luego de 10 a 20 años de estar en el organismo ocasiona daños en órgano blanco, lo cual dificulta su diagnóstico, aunque en algunos casos suele presentarse cefaleas, palpitaciones, mareos, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio o fatiga facial.

La detección y el control de la HTA implican enfoque multidimensional cuyo objeto debe ser la prevención, detección temprana y tratamiento adecuado y oportuno para evitar complicaciones. Esta enfermedad está clasificada según niveles de presión arterial así, (MPS, 2007):

- Optima: <120 sistólica y <80 diastólica
- Normal: <130 sistólica y <85 diastólica
- Normal alta: 130-139 sistólica y 85-89 diastólica

Cuando la persona ya es Hipertensa su clasificación es así, (MPS, 2007):

- Estadio 1: 140-159 sistólica y 90-99 diastólica
- Estadio 2: 160-179 sistólica y 100-109 diastólica
- Estadio 3: 180-209 sistólica y 110-119 diastólica

En este punto es importante mencionar que la Presión Arterial Sistólica se refiere a cifras sistólicas superiores a 140 mm Hg con cifras diastólicas normales. Mientras que la Presión Arterial Diastólica son cifras superiores a 90 mm Hg con cifras sistólicas normales.

Entre las complicaciones de la HTA se puede mencionar que la presión arterial y el deterioro de órganos se deben evaluar por separado, pues en algunos casos se pueden encontrar presiones elevadas sin daño

de órgano y viceversa, la lesión del órgano puede darse con moderada elevación de la presión arterial, dependiendo el tiempo de evolución, está bien mostrar una tabla que ayuda a un buen diagnóstico de ello:

### Complicaciones, según lesión de órgano blanco

SISTEMA	EVIDENCIA CLÍNICA	AYUDAS DIAGNÓSTICAS
Cardíaco	Enfermedad coronaria HVI (cardiopatía hipertensiva) Insuficiencia cardíaca congestiva	Examen físico ECG Radiografía del tórax Ecocardiograma
Cerebrovascular	Accidente Isquémico transitorio Evento cerebrovascular	Examen físico Evaluar pulsos Fondo de ojo Examen neurológico TAC, RNM
Retinopatía	Aumento de la luminosidad de los vasos. Cruces arteriovenosos Hemorragias o exudados Papiledema	Examen del fondo de ojo
Sistema renal	Creatinina sérica: ♂ >1.5 mg/dl, ♀ >1.4 mg/dl Tasa de filtración glomerular calculada Microalbuminuria, Proteinuria Parcial de orina	Examen físico: evaluar masas renales, soplos.
Sistema vascular periférico	La ausencia de uno o más pulsos periféricos excepto el pedio con o sin claudicación intermitente es patológico.	Examen pulsos por palpación y auscultación

Grafico: Complicaciones para lesiones del órganos blancos

Fuente: MPS, Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades de salud pública, 2007.

Para una buena evaluación clínica es pertinente la historia de la persona con los detalles de la duración y la severidad de la hipertensión previa, anexándole el tratamiento y grado de control de la presión, uso de medicamentos o sustancias que alteren la respuesta al tratamiento y el examen físico, ya que determina la naturaleza, severidad y tratamiento. La presión arterial debe medirse en ambos brazos con el paciente en decúbito y sentado; el examen de fondo de ojo es muy útil para distinguir crisis de emergencia hipertensiva.

Los factores de riesgo para la HTA son la edad (personas mayores de 65 años), el género (hombre o mujer), origen étnico (es más frecuente y agresiva en pacientes afroamericanos), herencia (hasta el segundo grado de consanguinidad), tabaquismo (los fumadores presentan doble probabilidad de padecer HTA), alcohol, sedentarismo (aumenta la obesidad y eleva el colesterol), alimentación, aspectos psicológicos y sociales (el estrés y el patrón de comportamiento tipo A: competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos corporales acelerados), sobrepeso y obesidad, dislipidemias (el aumento del colesterol conlleva a enfermedad coronaria) y diabetes mellitus (aumenta de dos a tres veces más el riesgo, además conlleva a dislipidemias y daño vascular).

Si bien los datos del interrogatorio y el examen físico son importantes, también los exámenes de laboratorio pueden aportar y definen factores de riesgo cardiovascular asociados, exámenes como hemoglobina y hematocrito, parcial de orina, glucemia basal, creatinina sérica, colesterol, potasio sérico, electrocardiograma, ecocardiograma y microalbuminuria (Gobierno de España, 2008).

Para prevenir o disminuir los factores de riesgo asociados a la HTA se recomienda el abstenerse de fumar, controlar el estrés, reducir de peso, llevar una dieta balanceada y adecuada, moderar la ingesta de sodio, potasio y de grasa total y saturada, moderación del consumo de licor y realizar actividad física.

En el caso de la dislipidemia, se debe realizar un examen llamado perfil lipídico (Colesterol Total CT, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Colesterol total/colesterol y Triglicéridos TG). Es un buen resultado el CT cuando su resultado es <200 mg/dl y LDL <130 mg/dl.

En el caso del tabaquismo, considerándose como fumador a quien ha fumado, sin importar cuantos, incluso un cigarrillo diariamente el último mes; mientras que el exfumador es aquel sujeto que siendo fumador se mantiene por lo menos un año sin fumar (OMS, 2009). En los fumadores se debe evaluar que grado de adicción presenta y su disposición para

abandonar el hábito, aconsejar con firmeza que deje de fumar, ofrecer una ayuda y establecer estrategias para lograrlo. Según la OMS el tabaquismo constituye la principal causa única prevenible de morbilidad y mortalidad en el mundo. Se busca, básicamente, que niños y adolescentes no fumen y quienes lo hacen dejen de hacerlo, pues al año que dejen de fumar el riesgo se reduce a la mitad y al cabo de 15 años de abstinencia el riesgo es igual al del sujeto que nunca ha fumado.

La diabetes se diagnostica precozmente mediante un examen de glucemia basal en plasma venoso. La Diabetes es una enfermedad crónica que requiere asistencia médica continua y una educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones crónicas o agudas. El paciente diabético se considera cardiovascular y su prevención es secundaria. Se realiza una valoración del paciente para descartar diabetes tipo I o II, antecedentes familiares y otros factores de riesgo como lo son el tabaquismo, la Hipertensión Arterial, la obesidad, la dislipidemia, así como la evolución de la diabetes y los fármacos que se le pueden suministrar, esto según el Ministerio de la Protección Social en las Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades de salud pública (2007).

La Diabetes Mellitus (DM) tipo I, es una enfermedad crónica que puede aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente entre los cinco y los siete años de vida. En el momento del diagnóstico suele generar impacto no solo en el paciente, sino también en su familia. La pérdida de insulina produce falla energética, ya que no se da la entrada de glucosa, esta falta de insulina induce a la activación de hormonas contra-reguladoras. Las alteraciones más frecuentes son: hipoglucemias, infecciones, alteraciones del crecimiento y desarrollo, nefropatías, oftalmopatías, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares, neuropatía diabética y pie diabético. (Ministerio de la Protección Social, 2007).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la DM es el tercer problema de salud pública más importante a nivel mundial, en términos globales se calcula que esta enfermedad se incrementara a 300 millones de personas para el año 2025, con un aumento del 120%, (Olivares, 2000).

Entre los factores de riesgo para detectar la DM tipo II están las personas mayores de 45 años, presentar alteración de la glucemia en ayunas, obesidad o sobrepeso, inactividad física, antecedentes de diabetes en familiares con primer grado de consanguinidad, mujeres con antecedentes de diabetes gestacional, menores de 50 años con enfermedad crónica, historia de enfermedad cardiocerebrovascular, presentar síndrome metabólico y tener otras enfermedades asociadas con resistencia a la insulina.

Estar obesos aumenta el riesgo de múltiples enfermedades, especialmente del corazón, ataques cerebrales, cáncer y diabetes. Según el Instituto del Corazón, los pulmones y la Sangre (National Heart, Lung and Blood Institute, NHLBI), la obesidad se puede determinar en función al Índice de Masa Corporal (IMC), que es el peso en relación a la estatura, si la cifra es mayor a 25 se considera como sobrepeso y superior a 30 se considera obesidad. Y en función al perímetro abdominal, ya que este indica la grasa que hay en el abdomen, si es mayor a 80 centímetros en mujeres y superior a 90 en hombres se aumenta el riesgo de padecer enfermedad del corazón y otras enfermedades, (OMS, 2006).

En cuanto a la prevención secundaria, es muy importante tener en cuenta los siguientes aspectos: El tabaquismo, el control de peso, el consumo de alcohol, el control lípido, el control de tensión arterial y el control de la diabetes.

En términos generales, para una buena prevención es recomendable una dieta variada con la ingesta calórica adecuada para un peso ideal, distribuir los alimentos en porciones proporcionales a la edad y necesidades, moderar el consumo de azúcares, limitar el consumo de sal,

estimular el consumo de grasas insaturadas incorporados en el aceite de oliva, ácidos grasos esenciales y el omega 3, recomendar el consumo de frutas y verduras y finalmente la actividad física cumple un papel fundamental en cuanto a prevención de la enfermedad cardiocerebrovascular, pues previene el desarrollo de HTA, aumenta el LDL y disminuye el riesgo de diabetes. Lo más recomendable es realizar actividad física mínimo 30 minutos del día por mínimo cinco veces de la semana. Las actividades más encargadas son: caminar, escaleras, ciclismo y natación (Gómez y cols., 2006). Adentrarnos

Para introducir un poco más en una alimentación adecuada o sana retomaremos un documento llamado: “Prevención de las enfermedades cardiovasculares”, de Oliveres y Zacarias (2000) extraído de internet. Es altamente aconsejable preferir carnes blancas como pollo, pescado, pavo y la leche y el yogur descremados, aumentar el consumo de frutas y verduras tales como coliflor, brócoli, espinaca, entre otros por su contenido de fibras y antioxidantes, elegir alimentos ricos en fibra e hidratados de carbono complejos como lenteja, garbanzo y protonos, reducir la ingesta de sodio con una ingesta de sal menor el cinco gramos por día y evitar el consumo de alimentos preparados con mucho sodio como los enlatados, consumir pocos alimentos con origen animal como la carne de cerdo, mantequilla, manteca, etc., por su contenido de grasa saturada y colesterol.<sup>1</sup> (Olivares, Zacarias, 2000). Para resumir, se busca una dieta adecuada con el consumo de calorías, colesterol, grasas, fibras y sodio, lo cual sirve para controlar los factores de riesgo para ataques al corazón, prevenir o controlar otras enfermedades crónicas, adelgazar y aumentar su nivel de energía y mejorar su estado general de salud.

---

<sup>1</sup> Prevención de las enfermedades cardiovasculares. María Cristina Escoba, Ministerio de salud – Chile. Sonia Olivares e Isabel Zacarias, Instituto de nutrición y tecnología de alimentos (INTA) Universidad de Chile.

#### **4.3.3 Aspectos psicosociales de las enfermedades cardiovasculares**

La salud, según la OMS (2006) “es el estado de bienestar físico, psíquico y social”, la vulnerabilidad es una condición que facilita la enfermedad, la abundancia de los factores de riesgo tradicionales y psicosociales predispone a un estado de vulnerabilidad que es predictor de enfermedad coronaria. Los factores Psicosociales predisponen a un estado de vulnerabilidad a los pacientes de las enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial, el sedentarismo o el colesterol elevado se han agregado a esos factores psicosociales, entre los que encontramos también el disestrés, la depresión, la ansiedad, la ira, la hostilidad, el aislamiento social, el sentimiento de soledad, las dificultades de conexión con el cuerpo y los propios sentimientos, los problemáticas familiares, laborales y sociales, entre otras (OMS, 2009).

Por ello, Novel Martí, G., Lluch Canut, M. (1991) opinan que estos factores se pueden presentar en los sujetos por medio de contracturas musculares, dificultad para dormir, compulsión al fumar, beber o comer, cambios de carácter, tales como la fatiga, la tristeza o la falta de concentración mental. Factores que pueden ser el resultado de vivencias traumáticas sin la posibilidad de elaborarlas, falta de soporte afectivo e inclusive el desamparo social y que se manifiestan a nivel corporal y desencadenan o agravan las enfermedades cardiovasculares.

Es fundamental la prevención de estos factores psicosociales, pues de este modo se pueden evitar enfermedades cardiovasculares, para ello es importante el control de los factores de riesgo tradicionales (modificables y no modificables), respetar el ritmo normal de sueño, tener buenos vínculos afectivos familiares, sociales y psicoterapéuticos, planificar el trabajo para poder tener momentos de esparcimiento, tener momentos de recreación e implementar técnicas de relajación, disminuir el nivel de autoexigencia, hacer proyectos de acuerdo a nuestras posibilidades y pensar la posibilidad de psicoterapia.

Es importante, al hablar de aspectos psicosociales, adquirir un estilo de vida saludable, pues parece posibilitar especial relevancia en este contexto, ya que factores como el estrés, la ansiedad, el tabaco y otros ya mencionados con anterioridad se ven implicados en nuestra salud física y mental. Tanto el comportamiento como el estilo de vida son factores que determinan la salud de las personas. Existen estudios que demuestran ello y como ejemplo se citara el siguiente: Lalonde (1974), quien fue citado también por la OMS en 1979, realizo en Canadá un estudio que lo llevo a formular un modelo de salud publica en el que la salud de una comunidad viene determinado por la interacción de la biología humana, el medio ambiente, el sistema sanitario y el estilo de vida o conductas insanas, el cual tiene una mortandad del 43% en Estados Unidos solamente.

Se puede también decir, que la salud se puede evaluar a través de manifestaciones de los sujetos, según su comportamiento, bien sea biológico, social o motor. La respuesta al diagnostico de una enfermedad crónica, como lo son las cardiocerebrovasculares, siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales, tal es el caso de pacientes que acuden a su médico y les encuentran la presión arterial elevada, aunque la persona tenga muy buena adherencia a su tratamiento farmacológico, pues hay quienes evalúan su vida y se dan cuenta que esos niveles elevados en la presión se deben a tensiones, bien sea por estrés, ira, hostilidad o ansiedad. El reconocimiento de este hecho da lugar a que organismos del área de la salud establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida. Un ejemplo a esto es el programa de promoción y prevención de enfermedades cardiovasculares del Municipio de Envigado, lugar en el cual las autoras realizaron la práctica profesional, al igual que el trabajo de grado, pues este programa cuenta con el apoyo de un equipo interdisciplinario que incluye psicología, precisamente para manejar y controlar el estado emocional o anímico de sus usuarios.



La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas, surge de las respuestas individuales tanto de los pacientes, como de las familias, los amigos, la sociedad, frente al diagnóstico y el pronóstico, sin importar cual sea el resultado, el objetivo es mejorar la calidad de vida del enfermo, pues ésta abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.

Por un lado, el bienestar físico se determina mediante la actividad funcional, fuerza, fatiga, sueño, reposo, dolor, entre otros síntomas; por otro, el bienestar social tiene mucho que ver con las relaciones, el afecto, la intimidad, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar; de otro lado, el bienestar psicológico abarca el temor, la ansiedad, la depresión y la angustia y finalmente, el bienestar espiritual, que tiene que ver con el significado de la enfermedad, esperanza, trascendencia, incertidumbre, religiosidad y fortaleza interior. Considerar estos factores indica un enfoque en la calidad de vida y alteraciones en el bienestar (Pineda, Ortega, Garberí, 2001).

En este punto se hace importante resaltar que la calidad de vida puede ser la percepción de la enfermedad, es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social de la persona, lo cual incluye no solo elementos de riqueza y empleo, sino ambiente físico, salud física y mental, educación, recreación y cohesión social (Otero, 1998). Schwartzmann (2003), definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones, capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir.

Se puede decir entonces que la calidad de vida, se ha definido como juicio subjetivo del grado que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o simplemente como un sentimiento de bienestar personal. Por tanto, la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, tal como la felicidad y como indicador objetivo, noción de estado de bienestar.

Desde el punto de vista subjetivo, se puede afirmar que la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona del estado físico, emocional y social en que se encuentra en determinado momento, lo cual muestra la calidad de vida como valoración, una respuesta cognoscitiva de la persona que va acompañada de emocionalidad (Flórez-Alarcón, Carranza, 2007).

Con el paso del tiempo los factores clásicos de riesgo cardiovascular han resultado insuficientes para explicar porque se dan estas enfermedades, por lo que ha sido necesario investigar otros factores que impliquen la probabilidad de poner en riesgo la salud de estos pacientes, los cuales se enfocan en ámbitos psicosociales y comportamentales, entre los que se destacan la competitividad y el complejo emocional ira-hostilidad. Para comprender la relación de éstos nuevos factores y la salud en general se plantea un modelo consistente en la mayor reactividad psicofisiológica que muestra las personas que puntúan alto en variables psicológicas de riesgo.

El patrón de conducta tipo A es un complejo acción-emoción que puede ser observado en cualquier persona que se encuentra agresivamente implicada en un crónico e incesante conflicto para conseguir más y más en el menor tiempo posible, y, si fuera necesario, en contra de los esfuerzos opositores de otras cosas o personas. Este patrón, como factor de riesgo, ha sido recientemente discutido y criticado, pero se ha de señalar que se ha observado un decremento en el número de muertes en sujetos que modificaron su conducta habitual por una mucho más saludable y que no repercutía en un grado tan alto como la anterior en otros factores de riesgo que incrementaban la posibilidad de padecer un trastorno cardiovascular (Boskis, 1999).

Ahora se pasa a hablar entonces de la hostilidad, pues según Cates, Houston, Vavak, Crawford y Uttley (1993), citado por Boskis, 1999, es el resultado de las influencias que puede haber recibido un sujeto por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético si

actúa, lo hace de modo muy reducido. Estos sujetos perciben el ambiente como una lucha incesante y competitiva para lograr el objetivo que pretenden. El que las personas se encuentren en estado de hipervigilancia contribuye a que se tenga mayor predisposición a padecer enfermedad coronaria, pues la activación de sus mecanismos de defensa para afrontar situaciones es duradera en el tiempo y no en un momento determinado, siendo esto lo ideal, por lo que se sufre estrés constantemente, aunque el elemento estresor desaparezca.

Ahora bien, la ira hace referencia a una emoción displacentera conformada por sentimientos que varían en intensidad y que, fisiológicamente, se caracterizan por un aumento en la activación del Sistema Nervioso Simpático, del Sistema Endocrino y tensión en la musculatura esquelética. El signo expresivo más significativo de la ira son los gestos faciales y desde el punto de vista cognitivo, representa una serie de pensamientos contradictorios y contrapuestos. También se puede observar que los sujetos airados tienen tendencia a comportarse de manera agresiva, tal como lo dijeron Palmero, Espinosa y Brea, en 1995, citados por Elena Crespo y Sonia Benages en su texto Factores Psicosociales de Riesgo para la Enfermedad Cardiovascular.

Así mismo el estrés es otro factor relacionado con las enfermedades cardiocerebrovasculares.

En condiciones de equilibrio el organismo vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales moduladas por los ritmos de sueño y vigilia. Bajo estas condiciones, el funcionamiento fisiológico y psicológico está sometido a niveles de activación que se consideran normales. Esta activación fluctúa según las vivencias diarias y ordinariamente está asociada a emociones (ira, tristeza, alegría, etc.). El estrés se produce cuando ocurre una alteración de este funcionamiento normal por la acción de algún agente externo o interno. El organismo, en estas circunstancias, reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria,

implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión (presión). Esto suele suponer, además, un incremento de la activación o inhibición y, por tanto, un cambio en los estados emocionales (Belloch, 1999, p 31).

Hans Selye (citado Belloch, 1999) uno de los pioneros en las reacciones orgánicas del estrés, afirma que cualquier persona expuesta a condiciones estresantes responde a una activación fisiológica que varía según tres fases. Fase de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento; la primera ocurre inmediatamente después que la persona percibe la amenaza, colocándose en guardia experimentando aumento en su frecuencia cardiaca y tensión muscular, la segunda fase implica activación menor, por lo que puede sostener el esfuerzo durante un periodo más largo, intentando superar la amenaza, comportándose con irritabilidad, cambios de humor, insomnio, alteraciones en el aparato digestivo, falta de concentración y otros síntomas. Finalmente, la tercer fase ocurre cuando el organismo gasta todos sus recursos y se pierde progresivamente la activación, habitualmente se retira, abandonado la lucha y aparecen síntomas depresivos, abatimiento, fatiga y extenuación (De Gispert, 2006).

Así pues, se hace indispensable establecer una buena relación entre el profesional de la salud (médico, enfermera, psicólogo, etc.) y el enfermo, este encuentro esta emocionalmente cargado lo cual lo hace una relación intensa para ambos, el paciente puede depositar factores como dolor y sufrimiento cargados de afectividad bien sea miedo, angustia e incapacidad, esperando del personal clínico el reconocimiento no solo de la enfermedad, sino de el mismo como una persona enferma.

Existen diferentes reacciones que pueden tener el paciente y el clínico, entre las que se resaltan las siguientes (Novel Martí, Lluch Canut, 1991):

1. Reacciones del paciente:

- a. Huida o negación: cuando esta grave, puede negar o intentar normalizar su vida, negar el diagnóstico, aunque los exámenes muestren la enfermedad, siendo más favorecedor si es un paciente asintomático y por tanto no asiste constantemente a controles con su médico.
- b. Agresión o rechazo activo: pocas veces expresa agresividad, pero fuera de consulta si expresa lo que siente, por ejemplo: ¿Qué no puedo comer sin azúcar? Que tal, ese médico no sabe nada. Este patrón de conducta, pasivo-agresivo, es muy habitual, pues la agresividad está detrás de una pasividad resistente a las indicaciones del clínico tratante, lo cual se puede expresar con pérdida de la fórmula médica, cambio de clínico, olvido en el día o la hora de la cita, etc.
- c. Racionalización: son capaces de interpretar su enfermedad con el fin de justificar la conducta.

2. Paciente disfuncional:

- a. Desconfiado: siempre está reflejando tensión, ansiedad e inseguridad, además sospecha de todo, pero responde con monosílabos, lo cual indica que se muestra como reservado o pasivo.
- b. Agresivo: es cortante o maleducado, con actitud irritante o de enfado.
- c. Manipulador: exige actuaciones precisas seduciendo al profesional con halagos, utilizando buena educación, así mismo busca incapacidad.
- d. Regresivo: se des-responsabiliza, colocándose en las manos de los profesionales que lo tratan.

3. Reacciones del profesional con respecto a la enfermedad de su paciente:

- a. Huida: literalmente no lo puede hacer, pero si puede tener estrategias para alejar a su paciente, ejemplo dedicando menos tiempo.
- b. Rechazo: lo cual se puede reflejar con conducta culpabilizadora.
- c. Racionalización: se centra en la patología del paciente, para evitar el contacto personal con él, así mismo, justifica eso en la falta de tiempo.

Nota: estas reacciones usualmente se dan cuando los pacientes no son agradecidos, obedientes, confiados o no muestran interés por su enfermedad.

4. Abordaje de la vivencia de la enfermedad:

- a. Utilización del miedo: utilizan frases intimidantes, acompañados de refuerzos positivos, ejemplo: si no se toma sus medicamentos podrá ir a urgencias y quizá sea demasiado tarde.
- b. Antagonización: si se actúa corrigiendo una conducta errónea se puede estimular el cumplimiento de la terapia, teniendo en cuenta la empatía, dejar justificar la conducta del paciente, no humillarlo, respetar las opciones del paciente cuando habla según sus creencias.
- c. Confrontación y análisis de emociones del paciente: se le da la oportunidad al paciente para que hable acerca de sus emocionalidades o creencias relativas a su enfermedad, acá es importante no aturdirlo con preguntas, darle confianza, enfocarse en actitudes, pensamiento y conductas positivas y no enjuiciar, es decir no realizar juicios de valor.

De otro lado, el diagnóstico de la enfermedad genera una distorsión en la vida de las personas, teniendo repercusiones en la vida personal con malestar físico y emocional, pérdida de la independencia, alteraciones en la autoimagen, escalas de valor y estilo de vida, sentimiento de impotencia y desconfianza, temor a lo desconocido y respuestas depresivas, o como fue mencionado anteriormente, de negación o agresividad. En cuanto a la vida familiar se producen pérdidas del equilibrio familiar con cambios en el rol del enfermo y su familia, separación de la familia y problemas de comunicación. Finalmente, en la vida social se presentan cambios de status social y nivel socioeconómico, aislamiento social y cambio en la utilización del tiempo libre.

Se hace de vital importancia, que la enfermera avise al paciente cualquier proceso a seguir, en los pacientes crónicos los aspectos importantes serían el tipo de enfermedad y recuperación, vivencia de la incapacidad, creencias y valores personales y familiares, limitaciones para poder afrontar la incapacidad y cuál es el sistema de apoyo disponible, bien sea para él o su familia (Novel Martí, Lluch Canut, 1991).

De igual forma, en la vida de los seres humanos suelen aparecer problemas, los cuales no se deben evitar, pero si resolverlos de manera adecuada para evitar estrés, las personas poseen recursos para dar solución o soportar dichos problemas de forma adaptativa. Entre esos recursos mencionamos al propio enfermo, pues éste requiere de un importante sistema de apoyo social cuando no es capaz de resolverlo por sus propios medios, en este caso puede ser un sistema natural que incluye la familia, los compañeros de trabajo, estudio o culto o amigos y vecinos. También puede ser por un sistema organizado como los servicios sociales institucionales, asociaciones de autoayuda o ayudas de equipos interdisciplinarios profesionales. La familia es vital como un sistema de apoyo por ser una unidad básica establecida socialmente, adicional a esto, está en contacto directo con el paciente ejerciendo cierto grado de influencia, es un conjunto de partes que conforma un todo

estructurado, transmite conocimiento que el paciente asume como suyo. La familia es la mayor fuente de apoyo de la que se puede disponer. Existen casos en los que se ha demostrado que las personas que tienen un apoyo familiar efectivo soportan las crisis de la vida mejor que los que no lo tienen.

Dentro de las familias casi siempre hay un miembro que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo, la cual recibe el nombre de apoyo principal o cuidador. La enfermera la debe identificar para valorar las ideas de la enfermedad que tiene la familia y poder conocer las limitaciones de tiempo que tiene esta persona. Siendo trascendental los periodos de descanso para el cuidador, pues si no se tiene un equilibrio en su vida, se puede perturbar de modo intenso, dañando la relación intrafamiliar y experimenta una sensación de soledad. Según Novel Martí y Lluch Canut (1991), también se puede desarrollar “fatiga crónica” o “síndrome de Burnout”, pudiendo interferir en los cuidados del enfermo.

Los aspectos psicosociales involucran no solo a la persona enferma, sino también al cuidador e incluso al profesional a cargo por ser –en algunos casos- un paciente grave o terminal y requerir de múltiples exigencias, por eso en este punto es prudente hacer un pequeño paréntesis para mencionar algunas manifestaciones del síndrome de Burnout, entre las que se encuentran síntomas depresivos, cambios de humor, agresividad verbal y expresiones de crueldad, síntomas físicos, consumo de sustancias psicoactivas, irritabilidad, pérdida de energía física, entre otros.

Continuando con el tema, el cuidador necesita aumentar sus conocimientos acerca de la enfermedad, sus cuidados, posibles complicaciones, entre otros. Adicional a ello, requiere desarrollar habilidades de comunicación, control del estrés y cuidados del paciente. Desea recibir afecto, comprensión y apoyo de otras personas. Se debe buscar permitirle al cuidador descanso, así como ayuda en las funciones



domesticas y apoyo económico. Hay que tener en cuenta que no está solo la familia como apoyo al paciente, que como ya fue mencionado, también existen los amigos, vecinos, compañeros, etc., del enfermo que pueden apoyarlo y acompañarlo en estos momentos (Flórez, Adeva y García, 1997).

No cualquier persona puede ser un cuidador, está persona debe tener algunas características, entre las que se menciona la solidaridad, pues se está en la búsqueda del bienestar del otro, la continuidad, la gratitud y lo más importante es tener una preparación adecuada, ya que el saber de la enfermedad facilita los cuidados. También se menciona acá que ese cuidador, en el ánimo de brindar cuidados y calidad de vida al paciente crónico, debe tener sensibilidad frente a ese otro, respeto, madurez, discreción, mucha cooperación, constancia, dedicación y hasta puntualidad.

Como ya se ha mencionado en este trabajo, la enfermedad cardiovascular es de las enfermedades que más vidas ha cobrado a nivel mundial, una de las reacciones que pueden tener las personas que las padecen es el miedo, al enterarse que su corazón está fallando o lesionado generando una crisis en la persona. Quien sufre cardiopatías debe cambiar radicalmente su vida y su rutina cotidiana, de manera súbita una persona sana e independiente pasa a ser desvalida y dependiente. Es por esto, que la actitud de algunos pacientes frente a la enfermedad es acogida como un terrible problema o con hostilidad, pues los síntomas de la enfermedad te impide hacer lo que te gusta o te obliga hacer lo que no quieres; sin tomar en cuenta que esto es el resultado de un conjunto de hábitos insanos acumulados en el organismo de los cuales cada uno son responsables, dado esto, el propósito de la enfermedad es pedir cambios conductuales que activen unos hábitos de vida más saludables.

Por lo anterior, es importante desarrollar el concepto de actitud más específico y amplio para explicar la caracterización de las tendencias conductuales, sus manifestaciones o reacciones que influyen en el

comportamiento positivo o negativo de las personas frente a determinada circunstancia.

#### **4.3.4 Definición del concepto de actitud**

La actitud es algo que se forma cotidianamente, constituyendo valiosos elementos para la predisposición de conductas que se refieren a un sentimiento a favor o en contra de un objeto, persona o circunstancia.

Jeffres, R. (1989) postula que las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Estas están integradas por las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas; factores en los cuales se interrelacionan, en este caso las opiniones son ideas que se tienen sobre un tema, y no se sustentan de una información objetiva ya que deviene de lo subjetivo. Los sentimientos son reacciones emocionales y las conductas, tendencias a comportarse según opiniones y sentimientos propios. Dado esto se puede afirmar que la actitud tiene una relación específica con la conducta. Spencer (1875, citado en Maarabi 1985, p. 1).

Jeffress, (1989, citado en Morales, 2010) afirma que la actitud es una respuesta mental y emocional ante las diversas circunstancias que se presentan en la vida. No son específicamente conductas sino modos o formas de conductas o actuación. Se expresan exteriormente, a través de gestos, movimientos, palabras, gritos, risas, llanto, quietud, apatía; pero que responde a estímulos internos cognitivos y afectivos. Lo cual no se puede tener una actitud frente a lo que no se conoce, o no se valora, como bueno o malo.

La actitud está cargada de una serie de componentes como el componente cognoscitivo, el componente afectivo y el componente conductual; "es posible que en la actitud haya más cantidad de un componente que de otro, puede estar cargada de componentes afectivos

y no requiere más acción que la expresión de sentimientos” (Jeffress 1989, citado en Morales, 2010, p. 5).

Hogan (2004), el cual postula que las actitudes tienen tres componentes el cognitivo, el emocional y el conductual; el primero se compone de ideas conscientes sobre el objeto; el segundo se refiere a las sensaciones respecto al objeto, y el último consiste en las acciones emprendidas o con probabilidades de emprenderse con relación al objeto.

“Las actitudes por lo general se miden en pruebas de papel y lápiz, pruebas proyectivas, cuestionarios y escalas. También se pueden hacer mediciones fisiológicas, que resultan particularmente útiles para investigar el componente emocional y hacer la observación directa del comportamiento” (Hogan, 2004, p. 421-427).

Allport, G. (1935), hizo notar que las actitudes se pueden medir mejor de lo que se las puede definir. El concepto de actitud, según Gordon, es la suma total de ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado.

El concepto de actitud para Gordon W. Allport (1935), “es básico para dos campos; en psicología social y en la teoría de la personalidad. A finales de 1920, este psicólogo se interesó por la investigación de las actitudes sociales, postulando que la actitud social es compartida y favorece los intereses sociales por encima de los individuales” (p. 1-6).

La forma de motivación social predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. Hay diversas actitudes tanto personales como sociales, las personales están relacionadas con el individuo y las sociales que incurren sobre un grupo de personas. La actitud se forma continuamente y nos predispone a la acción, por lo cual es importantísimo trabajar diariamente en ella, se dan constantes cambios en pro de mejorar en todos los ámbitos, en el sí mismo; surgiendo dentro de estos cambios la responsabilidad frente a diferentes circunstancias.

En este caso en particular se podría hablar de la actitud y la responsabilidad frente a la enfermedad, que es el tema que ocupa; Allport

(1935) por su lado afirma “que la responsabilidad frente a la enfermedad es una actitud hacia una vida mejor para ti y para todos los que están a tu alrededor” (p. 1-6). En este trabajo se busca describir la actitud de los pacientes del programa de promoción y prevención de enfermedades cardiocerebrovasculares del municipio de Envigado, para lo cual se aplicaran instrumentos como escalas y entrevistas que lleven a evaluar o describir dicho perfil actitudinal.

Es importante mencionar desde Freud, “la cura del sentimiento de culpa que implica la reducción de lo imaginario como un desmonte paulatino del superyó hostil y tras él la emergencia del deseo del sujeto, la reducción de la necesidad inconsciente de castigo y la caída de los ideales, las condiciones para inscribir en la subjetividad los principios de la dirección de la cura, para reducir el componente imaginario de la culpa y de esta manera obre en el ámbito clínico desde la perspectiva del deseo y de la responsabilidad” (Freud, 1981, p. 14). Buscando que el comportamiento del analizante tenga un mínimo contacto con la realidad.

Es relevante enfatizar en el superyó arcaico, que corresponde al del analizante y otro auxiliar, el del analista no censor, ni culpabilizante, ni castigador. La nueva instalación en la periferia del superyó, a imagen de la actitud no crítica del analista que opera en el yo de un modo diferente a como el superyó arcaico funcionará. Al desmontarse el superyó hostil del analizante y tornarse más tolerante y menos culpabilizador con el yo, éste llegue a sentirse más liviano. Partiendo de esto podríamos decir, que al liberarnos de una carga moral censurada o de algún tipo de prejuicio, ese sentimiento de culpa que nos cuestionaba desaparece, logrando una actitud más positiva frente a cualquier circunstancia por la cual estamos pasando o padeciendo.

En este orden de ideas, la actitud es la que determina la dimensión o importancia del suceso colocándolo como problema o beneficio dando una categoría de positivo y negativo a los acontecimientos. Las enfermedades por lo general, son concebidas en aspectos negativos y

con hostilidad, cómo problemas que dificultan el bienestar y complican la salud; en este caso, se podría hablar de una actitud negativa frente a la condición de enfermedad que intensifica los conflictos dando origen a preocupaciones que llevan a resistencias y otros males por falta de actitud positiva para los cuidados. Dentro de estas enfermedades podemos traer las enfermedades cardiocerebrovasculares, que es el tema principal de esta investigación; la actitud de los pacientes en la aceptación y los cuidados de los factores de riesgo de éstas no es del todo positiva, pues esto se ve reflejado en los hábitos de vida insanos que la mayoría de los seres humanos llevan, cobrando muchas muertes por la causa de los malos hábitos vida que en este momento se acostumbra practicar.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **5.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo**

Según Bonilla y Rodríguez, p. 84 (1997) la investigación cuantitativa “parte de los cuerpos teórico aceptados por la comunidad científica, los cuales permiten formular hipótesis sobre relaciones esperadas entre las variables que hacen parte del problema que se estudia. Continúa con el proceso de recolección de información con base en conceptos empíricos medibles, derivados de los conceptos teóricos con los que se construyen las hipótesis conceptuales. Concluida esta etapa se procede a analizar los datos, presentar los resultados y determinar el grado de significación de las relaciones estipuladas entre los datos. Este proceso hipotético-deductivo se inicia, como su nombre lo indica, con una fase de deducción de las hipótesis conceptuales y continúan con la operacionalización de las variables, la definición de los indicadores, la recolección y el procesamiento de los datos, la interpretación y la inducción. Durante este paso se busca contrastar los resultados empíricos con el marco

conceptual que fundamenta el proceso deductivo, con miras a aceptar o rechazar las hipótesis.”

Este enfoque es el que permite examinar datos de forma numérica en la estadística. Se requiere que exista claridad entre los elementos del problema de investigación que lo conforman para que sea posible definirlo, limitarlo y saber donde inicia. Las variables, la relación de las variables y la unidad de observación son los elementos de esta investigación.

Este enfoque de investigación es objetivo, utilizando medición exhaustiva y controlada, con total independencia entre el sujeto y el objeto

## **5.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el propósito de recolectar información acerca de las actitudes de población adulta del municipio de Envigado que está inscrita en el “Programa de promoción y prevención de enfermedades cardiocerebrovasculares” y están a riesgo o con enfermedad cardiovascular.

Dicho nivel consiste en llegar a conocer situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta es la recolección de datos, la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

En este caso se realizó una encuesta de respuesta sí o no y una escala de evaluación de la actitud, ambas abarcando preguntas cerradas con relación a dichas enfermedades.

### 5.3 POBLACIÓN

La población objeto de estudio está conformada, según la base de datos del programa, aproximadamente por 4500 adultos que estaban inscritos en el programa de promoción y prevención de enfermedades cardiocerebrovasculares en el Municipio de Envigado, creado por la Secretaria de Salud y ejecutado por la E.S.E Envisalud, este programa fue creado en el año 2007 por el Dr. Ricardo Castrillón y su grupo de trabajo de la Secretaría, dichos datos fueron recolectados en el año 2010.

Estos son adultos que en su gran mayoría han presentado uno o varios de los siguientes criterios, que los caracteriza como población a riesgo de enfermedades cardiovasculares.

- Con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.
- Con problemas de presión arterial.
- Con perfil del perfil lipídico.
- Con problemas de obesidad.
- Con diabetes mellitus.
- Entre otros.

### 5.4 MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó un muestreo aleatorio simple, por ser una población con características similares, respecto a los factores de riesgo a los que están expuestos.

Se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 90% y un error del 6,6%.

Para un:

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 / 2}{2 e^2} = \frac{1,64^2}{2(0,066)^2} = 308$$

De estos 308 se relacionaron al azar 302 del total de 4.500 usuarios.

## **5.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

Para obtener la información se construyó un cuestionario que mide la actitud frente a la enfermedad cardiovascular, usando escala likert desde completamente de acuerdo hasta completamente en desacuerdo. Ver anexo 2.

Adicionalmente se uso otro cuestionario que mide hábitos de vida saludables medidos de forma dicotómica Si/No. Ver anexo 3

## **5.6 VARIABLES**

Las variables utilizadas para el análisis de la información son: Edad, sexo, los 23 ítems del cuestionario de actitud medidos en escala ordinal y 17 las preguntas de hábitos de vida saludables medidos en escala nominal. (Véase anexo 2 y anexo 3).

## **5.7 PLAN DE ANÁLISIS**

De acuerdo a las variables medidas con los dos instrumentos de recolección de la información, se calcularon frecuencias absolutas y relativas en cada uno de los 23 ítems del instrumento de actitud frente a las enfermedades cardiovasculares, con el fin de observar, en la escala ordinal utilizada, las respuestas más predominantes en el grupo de usuarios encuestados. Adicionalmente se conformaron las categorías de análisis agrupando variables correlacionadas, para obtener porcentajes globales en cada una de ellas y construir gráficos ilustrativos.

Finalmente se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables incluidas en el instrumento de medición de hábitos, usando variables dicotómicas con opciones de respuesta Sí/No.

Con todos los resultados del procesamiento de la información se realiza un análisis comparativo con lo obtenido en el marco teórico y se generan conclusiones de este estudio descriptivo.



## 5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Categoría de análisis	Definición conceptual	Descriptores	Técnicas e instrumentos
<p><b>Salud física</b></p>	<p>Consiste en el funcionamiento adecuado del organismo; es la capacidad que el cuerpo posee para poder satisfacer exigencias que imponen la vida diaria, en nuestro sistema circulatorio el ejercicio, por ejemplo contribuye reducir la presión arterial, a disminuir la formación de coágulos en las arterias, de esta forma se previenen infartos y enfermedades cerebrovasculares. El consumo de cigarrillo es el causante de miles de muertes en el mundo, puede producir cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. El consumo de licor acrecienta la presión arterial a medida que la cantidad ingerida de alcohol aumenta por encima de dos tragos diarios.</p>	<p>Ejercicio, consumo de sustancias psicoactivas;</p>	<p>Escala Likert, Entrevista semiestructurada, Observación, interpretación y análisis.</p>

<p><b>Hábitos alimentarios</b></p>	<p>Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento de las personas en relación con la alimentación, lo cual incluye desde la selección de alimentos hasta la forma en que son ingeridos. Son el producto de la interacción entre la cultura y el medio ambiente los cuales se van transmitiendo de generación en generación.</p>	<p>Consumo de frutas, verduras y reducción en la ingesta de sal, carnes gordas, fritos, disminución en el consumo de productos de panadería, enlatados y dulces.</p>	<p>Escala Likert, Entrevista semiestructurada, Observación no participante.</p>
<p><b>Salud emocional y psicológica</b></p>	<p>Es un atributo positivo por el que las personas pueden alcanzar niveles de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y creatividad, aparte de poseer una flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos que plantea la vida. Puede garantizar participación laboral, intelectual y alcanzar bienestar y calidad de vida.</p>	<p>Depresión, irritabilidad, estrés, tensión, ansiedad.</p>	<p>Escala Likert, Entrevista semiestructurada, Observación no participante.</p>
<p><b>Adherencia al tratamiento farmacológico</b></p>	<p>Es un término utilizado para designar el cumplimiento y seguimiento por parte del paciente del tratamiento que el médico recete.</p>	<p>Toma de medicamentos.</p>	<p>Escala Likert, Entrevista semiestructurada, Observación.</p>

## 5.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En el presente estudio se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos de recolección de información:

### 5.9.1 Técnica: escala de actitud

La técnica de escala de actitud se llevo a cabo mediante la aplicación del instrumento consistente en la escala Likert, diseñada por el equipo de investigadoras como herramienta a medir la actitud de las personas frente a su enfermedad cardiovascular. En el anexo N2 se encuentra la escala diseñada.

**Instrumento:** Escala Tipo Likert.

Summers (1982, citado en Ávila 2006). Señala que, las escalas son instrumentos de medición o pruebas psicológicas que son utilizadas para la medición de actitudes. En una escala de medición de actitudes la opinión o las palabras que expresa la persona no son tan relevantes; lo que en realidad es importante es la actitud de quién opina. La escala de medición de actitudes, analiza los pensamientos y sentimientos de la persona hacia los hechos ya explícitos. Las actitudes pueden medirse a través de diversos tipos de escalas entre la que se destaca la escala de actitudes tipo Likert, ya que es en esta en la cual se centra esta práctica psicológica. (Summers 1982, citado en Ávila 2006).

Rensis Likert, quien fue uno de los primeros teóricos en desarrollar métodos para medir las variables humanas dentro de las organizaciones, creo la escala de Likert, la cual desarrollo a principios de los años treinta y aún es vigente y constantemente utilizada.

Ésta escala mide actitudes o inclinaciones subjetivas en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la

puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. (Ávila, 2006).

Su construcción está en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa frente a un estímulo. Se estructuran los ítems con cinco alternativas de respuesta, en nuestro caso serán: Totalmente desacuerdo, desacuerdo, indeciso, de acuerdo y total acuerdo, aunque está bien mencionar que existen otros tipos de alternativas de respuesta. Además de esto se pueden representar de forma numérica que se representa con unos valores de uno a cinco, el cual es 1 el más bajo valor y 5 el más alto.

Estas escalas están formadas por un conjunto de afirmaciones de igual valor, a cada una de las cuales se debe responder combinando el grado de acuerdo o desacuerdo que se tiene con ellas. Al sumar todas las puntuaciones dadas de todas las preguntas de la escala, se obtiene la puntuación de “la actitud” del sujeto frente al tema específico. En algunos casos se pueden realizar preguntas en la escala con dirección negativa, en este proceso, se invierte la calificación. (Ávila, 2006).

Entre las ventajas que se obtienen con la aplicación de este tipo de escalas se encuentra que permite la utilización de ítems que no están relacionados con la actitud a evaluar, se elabora sencilla y aunque utiliza menos ítem que otras escalas, posee una fiabilidad muy elevada. Mientras que sus desventajas son que no se puede comparar la actitud de un sujeto con otro y la puntuación de un sujeto puede llegar a ser confusa.

### **5.9.2 Técnica: Entrevista semiestructurada**

Además de la escala Likert, se utilizaron datos obtenidos durante las entrevistas semiestructuradas realizadas con los usuarios del Programa, durante las visitas domiciliarias y consultas psicológicas.

La entrevista semiestructurada es una técnica de investigación cualitativa donde el entrevistador es quien marca la pauta y el

entrevistado posee la palabra. Su finalidad es obtener información en relación a un tema predeterminado y el lenguaje corporal asume poca importancia. Finalmente, este tipo de entrevista permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información.

**Instrumento:** Guía de entrevista semiestructurada. Se encuentra el formato de la guía de la entrevista semiestructurada que fue diseñada para la realización del presente estudio con tipo de respuesta si/no y sirvió de apoyo, ya que corroboraba los datos recolectados en la escala antes mencionada, proporcionándonos un nivel de confianza más amplio en la investigación. Ver anexo N3

## **6. RESULTADOS Y DISCUSION**

### **6.1 Resultados**

El estudio que se realizó con enfoque desde la Psicología de la salud pretendió evaluar la actitud del paciente frente a las enfermedades cardiovasculares, para lo cual se utilizó una escala actitudinal construida a partir de la teoría de Likert que permitiera medir su posición ante la enfermedad.

Participaron 302 adultos del municipio de Envigado que están inscritos en el “Programa de Prevención Primaria y Secundaria de Enfermedades Cardiocerebrovasculares”, que es creado por la secretaría de salud del municipio y ejecutado por la E.S.E Envisalud, también del municipio, datos recolectados durante el primer semestre del año 2010. Los usuarios que ingresan al programa, son miembros de una población vulnerable para este tipo de enfermedades, ya que su inclusión al programa se deba a que han cumplido con alguno de los siguientes criterios: Tener un familiar directo con eventos cardiovasculares,

presentar alguno de los factores de riesgo conocidos como obesidad, perfil lipídico alto, problemas de presión arterial, etc.

Los adultos encuestados tenían edades entre 27 y 93 años, con promedio y desviación estándar de 64,8 y 12,1 años respectivamente. El 79,5% eran mujeres con edad promedio de 64 años y 19,5% hombres con edad promedio de 68 años.

En relación con los resultados de la Evaluación de la actitud frente a las enfermedades cardiovasculares en los usuarios del programa, se presenta en la Tabla 1 la respuesta de los adultos en la escala medida.

**Tabla 1. Respuestas evaluación de actitud frente a las enfermedades cardiovasculares.**

N.	Respuestas Item	Total Desacuerdo		Desacuerdo		Indeciso		De acuerdo		Total Acuerdo	
		n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
1	Controlar la presión arterial es importante	12	4	16	5,3	4	1,3	96	32	174	58
2	Consumir frutas y verduras ayuda a limpiar mis venas y arterias	11	3,6	12	4	11	3,6	108	36	160	53
3	Creo que estar tranquilo y relajado no me ayuda a combatir los problemas cardiovasculares	94	31	97	32	11	3,6	64	21	36	12
4	Tomar las pastillas de la presión aumenta el riesgo cardiovascular	114	38	101	33	17	5,6	39	13	31	10
5	La asesoría prestada por los profesionales del programa contribuye a sus conocimientos de prevención frente a las enfermedades cardiovasculares	13	4,3	14	4,6	16	5,3	81	27	178	59
6	Me gusta fumar	36	12	46	15	8	2,6	72	24	140	46
7	Disminuir el consumo de sal y azúcar disminuye el riesgo de enfermedades	19	6,3	21	7	11	3,6	113	37	138	46
8	Considero que la depresión es una causa de enfermedades cardiovasculares	32	11	72	24	11	3,6	83	28	104	34
9	Si me tomo los medicamentos estoy sano	12	4	23	7,6	5	1,7	139	46	123	41
10	Realizar ejercicio contribuye a disminuir la presión arterial	12	4	26	8,6	12	4	100	33	152	50
11	El Programa ayuda a detectar los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares	7	2,3	15	5	10	3,3	101	33	169	56
12	Creo que comer carnes gordas y los fritos con cierta frecuencia no representa problemas para mis venas y arterias	28	9,3	48	16	16	5,3	102	34	108	36
13	Me parece que estar enojado y con tensiones puede alterar mi salud	12	4	41	14	8	2,6	109	36	132	44
14	Considero que el ejercicio no ayuda a prevenir infartos, derrames y trombosis	20	6,6	32	11	6	2	96	32	148	49
15	El estrés diario y exceso de trabajo no afectan mi calidad de vida	20	6,6	34	11	8	2,6	84	28	156	52

16	Creo que los medicamentos son causantes de aneurismas e infartos	21	7	30	9,9	10	3,3	83	28	158	52
17	Creo que el hecho de no tener suficientes recursos económicos afecta mi salud física y psicológica	41	14	39	13	10	3,3	125	41	87	29
18	La depresión no afecta mi salud cardiovascular	32	11	30	9,9	9	3	87	29	144	48
19	Considero que consumir alcohol no aumenta mi presión arterial	15	5	43	14	4	1,3	98	33	142	47
20	Considero que tener un nivel económico de vida alto genera una calidad de vida emocional y psicológica	50	17	37	12	18	6	122	40	75	25
21	El programa aporta al mejoramiento de su calidad de vida	8	2,6	32	11	8	2,6	81	27	173	57
22	Creo que las enfermedades cardiovasculares no tienen nada que ver con el estilo de vida y alimentación, son más bien el resultado de una herencia genética.	29	9,6	34	11	106	35,1	100	33	33	11
23	Me parece que la forma en la que me siento frente a mi familia, mi vida y mi alrededor afecta mi salud física	53	18	105	35	76	25,2	34	11	34	11

Del cuadro anterior se resaltan los siguientes aspectos:

- En lo referente a la asesoría prestada por los profesionales que atienden el programa, el 85,7% de los usuarios está de acuerdo con la importancia que tiene esta asesoría para mejorar en los conocimientos sobre prevención de enfermedades cardiovasculares.
  - El 89,4% de los encuestados manifiestan estar de acuerdo en que el Programa ayuda a detectar los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la población del municipio.
  - Es de anotar que un alto porcentaje (89,4%) de los participantes se muestran conscientes de la importancia de controlar la presión arterial de forma periódica.
  - Vale la pena registrar que se evidencian en los datos, porcentajes de 26,1% de adultos que les gusta fumar, a sabiendas del daño que esto causa a la salud, adicionalmente, se observa que aproximadamente un 20% de estos considera que el consumo de alcohol no es perjudicial para alterar la presión arterial.
  - En el ítem 22: *Creo que las enfermedades cardiovasculares no tienen nada que ver con el estilo de vida y alimentación, son más bien el resultado de una herencia genética*, se encontró que el 44% de los

encuestados está en desacuerdo, el 35,1% está indeciso y solo un 20,9% está de acuerdo con la afirmación.

Adicional al análisis por ítem de la escala actitudinal, se construyeron categorías que agrupan la información en factores con variables correlacionadas según la medición, tales como: Control Médico, relacionado con la actitud frente a la asistencia a controles médicos; Alimentación Sana que envuelve todo lo referente a hábitos alimenticios en relación con el consumo de frutas, verduras, entre otras; Actividad Física que mide lo referente a los hábitos de ejercicio físico; Control emocional y estrés que reúne las variables relacionadas con el estado emocional y afectivo del usuario; Hábitos Sanos relacionados con consumo de tabaco y alcohol y la categoría de Causación Externa que correlaciona las variables de situación económica y social del participante del programa. En la tabla 2 se presenta un resumen de los resultados de cada categoría, mostrando sólo los porcentajes de usuarios que están de acuerdo en los ítems agrupados por categoría. Además en las tablas de la 3 a 8 se observan para cada categoría las frecuencias y porcentajes de personas que manifestaron estar de acuerdo en cada pregunta asociada a la categoría respectiva.

Categoría	De acuerdo	
	N	%
Control Médico	200	66
Alimentación sana	198	66
Ejercicio físico	152	50
Control emocional y de estrés	147	49
Hábitos sanos	70	23
Causación externa	135	45



<b><u>Control Médico</u></b>		
<b>Tabla 3</b>	<b><u>N</u></b>	<b><u>%</u></b>
P1	270	89,4
P4	215	72,1
P9	262	86,8
P16	51	16,9
<b>Promedio</b>	<b>200</b>	<b>66%</b>

<b><u>Alimentación Sana</u></b>		
<b>Tabla 4</b>	<b><u>N</u></b>	<b><u>%</u></b>
P2	268	88,7
P7	251	83,1
P12	76	25,2
<b>Promedio</b>	<b>198</b>	<b>66%</b>

<b><u>Actividad física</u></b>		
<b>Tabla 5</b>	<b><u>N</u></b>	<b><u>%</u></b>
P10	251	83,1
P14	52	17,2
<b>Promedio</b>	<b>152</b>	<b>50%</b>

<b><u>Control Emocional y de Estrés</u></b>		
<b>Tabla 6</b>	<b><u>N</u></b>	<b><u>%</u></b>
P3	191	63,2
P8	187	61,9
P13	241	79,8
P15	54	17,9
P18	62	20,5
<b>Promedio</b>	<b>147</b>	<b>49%</b>

<b><i>Causación Externa</i></b>		
<b>Tabla 8</b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
P17	212	70,2
P20	197	65,2
P22	63	20,9
P23	68	22,5
<b>Promedio</b>	<b>135</b>	<b>45%</b>

<b><i>Hábitos Sanos</i></b>		
<b>Tabla 7</b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
P6	82	27,2
P19	58	19,2
<b>Promedio</b>	<b>70</b>	<b>23%</b>

Estas categorías han mostrado de manera sintética las actitudes frente a las enfermedades cardiovasculares, tanto positivas como negativas, a la vez que permiten visualizar las necesidades en programas de promoción y educación en salud de la población de Envigado para contribuir con la disminución de los factores de riesgo cardiovascular a los que están expuestos. A continuación se resaltan algunos resultados importantes a tener en cuenta para las recomendaciones y conclusiones del proyecto.

## **CONTROL MÉDICO**

El control médico, presentó uno de los porcentajes más sobresalientes con el 66% de usuarios que manifiestan interés y preocupación por los chequeos continuos y la revisión hospitalaria de los pacientes. Vale la pena resaltar, que más del 50% de la población encuestada recurre a control médico, pero aún así el 34% es un porcentaje considerable teniendo en cuenta el riesgo cardiovascular que presentan los pacientes del programa. La motivación de los pacientes

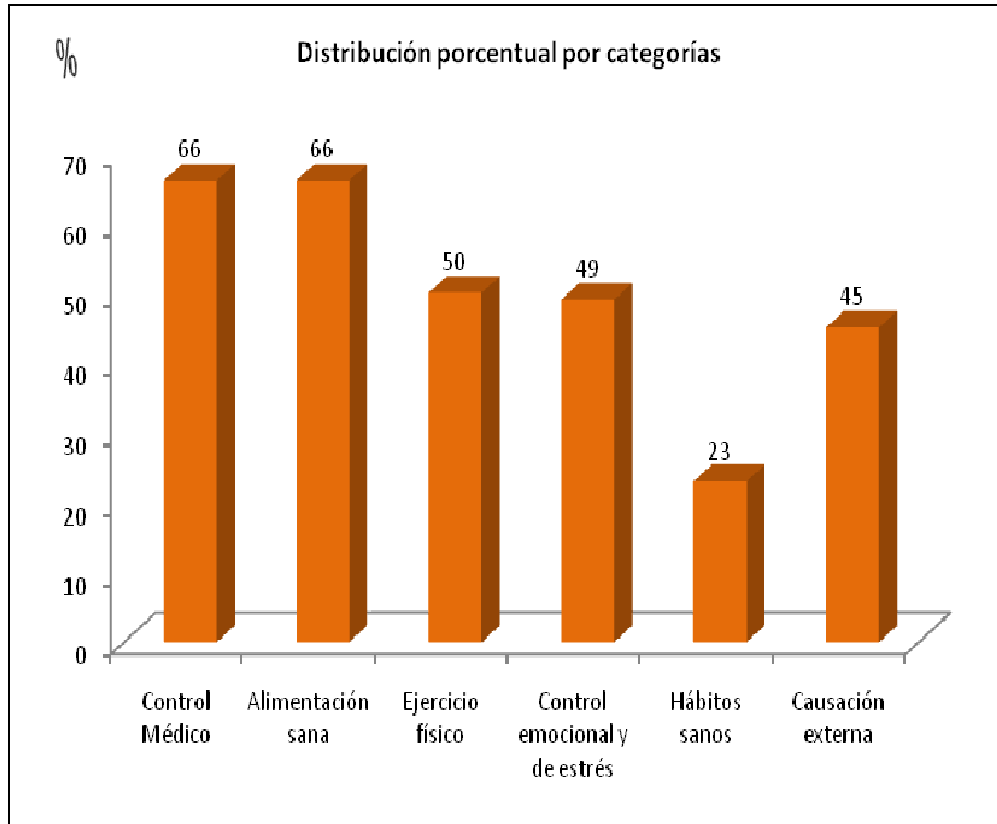
para examinarse continuamente, pese a estar dentro de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardiovasculares no es suficiente para lograr la prevención de eventos cardiocerebrovasculares que podrían ser lesivos o fatales para estos y que afectan directamente su calidad de vida.

## **ALIMENTACIÓN SANA y HáBITOS SANOS**

La alimentación sana presenta resultados estadísticos de influencia positiva con un 66%, la significativa muestra lleva a connotar la actitud de aceptación de los pacientes por una dieta adecuada, basada en comer pequeñas porciones de alimentos frecuentemente, evitar el consumo de dulces y reducir al máximo el de sal, las grasas y las harinas por recomendación de los especialistas del Programa de Prevención Primaria y Secundaria de Enfermedades Cardiocerebrovasculares.

Sin embargo, considerando que la población de este estudio son personas con probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares o incluso que ya las tienen, y que son enfermedades de alto riesgo para la vida, se esperaría que su actitud frente a este aspecto indispensable para el cuidado de la salud fuera más alta. Aunque es importante una alimentación sana, además es conveniente adoptar hábitos de vida saludable, para conseguir modificaciones de los factores de riesgo y prevención de las enfermedades coronarias. Las cifras estadísticas en hábitos sanos son desfavorables con un 23%, (Consumo de tabaco y alcohol) mostraron un alto índice de hábitos insanos en los pacientes, a sabiendas que esto conduce a un alto riesgo de acelerar un evento cardiovascular.

Gráfico 1.



La puntuación de la causación externa es alta y así mismo amenazador, ya que es indiscutible el registro de los resultados, en los cuales los pacientes responsabilizan y adjudican de los cuidados o factores de riesgos a las demás personas, al entorno, al exterior, a las situaciones y no se hacen responsables de su salud, de su vida, de sus actos; pues es más fácil comprometer al otro que a uno mismo.

La categoría denominada Asesoría del programa, construida con los ítems p5, p11 y p21, es un indicador de la aceptación del programa por la comunidad envigadeña, lo que amerita análisis separado de las anteriores categorías. En los gráficos siguientes se pueden apreciar las diferentes respuestas de los usuarios que a su vez mostraron de manera integrada

un promedio de 86% que están De acuerdo con el beneficio de dichas asesorías.

Gráfico 2.

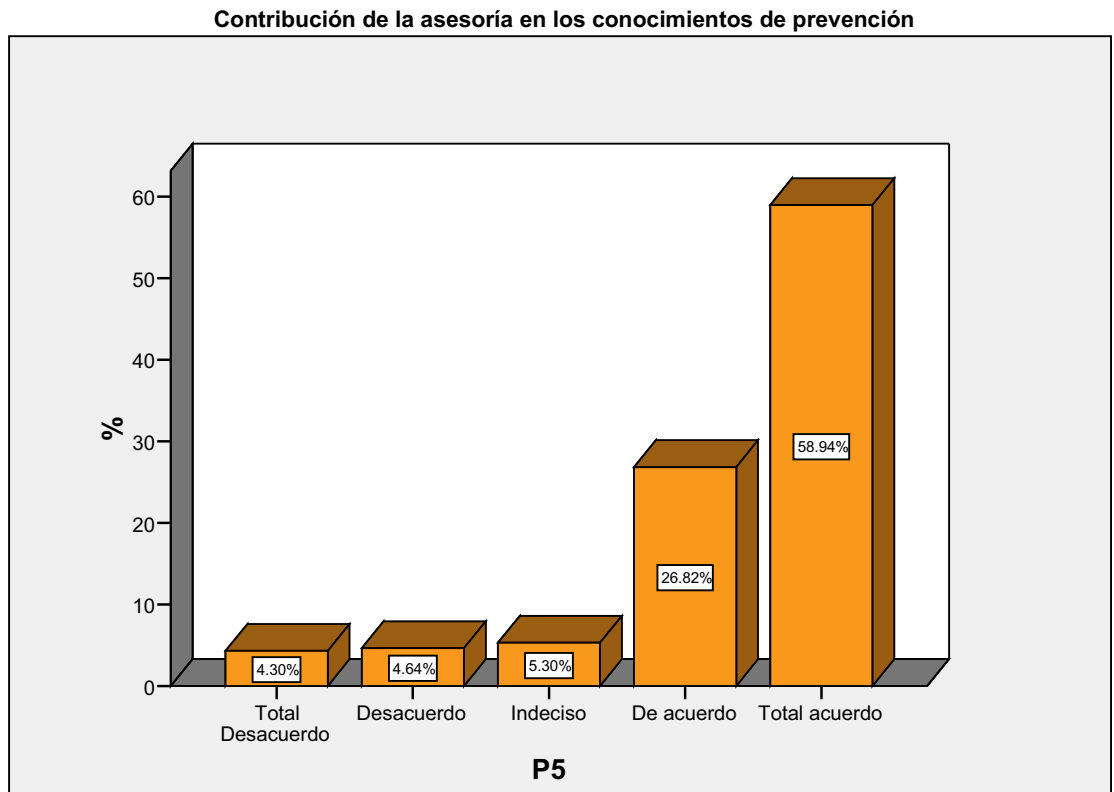


Gráfico 3.

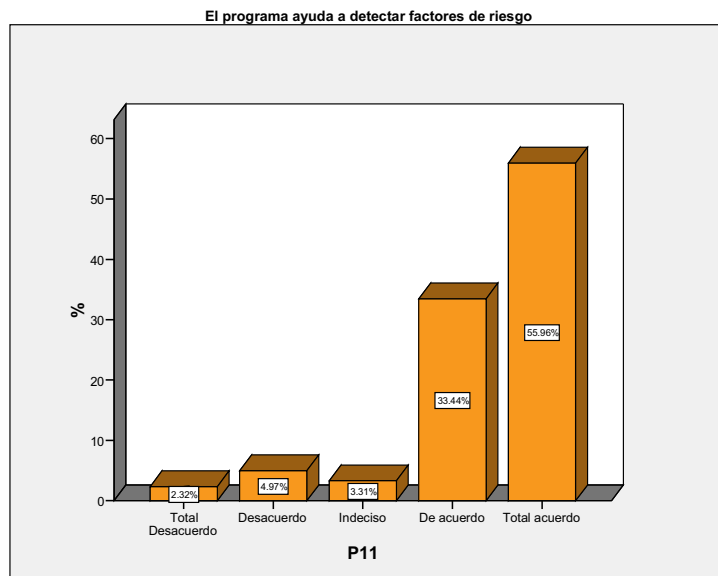
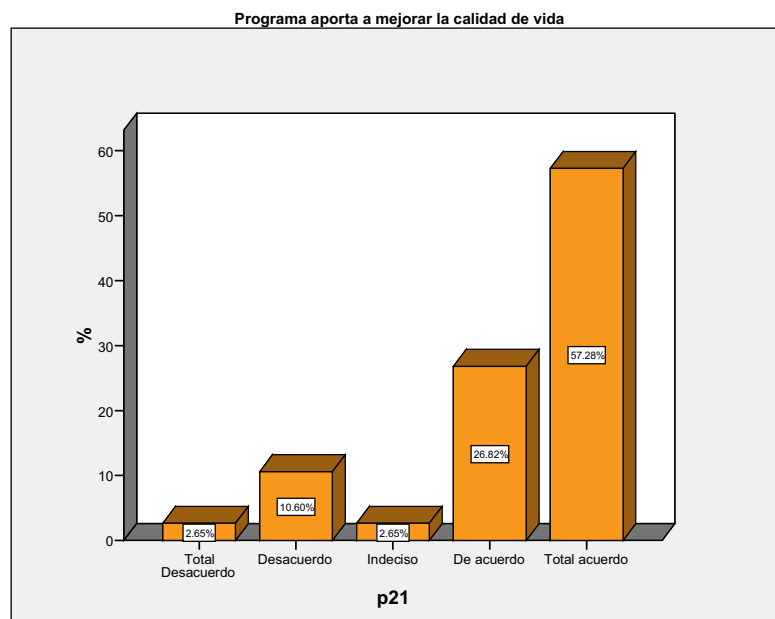


Gráfico 4.



En la asesoría del programa se observó una actitud positiva y de aceptación de los pacientes frente a los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardiovasculares, a través de capacitaciones continuas de educación y fomentación de hábitos saludables, que lleve al mejoramiento de la calidad de vida de los mismos. Es importante resaltar, que los procesos educativos que realiza el programa no solo son para que adopten hábitos de vida saludable, además orientan al conocimiento de las enfermedades cardiovasculares, proporcionando asesorías de concientización con especialistas y promueven extender la calidad de vida de la población afectada.

Los ítems P<sub>5</sub>, la asesoría prestada por los profesionales del programa contribuye a sus conocimientos de prevención frente a las enfermedades cardiovasculares, P<sub>11</sub> el Programa ayuda a detectar los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y P<sub>21</sub> el programa aporta al mejoramiento de su calidad de vida; muestra un grado de actitud bueno, lo cual significa que el apoyo prestado por el personal del Programa es idóneo, aprobado y valorado por todos los usuarios del Programa, además están a gusto con el servicio, siendo pertinente mencionar que estadísticamente nos arroja un porcentaje promedio del 86%. Sin embargo, retomando los hallazgos obtenidos en este estudio en relación a la actitud de los usuarios del Programa con los diferentes ítems, es necesario diversificar las asesorías grupales ofrecidas por el Programa con el fin de ayudar a las personas a mejorar algunos aspectos de su actitud frente a los cuidados necesarios en cuanto a su salud.

Paralelamente a los pacientes se les aplicó una entrevista semiestructurada para determinar hábitos de vida saludable, cuyos resultados se presentan en la tabla 9.

**Tabla 9. Distribución de los usuarios según hábitos**

Pregunta	Si		No	
	n	%	n	%
¿Usa usted productos derivados del tabaco?	73	24,3	228	75,7
¿Está expuesto al humo de otros?	101	33,6	200	66,4
¿Consume una dieta baja en sal?	216	71,8	85	28,2
¿Se toma todos los medicamentos?	257	85,4	44	14,6
¿Consume grasas y calorías?	124	41,2	177	58,8
¿Usa usted productos derivados de alcohol?	77	25,6	224	74,4
¿Usted llora fácilmente, es decir, que hasta sin motivo?	132	43,9	169	56,1
¿Consume una dieta alta en azúcares?	47	15,6	254	84,4
¿Consume frutas y verduras?	230	76,4	71	23,6
¿Hace ejercicio más de tres veces por semana?	209	69,4	92	30,6
¿Se toma regularmente los medicamentos?	247	82,1	54	17,9
¿Se deprime frecuentemente?	107	35,5	194	64,5
¿Se irrita con facilidad?	137	45,5	164	54,5
¿Si realiza el ejercicio?	241	80,1	60	19,9
¿Come usted mucho chicharrón?	185	61,5	116	38,5
¿Es puntual con la toma de medicamentos?	254	84,4	47	15,6
¿Fuma más de dos cigarrillos por día?	52	17,3	249	82,7

A continuación, partiendo de los datos obtenidos se realiza un análisis interpretativo dividido en subgrupos que permite caracterizar la actitud de los usuarios del Programa de promoción y prevención de enfermedades cardiocerebrovasculares del Municipio de Envigado.

Se encontró que el 24,3% de los pacientes del programa consume productos derivados del tabaco, aún sabiendo que esto conduce a una intoxicación crónica denominada tabaquismo, la cual produce dependencia física, aumenta la frecuencia cardíaca y estrecha los vasos sanguíneos; además, es uno de los factores de riesgos más importantes de las enfermedades cardíacas y pulmonares. El 17,3 % de los pacientes



fuman más de dos cigarrillos por día, es importante resaltar que la cifra es significativa para las alteraciones que pueden presentar estas sustancias en los pacientes, dado que ha sido claramente incriminado como agente perjudicial para el sistema circulatorio fundamentalmente en pacientes potenciales o diagnosticados con alguna enfermedad coronaria, el cual causa daños degenerativos en el musculo del corazón, uno de los organos más importantes del cuerpo humano. Favorecedora es la estadística de los que no fuman ningún tipo de cigarrillo con un 82,7% mostrando la actitud positiva que han alcanzado estos pacientes frente a la enfermedad y sus riesgos.

Otra de las secuelas de alto riesgo en los fumadores es la posibilidad de aparición del estrés oxidativo, que es causado por un desequilibrio entre la producción de especies reactivas del oxígeno y la capacidad de un sistema biológico de detoxificar rápidamente los reactivos intermedios o reparar el daño resultante de estas sustancias.

Asimismo, se piensa que fumar poco o incluso sólo estar expuesto al humo de otra persona no es perjudicial, que es malo para él que lo fuma, esto es negativo, aquellos que aspiran el humo de otros son considerados fumadores pasivos, y puede provocar daños en los pulmones, problemas respiratorios y cáncer de pulmón. La cardiopatía isquémica es otra de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo pasivo y es considerada con influencia alta en estos, por esto, es amenazador que el nivel de los resultados sea tan alto con un 33,6% en una comunidad pertenecientes o con riesgo cardiocerebrovascular.

Se identificó igualmente en los resultados un alto nivel de consumo de productos derivados del alcohol con un 25,6%, teniendo en cuenta que es uno de los principales factores de riesgos de las enfermedades cardiovasculares. Se conoce, que el alcohol inhibe el ritmo respiratorio, la frecuencia cardíaca y los mecanismos de control en el cerebro, ocasionando deterioro en la memoria a corto plazo, reducción en el periodo de atención, procesos de pensamiento lento, aumenta grasas en

la sangre como lo son los triglicéridos, presión arterial elevada, insuficiencia cardíaca y la diabetes. Por lo tanto, el consumo de alcohol es dañino si se consume en grandes cantidades y puede ser una sustancia adictiva.

Aunque muchos de los pacientes no conozcan todas estas alteraciones que puede producir el alcohol, lo que si es cierto es que todos los seres humanos con o sin enfermedades cardiovasculares sabemos que el alcohol o productos derivados del mismo son profundamente nocivos para el organismo y que beber en exceso puede producir un ataque al cerebro, arritmia cardíaca y muerte cardíaca súbita.

Continuando con el análisis de los factores de riesgo y teniendo en cuenta los hábitos alimenticios, el consumo de sal en pacientes con enfermedades cardiovasculares o en riesgo de tenerlas es perjudicial, suele ser una de las primeras recomendaciones que se le hacen a cualquier paciente hipertenso o con algún riesgo cardiovascular. La alimentación, es un proceso necesario y obligatorio para todos los organismos, dependiendo del grado de la comida sana se tendrá la competencia biológica o capacidad de enfrentar adaptativamente los cambios energéticos que se puedan producir en el entorno. Es común la creencia de que la cantidad es más nutritiva que la calidad, pero las recomendaciones de una alimentación adecuada se basa en comer bien, evitar azúcares, sal, harinas y grasas. El alto nivel estadístico de consumo de sal con un 28,2%, de grasas con 41,2%, de azúcar con 15,6% y de chicharrón con 61,5%, es indicador de una alimentación insana, donde se identificó porcentajes altos de alimentos dañinos consumidos por los pacientes del “Programa de Prevención Primaria y Secundaria de Enfermedades Cardiocerebrovasculares”.

Es importante resaltar que hay un considerable porcentaje en el consumo de frutas y verduras de parte de los pacientes del programa, el 76,4% de los usuarios, valoran la importancia de ingerir estos alimentos por su gran contenido de fibra y nutrientes que aportan estas ingestas de

vegetales, siendo esto favorable para su salud, debido a que tener una dieta que incluya estas comidas se ha asociado a una mejoría del metabolismo y en algunos parámetros biológicos que ayudan y modifican el riesgo cardiovascular; mientras que comer alimentos grasos genera que las venas y arterias se obstruyan reduciendo el flujo de sangre, puede producir ataques cardíacos y enfermedad cerebrovascular.

En lo referente con la toma de los medicamentos, el 85,4% de los pacientes del programa son cumplidos con los horarios establecidos por los médicos en el tratamiento. Sólo el 14,6% son apáticos y se resisten a las recomendaciones de los especialistas, o tienen problemas de memoria, desconocen la forma de como deben tomar la medicación y no existe el acompañamiento de un familiar, estos pacientes que no demuestran interés en la disciplina con la toma de medicamentos, tienen una mayor prevalencia de lesión cardiovascular. Asimismo, el 17,9% de los pacientes no se toman regularmente los medicamentos, sin tomar en cuenta las contradicciones y desequilibrios que esto puede traer en el proceso del tratamiento, dificultando la probabilidad de reducir y controlar la enfermedad. Vale la pena anotar, que la adherencia terapéutica es un término utilizado para designar el cumplimiento y seguimiento, por parte del paciente, al tratamiento farmacológico que el médico aconseja. Sin embargo, resulta paradójico que los usuarios del programa cardiovascular acuden libremente a consulta para resolver problemas tan importantes como su salud y no atienden las indicaciones dadas por los profesionales en medicina.

El 35,5% de los pacientes encuestados del programa manifiestan deprimirse fácilmente; la depresión es un factor más que se debe agregar en la lista de los factores de riesgos modificablese de las enfermedades cardiovasculares, haciendolos más vulnerables a sentirse sobrepasados por el peso de su enfermedad y tienen una menor calidad de vida que los que no la presentan. La depresión incrementa el riesgo a eventos cardiovasculares o cerebrovasculares y modifican el pronóstico en aquellos

pacientes que han padecido infartos o esquemia de miocardio empeorando su salud, es por esto, que se ha constituido como un factor de riesgo con peso independiente dentro de una enfermedad coronaria.

Estos datos estadísticos ayudaron a las investigadoras a prescribir la actitud de los pacientes frente a la enfermedad, arrojando como principal característica de factor de riesgo los cambios emocionales violentos teniendo estos alta influencia psicológica, los cuales pueden desatar trastornos de ansiedad, depresión, irritabilidad, hostilidad, predisponiendo la actitud frente a su condición de enfermedad; estas actitudes negativas están íntimamente relacionadas a los factores de riesgos modificables asociados a las enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, es importante controlar estos estados emocionales pues día a día los trastornos del estado de ánimo van tomando fuerza y están atacando a más personas.

Adicional a esto, el 43,9% de los pacientes del programa expresan episodios de llanto facial, lo cual va muy asociado al estrés y a la depresión que hoy día se piensa como un riesgo cardiovascular. La disfuncion autonómica, con aumento del tono simpático, parasimpático y del cortisol, el aumento del estrés oxidativo, la disfunción endotelial y el aumento de la coagulación, son algunos mecanismos por los cuales consideran la depresion como un riesgo de mortalidad en los pacientes con enfermedad cardiocerebrovascular, y que tienen un pronostico poco positivo a su enfermedad cardiaca. Por esto, es impresindible considerar estas manifestaciones ánimicas como un factor de riesgo significativo y latente relacionada con ese estado de enfermedad que en ocasiones impide conectarse consigo mismo y que adolece de soledad en su interior.

La población mostrada revela un 45,5% de conductas irritables, estos componentes de ira, hostilidad y agresividad son emociones que han sido identificadas como un factor de predisposición psiquica comprometida con las enfermedades coronarias, que apuntan a una

actitud general de lucha ante la vida. Conducta en la cual, se expresa en forma encubierta mediante manifestaciones psicosomáticas, tanto heteroagresivas como autoagresivas, caracterizado por fatiga, abatimiento, hostilidad, mal humor; evidenciando estos indicadores comportamentales como peligrosas alteraciones corporales y psicológicas en hipertensos o pacientes con riesgo cardiovascular.

En lo concerniente a la actividad física, siendo considerada como uno de los factores de riesgo cardiovascular y tomando en cuenta que es parte esencial para ayudar a dilatar las arterias coronarias nutriendo de salud y vida al corazón y el no realizar ejercicios mínimo tres veces a la semana, tendría afectación directa; en este caso, el 30,6% es un índice elevado por los efectos que el sedentarismo puede representar en la salud de los pacientes, teniendo mayor incidencia de enfermedades coronarias quienes habitualmente no hacen ejercicio. Está es un factor de riesgo modificable que puede ser utilizado en pro o en contra de los beneficios que aporta la actividad física; es sorprendente y se refleja a través del estado de salud positiva, que contrariamente pasa con las personas sedentarias. El 69,4% de los pacientes, indica que si realiza ejercicio mas de tres veces por semana, por lo cual, gozan de todas las ventajas del deporte. Cabe destacar, que se ha comprobado que las personas que ya han padecido enfermedad cardiaca el ejercicio colabora al tratamiento mejorando la calidad de vida.

## **6.2 Discusión**

Las enfermedades cardiovasculares, se deben a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro por depósitos de grasas en las paredes de los vasos sanguíneos, también pueden ser hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre, entre ellas las más conocidas son: la cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, la cardiopatía reumática,

las cardiopatías congénitas, las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares, como es indicado por el Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos de la Universidad de Chile, citado por Olivares, S., Zacarías, I., Escobar, M. (2000).

Por la gravedad de estas enfermedades con el paso del tiempo se ha creado la importancia en la implementación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pues las enfermedades crónicas se han convertido en enfermedades de alto costo afectando la economía y son la primera causa de muerte en todo el mundo. (OMS, 2006). La causa más frecuente de enfermedades cardiocerebrovasculares son la aparición o formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que riegan el corazón o el cerebro como anteriormente fue mencionado; es posible reducir el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular mediante la eliminación de algunos factores modificables y el cuidado o control de otros factores no modificables.

La prevención de estas enfermedades, se alcanza adquiriendo hábitos sanos y modificando los estilos de vida, es importante la implementación de un estilo de vida saludable, que incluya la práctica regular de la actividad física en la prevención de las enfermedades cardiovasculares para así enfrentar a la obesidad y el sedentarismo, promoviendo la ya nombrada actividad física e involucrando especialmente primero hábitos saludables para alejar en edad cualquier trastorno cardiovascular o diabético.

Las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse con una modificación de la conducta, con una adecuada educación en hábitos de vida sanos, que pueden ser aprendidos en la escuela, los colegios y principalmente en el hogar, llevando a la reducción de síntomas depresivos y mecanismos de variabilidad del ánimo que conduzcan al riesgo de algún tipo de enfermedad coronaria, movilizand o la actitud negativa por en una postura positiva frente a la enfermedad.

Los programas de promoción y prevención, buscan el impacto positivo de mejorar la condición de salud en la población en general, motivar a las personas por medio de procesos educativos para que adopten hábitos de vida saludables y así evitar complicaciones obteniendo mejor calidad de vida y reducir los índices de morbilidad que aumentan no sólo en nuestro país, sino en el mundo entero.

Dichas enfermedades van en aumento por la falta de educación y concientización en hábitos de vida sanos, por lo cual, el estudio se basó en la exploración de las actitudes de los pacientes frente a estas enfermedades en cuanto a riesgos y cuidados de las mismas. Dado que se ha determinado que varios de los más importantes aspectos activadores o inhibidores de las reacciones tanto psicológicas como biológicas están bloqueando el conducto regular para el tratamiento y la evolución de los pacientes; pues la parte emocional y la aparición de estrés en los pacientes pone de manifiesto la implicación de las emociones en la aparición y empeoramiento de las enfermedades cardiacas, estos estados emocionales negativos intervienen evidentemente en la salud; cabe suponer que esto influye directa o indirectamente sobre la salud física y mental de los mismos.

Sin embargo, considerando que la población de este estudio son personas afectadas por enfermedades cardiovasculares, que son enfermedades de alto riesgo para la vida, se esperaría que su actitud frente a estos aspectos indispensables para el cuidado de la salud fuera más positiva, tomando en cuenta, que los cambios de conductas y los síntomas reflejan hechos, sentimientos reprimidos o minusvalorados que se van acumulando y estas emociones se convierten en erupción de un volcán interno que compromete tanto la salud física como la psicológica, por esto, es importante la modificación de la actitud para lograr un equilibrio apropiado entre lo físico y lo mental garantizando mejor calidad de vida en los pacientes. Aunque es importante adoptar hábitos de vida saludable, con esto no basta para conseguir las modificaciones

necesarias en la recuperación y condición de las enfermedades coronarias, pues como ya se mencionó anteriormente la parte psico-emocional es la más importante para modificar las actitudes frente a la enfermedad.

Es importante enfatizar en la implementación de estrategias que posibiliten acceder a todos los sectores, tanto niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores. Por ejemplo en la población infantil, el sedentarismo, es un mal hábito y muy frecuente, ya que estos, por la tecnología, son menos activos que antes, están siempre frente a un televisor con videojuegos o en un computador, lo que ayuda a que suban de peso, tengan poca concentración en el mundo externo y se habitúan a estímulos intermitentes y rápidos que los llevan a otras conductas inadecuadas en la vida adulta.

Actualmente vivimos en un mundo que busca la practicidad, que se mueve rápidamente y las personas nos vamos acomodando a ello, se compra comida precocida, enlatada, con químicos, colorantes y preservativos, que no favorecen la salud física y que a largo plazo afectan el funcionamiento del organismo. De igual forma, culturalmente es aceptado el cigarrillo, el cual sabemos que también es un factor de riesgo asociado a estas enfermedades, así como el alto consumo de licor.

Podemos decir que las personas llevan una vida poco sana y son conscientes de los efectos negativos de ello, siempre se atribuyen las enfermedades y las complicaciones que estas conllevan a una parte externa, como al sistema de salud, a la falta de recursos económicos, a la falta de apoyo familiar e incluso gubernamental. Ante cualquier molestia física se automedican y tardan en acudir a un médico, o peor aún, no se toman el medicamento de la manera adecuada y recetada por este profesional de la salud.

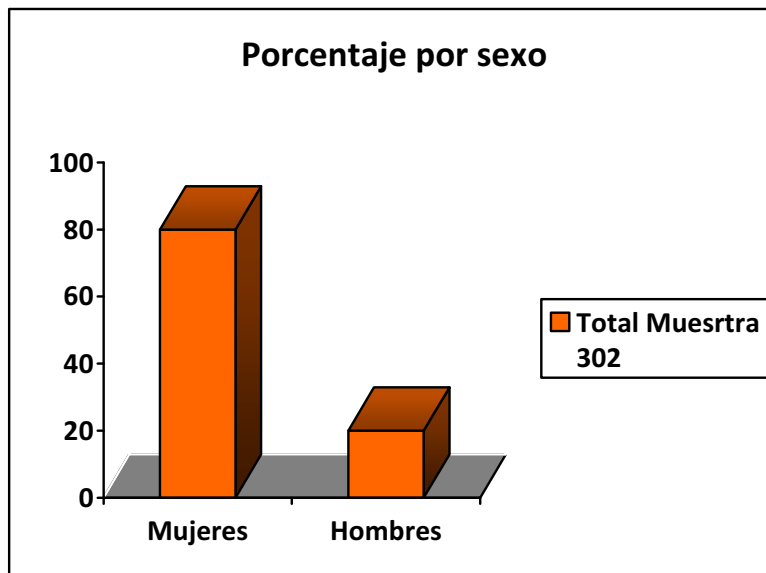
De otro lado, después de una larga búsqueda nos encontramos con pocos estudios que investiguen o desarrollen programas sobre la actitud del paciente frente a estas enfermedades, lo que permite valorar esta



investigación como un aporte a la psicología de la salud marcando pautas para nuevas investigaciones con poblaciones expuestas a riesgos de enfermedad cardiocerebrovascular, por lo que esta investigación puede convertirse en una herramienta de estudio y un aporte para la psicología de la salud.

### 6. 2.1 Diferencias en la actitud según sexo.

Gráfico 5.



Según el gráfico, se encontró que son más las mujeres encuestadas, lo cual se puede deber a una mayor receptividad frente a la responsabilidad con su enfermedad, por ello es más la cantidad de mujeres inscritas en el programa, las cuales también acuden a las asesorías grupales que este ofrece y por lo tanto el muestreo total arroja una cantidad más alta de mujeres que hombres.

Cabe anotar que el sexo es un factor de riesgo no modificable en las enfermedades cardiocerebrovasculares y que puede afectar más al sexo femenino que al masculino, en el caso de las mujeres puede presentarse

después de la menopausia, inclusive también puede afectar a mujeres embarazadas o después del parto, lo cual es conocido como preeclampsia.

Tras los resultados obtenidos en el sexo femenino se puede inferir que actitudinalmente ellas asumen la enfermedad cardiovascular, sus factores de riesgos y los cuidados en los hábitos de vida saludable se preocupan más e intentan educarse asistiendo a estos programas.

## 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Programación anual (meses)												
	Segundo periodo académico de 2009						Primer periodo académico de 2010						
Elaboración de anteproyecto	x	X	X	x	x								
Presentación de anteproyecto						X							
Elaboración de marco teórico y diseño de instrumentos							x	X	x				
Trabajo de campo										X	X	X	
Análisis de resultados													
Entrega final del informe													

## 8. PRESUPUESTO

<b>PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO</b>				
<b>RUBROS</b>	<b>VALOR EN PESOS</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>Estudiantes</b>	<b>IUE</b>	<b>Externa</b>	
Material y suministros	297.000			
Salidas de campo				
Bibliografía				
Asesor				
Equipos	1.200.000			
Otros				
<b>TOTAL</b>	<b>1.497.000</b>			<b>1.497.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE MATERIALES Y SUMINISTROS</b>				
<b>Material</b>	<b>FUENTES</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>Estudiantes</b>	<b>IUE</b>	<b>Externa</b>	
Resma hojas	12.000			
Cartucho impresora	15.000			
<b>TOTAL</b>	<b>27.000</b>			<b>27.000</b>

DESCRIPCIÓN DE LAS SALIDAS DE CAMPO				
DESCRIPCIÓN DE LAS SALIDAS DE CAMPO	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
<b>TOTAL</b>				

DESCRIPCIÓN BIBLIOGRAFIA				
DESCRIPCIÓN BIBLIOGRAFIA	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Compra de libros				
<b>TOTAL</b>				

DESCRIPCIÓN EQUIPOS				
DESCRIPCIÓN EQUIPOS	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Computador	1.200.000			
<b>TOTAL</b>				<b>1.200.000</b>

DESCRIPCIÓN OTROS				
DESCRIPCIÓN OTROS	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Internet	80.000			80.000
Fotocopias	20.000			20.000
Argollada y empastada	25.000			25.000
Servicios públicos	145.000			145.000
<b>TOTAL</b>	<b>270.000</b>			<b>270.000</b>

## 9. IMPACTO Y RESULTADOS ESPERADOS

### 9.1 RESULTADOS ESPERADOS

#### 9.1.1 Generación de nuevo conocimiento

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Caracterización de las actitudes frente a su enfermedad que presentan las personas afectadas por los problemas cardiovasculares.	Entrega del documento final.	Usuarios del programa Cardiovascular y la comunidad académica en general.

### 9.1.2 Fortalecimiento de la comunidad científica

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Establecimiento de cooperación entre la IUE y la Secretaria de Salud mediante el desarrollo de este trabajo.	Socialización de los resultados frente a la comunidad académica y Secretaria de Salud.	Comunidad general, población de personas afectadas por los problemas cardiovasculares.

### 9.1.3 Apropiación social del conocimiento

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Documento final de la investigación.	Entrega a las fechas propuestas.	Comunidad académica y la comunidad en general.
Publicación de un artículo en revista Katharsis	Entrega del artículo.	Comunidad académica y la comunidad en general.

## 9.2 IMPACTOS ESPERADOS

<b>Impacto esperado</b>	<b>Plazo (años) después de finalizado el proyecto.</b>	<b>Indicador verificable</b>	<b>Supuestos</b>
Desarrollo de diversos programas en prevención y promoción de actitudes adecuadas para las personas afectadas por problemas cardiovasculares por parte de la Secretaria de Salud.	2 años.	Cantidad de Programas implementadas.	Una buena acogida e interés frente a los datos recogidos por parte de la Secretaria de Salud.

## 10. COMPROMISOS Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

El presente estudio asume el compromiso de comunicar los resultados a la comunidad académica tanto de la Institución Universitaria de Envigado, como a otras instituciones interesadas. Igualmente se compromete con la entrega del informe final escrito, y socialización de los resultados con la población objeto de estudio.

## 11. CONSIDERACIONES ETICAS

La ciencia Psicológica es aplicada en investigaciones, consultoría, evaluación, educación, promoción, supervisión, entre otras; es necesario promover la Psicología como disciplina científica y humana. La función de

los profesionales en Psicología se basa elementalmente en la protección y bienestar del individuo y grupos con los cuales trabaja; bajo algunos parámetros éticos en los cuales está la responsabilidad de utilizar el código del Psicólogo, con el que se compromete a respetar la declaración universal de los derechos humanos y las diferentes individualidades. (Código de Ética del Psicólogo en Colombia, 2006. Art. 1)

El Psicólogo debe presentar su trabajo con alta calidad, por esto es importante mantenerse actualizado, prestar servicios únicamente en las áreas en las cuales está especializado, hacerse responsable de sus actos y asumir las consecuencias de su trabajo. (Código de Ética del Psicólogo en Colombia, 2006. Art. 2. 2)

Además deberá informar el tipo de trabajo que va a prestar y que éste, esté cumpliendo tanto normas sociales, valores, creencias, como normas jurídicas. Por lo tanto es imprescindible no dejarse presionar de cualquier tipo de circunstancia que dé mal uso de la actividad profesional del Psicólogo. (Código de Ética del Psicólogo en Colombia, 2006. Art. 5)

También buscamos contribuir a lograr una mejor calidad de vida para todas las personas en el programa cardiocerebrovascular del Municipio de Envigado, por medio de los conocimientos que sean adquirido en el proceso de la formación como Psicólogas y que con ayuda de técnicas Psicológicas se pretende proporcionar un seguimiento y acompañamiento a los usuarios del mismo programa en la parte Psicológica; teniendo presente consultar y asesorarnos con otros Psicólogos si es necesario, con el fin de que el tratamiento de los pacientes sea un éxito.

Es importante resaltar que el trabajo Psicológico que se va a llevar a cabo en el programa, está constituido bajo las normas ya mencionadas por las cuales el Psicólogo se debe regir; con base en el respeto por los derechos fundamentales, la dignidad, el valor de las personas y de la sociedad; respetando las diferencias individuales, la integridad física y psicológica, y el respeto mutuo en las relaciones humanas. Igualmente está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por



razón del ejercicio de su profesión haya recibido información y sólo en caso de peligro para el consultante se podrá informar a su familia o a otra persona de la sociedad y para ello está el anexo 1. (Código de Ética del Psicólogo en Colombia, 2006. Art. 2. 5)

## **12. CONCLUSIONES**

Del estudio realizado a los pacientes del “Programa de prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiocerebrovasculares” se aprecia que existen diversos aspectos emocionales que activan o inhiben las actitudes de los pacientes frente a las enfermedades cardiocerebrovasculares, bloqueando el conducto regular para el tratamiento y la evolución en la recuperación de la enfermedad, estas reacciones se ven reflejadas tanto en su salud física como psicológica.

Entre los hallazgos más importantes obtenidos en esta investigación en relación con la actitud de los usuarios del Programa frente a los diferentes aspectos más significativos, se reportan moderadas puntuaciones en el control médico, bajas puntuaciones en el control emocional y de estrés, puntuaciones contrastadas en la alimentación sana, bajas puntuaciones en la actividad física, elevadas puntuaciones en los hábitos sanos tomando en cuenta lo perjudicial del tabaco y el alcohol, alta puntuación en la causación externa y puntuaciones sobresalientes con actitud positiva frente a las asesorías que ofrece el programa, pero aún reconociendo el beneficio de promoción y prevención que este ofrece, la actitud de los pacientes por los hábitos saludables no logran modificarse, a sabiendas de su importancia para la salud. Todo esto muestra un perfil actitudinal que está lejos de estar óptimo para las personas afectadas por una enfermedad que pone en peligro sus vidas. Esto lleva precisamente a emplear las estrategias de apoyo en el programa, acerca de la concepción de la enfermedad y la necesidad de diversificar los talleres ofrecidos por el Programa para mejorar la

condición de actitud de los pacientes frente a los cuidados necesarios que implique menos deterioro, más esperanza y calidad de vida.

Otro aspecto que se puede destacar es la receptividad que tienen los usuarios a los que se les aplicó la escala y la entrevista del Programa de Prevención de Enfermedades Cardiocerebrovasculares, es que ellos, en su gran mayoría, ven este programa como una ayuda, un soporte a su enfermedad y calidad de vida, ven muy positivo el seguimiento que realiza el equipo interdisciplinario con las visitas domiciliarias y consideran que contribuye con la detección de factores de riesgo, al igual que creen conveniente las actividades grupales que se realizan.

En síntesis, de acuerdo con los resultados de las estadísticas calculadas, se pudo observar que un alto porcentaje de los usuarios de este programa, tienen actitudes positivas frente a la prevención de la enfermedad y están con disposición de recibir asesorías de profesionales idóneos conocedores del tema. Se evidencia además, que hacen falta más campañas para promover hábitos sanos concientizando a los usuarios de la importancia de la adquisición de tales hábitos para la prevención de la enfermedad.

Finalmente vale la pena destacar, el porcentaje bajo de usuarios que consideran que no existe relación entre los aspectos relacionados con el ambiente familiar, condiciones afectivas y emocionales con la presentación de eventos de enfermedad cardiovascular, indicando esto una necesidad de fortalecer la educación en salud con enfoque psicosocial para esta población a riesgo.

En este orden de ideas, con el estudio se logró una muy buena aproximación para el conocimiento de la actitud de los usuarios expuestos a riesgo de enfermedad cardiovascular; el diagnóstico la investigación de la actitud de los pacientes del Programa frente a las enfermedades cardiovasculares, no es del todo adecuado y consciente de la gravedad, pero si muy variable en la actitud de los cuidados que se deben tener, puesto que no practican todos los hábitos saludables con la creencia de

que unos factores de cuidados remplazan a los otros, es por esto, que la principal característica, es de noción psicológica dado que desde este esquema es donde proviene la motivación por la cual el paciente asume su enfermedad con aceptación o rechazo y este proceso mental es sólo psíquico, por lo tanto, es imprescindible resaltar que estas enfermedades pueden prevenirse con una modificación de la conducta, interviniendo en la reducción de síntomas depresivos y mecanismos de variabilidad del ánimo que conduzcan al riesgo de algún tipo de enfermedad coronaria, movilizandole la actitud negativa por en una postura positiva frente a la enfermedad. Toda esta información, además será de utilidad para la dirección y organización de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a futuro en el Municipio.

### **13. RECOMENDACIONES**

A pesar del hecho de que el origen de las enfermedades cardiovasculares es multicausal y parte de su dificultad para diseñar estrategias de prevención para combatirlas, es la cantidad de factores desencadenantes o factores de riesgo que están relacionadas a estas, es importante resaltar que uno de los principales factores de riesgo que afectan o aceleran al desarrollo de la enfermedad cardiovascular son los asociados con los trastornos psicológicos, colocando de manifiesto la implicación de las emociones en la aparición y empeoramiento de estas enfermedades. Dado que en el estudio se pudo corroborar que la actitud de los pacientes con síntomas de desordenes emocionales son menos propensos a seguir cualquier tipo de recomendaciones, de dietas, medicación y ejercicio por parte de los especialistas; por esto, es imprescindible la modificación de las conductas poco saludables en los pacientes del “Programa de Prevención Primaria y Secundaria de Enfermedades Cardiocerebrovasculares”.

La modificación de la actitud en los pacientes por medio de trabajos de concientización en la importancia de cuidar su vida y hacerse responsable de los cambios hacia hábitos de vida saludable, como el control médico, asistir periódicamente al centro de salud, tomar los medicamentos como fueron formulados, disminuir el alcohol y el cigarrillo, hacer ejercicio, consumir alimentos sanos, todos estos comportamientos que apuntan a su propia conservación; esto puede lograrse a través de talleres formativos en los diversos factores de riesgos conocidos.

Es importante, además, trabajar la autoestima, el autoreconocimiento para después de reconocerse a sí misma como persona y ser especial que se ama, pueda reconocer y amar al Otro. Luego se entraría a incursionar en las relaciones interpersonales, posteriormente del reconocimiento del Otro; trabajando por medio de actividades de convivencia sana, de filosofía de la vida, meditación emocional y valor a la vida, reconciliándose consigo mismo, la familia, el entorno y la sociedad, optimizando todo el ambiente que lo rodea.

Finalmente otros aspectos relevantes para trabajar en las actitudes de los pacientes del Programa, son las ideas irracionales, los autoesquemas y las jerarquías; ese compromiso con su salud y su vida, buscando transformar esa perspectiva de siempre atribuirle la responsabilidad a algún agente externo de su condición de enfermedad o de bienestar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, C. (1999). Desarrollo y salud. *Revista de Salud Pública*, Numero de la revista.
- Allport, G. (1935). «Attitudes». En Murchison, C. (Dir.): *Handbook of Social Psychology*. Woscester, Mass.: Clark University Press.
- Aristizábal O, Dagnóvar, O., Vélez, S. (2007). *Guías Colombiana para el diagnostico y tratamiento de la hipertensión arterial. Prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular Revista Colombiana de Cardiología*, volumen 13, suplemento 1.
- Ávila, H. (2006). Introducción a la metodología de la investigación. Mexico.
- Base de datos del “Programa de promoción y prevención de enfermedades cardiovasculares” del Municipio de Envigado en el año 2010.
- Bautista, J. M. (2010). *Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico*. Departamento de Educación Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Huelva. Recuperado el 15 de marzo de 2010 desde [http://: www.peremarques.pangea.org/dioe/bautistaactitudes.doc](http://www.peremarques.pangea.org/dioe/bautistaactitudes.doc)
- Belloch, A., Sandin, B., Ramos, F. (1995) *Manual de Psicopatología*. Volumen 2. Madrid Editorial Printed in Spain.
- Bonilla Castro, Elssy; Rodriguez Sehk, Penélope. *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales*. 1997. Capitulo 2, p84. Bogotá. Grupo editorial Norma.
- Boskis, Bernardo. *Primer congreso virtual de cardiología. Estrés y Enfermedad Cardiovascular*. 1999. Recuperado el 30/09/2009 en <http://www.fac.org.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/gaesp/gac6602c/cboskis.htm>

- Burgos, H. (2009). Estudios sociales nueva época, “concepto de actitud”, desde Jeffres, R. *Revista de Ciencias sociales*. Recuperado el 18 de agosto de 2009 desde [www.revistapsicologia.ces.edu.co](http://www.revistapsicologia.ces.edu.co)
- Dawes, R. (1983). *Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes*. México: D. F. Edit. Limusa, S.A.
- De Gispert, C. (2006). *Enciclopedia de la psicología*. Volumen III. Barcelona: Editorial Océano.
- De Gispert, C. (2006). *Enciclopedia de psicología*. (2006) Volumen IV, Barcelona: Editorial Océano.
- Escobar, María Cristina. Olivares, Sonia. Zacarias, Isabel. *Prevención de las enfermedades Cardiovasculares*, Universidad de Chile (2000)
- Flórez, J., Adeva, M., García, M. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano, Medicina y Humanidades*. NI 1218. Junio 97. Doyma S.A.
- Flórez-Alarcón, L., & Hernández, L. (1998). Evaluación del estilo de vida. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Recuperado el 25 de mayo de 2009 desde [http://www.alapsa.org/boletin/art\\_eval01\\_1.htm](http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm) Visitada en julio de 2007
- Flórez-Alarcón, Luis; Carranza, William Andrés. *La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles*. Correspondencia: Grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Bogotá, Colombia 2207. Recuperado el 03 de Mayo de 2010 en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242007000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242007000200005&script=sci_arttext)

- Freud, S. (1981). *Análisis terminable e interminable*. Paris: Les éditions de Minuit.
- Gobierno de España. (2008). *Guías europea en la prevención cardiovascular en la práctica clínica*. Barcelona: Secretaria técnica del CEIPC. Recuperado el 15 de abril de 2010 desde [http://www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/IV\\_Guias\\_de\\_Prevencion\\_Cardiovascular\\_CEIPC\\_MSC\\_2008.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/IV_Guias_de_Prevencion_Cardiovascular_CEIPC_MSC_2008.pdf)
- Gómez, A. y cols. (2006). Protocolo de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Estratificación del riesgo cardiovascular. Gobierno de Aragon. Departamento de salud y consumo. Recuperado desde <http://benasque.aragob.es:443/cgi-bin/EPS2AA/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=EPS2&SEC=SARE S&DOCN=000006609>
- Hernández, s. Roberto; Fernández, C. Carlos; Vaptista, Pilar. *Metodología de la investigación*. 4ta edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2006.
- Hogan, J. (2004). *Pruebas psicológicas: Una introducción práctica*. México: Manual Moderno.
- Hogan, T. (2004). *Intereses actitudinales, pruebas psicológicas: una introducción práctica*. México, Manual Moderno.
- Lancheros, L., Marconí, L., Manrique, M., y Mendivelso, M. (2007). Conceptos básicos acerca de las pruebas de actitud. Universidad Nacional. *Revista Avances de la medición*. Recuperado el 20 de septiembre de 2009 desde [www.humanas.unal.edu.co](http://www.humanas.unal.edu.co)
- Lira, M., Kunstmann, S., Caballero, E., Guarda, E., Villarroel, L. & Molina, J. (2006). Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: un análisis crítico del estado actual. *Revista Médica de Chile*, Sociedad médica de Santiago; (134: 223-230).

- Lopategui, E. (2000). *El concepto de salud: Conceptos Básicos*. Recuperado el 10 de abril desde [www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html](http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html)
- Maarabi, M. (1985). El hombre frente a su enfermedad y el acto médico, discurso pronunciado en el Seminario Municipal. Dr. Julio Mendez. Recuperado el 10 de mayo desde: [www.masuah.org/elhombre.htm](http://www.masuah.org/elhombre.htm)
- Manrique, H. (2003). *¿Adaptación psicológica? Algunas consideraciones sobre el uso del concepto de adaptación en la psicología*. Monografía de psicología no publicada. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Universidad nacional de Colombia. Instituto de investigaciones públicas. *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades de salud pública*. Bogotá, Colombia, Mayo de 2007.
- Morales, P, (2010) *GUIA PARA CONSTRUIR CUESTIONARIOS Y ESCALAS DE ACTITUDES*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Facultad de ciencias Humanas y Sociales. <http://www.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/Guiaparaconstruiescalasdeactitudes.pdf>.
- Novel Martí, G., Lluch Canut, M. (1991). *Enfermería psico-social*. Serie Manuales de Enfermería. Madrid: Salvat.
- Olivares, S., Zacarías, I., Escobar, M. (2000). *Prevención de las enfermedades cardiovasculares*. Ministerio de salud – Chile, Instituto de nutrición y tecnología de alimentos (INTA) Universidad de Chile.
- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Nota Informativa de Septiembre de 2009. Recuperado el 15 de



febrero de 2010 del centro de prensa en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>

- Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponible en el centro de prensa el 20/09/2009 en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud, 1979. Recuperado el 20/09/2009 de  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>.
- Otero, Haydée. *Calidad de Vida y Enfermedad. Revista de Psicología* - Vol. II N° 1 Enero 1998. Recuperado el 02 de septiembre de 2009 de:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/psicologia/1998\\_n1/calidad\\_vida.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/psicologia/1998_n1/calidad_vida.htm)
- Pineda, M., Ortega, R., Garberí, R. (2001). Sobre crónicos, cuidadores y sus familias. La necesidad de un nuevo planteamiento. *Revista "Viure en salut"*. NI 51. Mayo 2001. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.
- Revista Cubana de Salud Pública. Vol 3, N4, ciudad de la Habana Cuba, sep-dic 2004. Recuperado el 09 de diciembre de 2010 de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008)
- Ruiz Bolívar, C. (2008). *El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: Una mirada desde el paradigma de la complejidad*. Recuperado desde [www.carlosruizbolivar.com/.../CRB%20Art%20Enfoque%20Multimétodo.pdf](http://www.carlosruizbolivar.com/.../CRB%20Art%20Enfoque%20Multimétodo.pdf)
- San Martín, H. (1984). *Salud y Enfermedad*. La Prensa Médica Mexicana S.A. México. Recuperado 21 de enero desde <http://www.librospdf.net/hernan-san-martin...y-salud/3/> - España.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. Recuperado el 5 de octubre de 2009 desde <http://www.hermesoft.esap.edu.co>
- Torres, T (2004). Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara. *Caudernos de Saúde Pública*. Print version ISSN 0102-311X Cad. Saúde Pública vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2005.
- Vergara, M. C. (2007). *Tres concepciones históricas del proceso de salud- enfermedad*. Recuperado 17 de abril desde [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_4.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf)

## ANEXOS

### Anexo N 1

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Envigado, 2010

Yo, -----, identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. -----de -----, conozco los objetivos y el propósito de la investigación **“EVALUACIÓN DE LA ACTITUD FRENTE A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOCEREBROVASCULARES DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO”** y expreso mi participación activa, apoyo y compromiso en el desarrollo de esta investigación.

Estoy informado sobre el hecho de que esta investigación guardará el anonimato de las personas que participarán, y que los resultados serán utilizados en pro del mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas por las problemáticas cardiovasculares. Además, se respetarán los puntos de vista, la integridad e individualidad de los participantes.

En constancia firma:

## Anexo N 2

### EVALUACIÓN DE LA ACTITUD FRENTE A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOCEREBROVASCULARES DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Objetivo: Describir la actitud de los usuarios del Programa de Promoción y Prevención de Enfermedades Cardiocerebrovasculares del Municipio de Envigado frente a su enfermedad.

A continuación usted encontrará varios ítems, frente a los cuales debe seleccionar la respuesta que usted considere más apropiada para expresar su opinión. Es importante que esta encuesta sea contestada con sinceridad y en forma completa. Muchas gracias por su colaboración!

	Edad: ____ Sexo: F ____ M ____	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Total Acuerdo
1	Controlar la presión arterial es importante					
2	Consumir frutas y verduras ayuda a limpiar mis venas y arterias					
3	Creo que estar tranquilo y relajado no me ayuda a combatir los problemas cardiovasculares					
4	Tomar las pastillas de la presión aumenta el riesgo cardiovascular					
5	La asesoría prestada por los profesionales del programa contribuye a sus conocimientos de prevención frente a las enfermedades cardiovasculares					
6	Me gusta fumar					
7	Disminuir el consumo de sal y azúcar disminuye el riesgo de enfermedades					
8	Considero que la depresión es una causa de enfermedades cardiovasculares					
9	Si me tomo los medicamentos estoy sano					
10	Realizar ejercicio contribuye a disminuir la presión arterial					
11	El Programa ayuda a detectar los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares					
12	Creo que comer carnes gordas y los fritos con cierta frecuencia no representa problemas para mis venas y arterias					
13	Me parece que estar enojado y con tensiones puede alterar mi salud					
14	Considero que el ejercicio no ayuda a prevenir infartos, derrames y trombosis					
15	El estrés diario y exceso de trabajo no afectan mi calidad de vida					
16	Creo que los medicamentos son causantes de aneurismas e infartos					

17	Creo que el hecho de no tener suficientes recursos económicos afecta mi salud física y psicológica					
18	La depresión no afecta mi salud cardiovascular					
19	Considero que consumir alcohol no aumenta mi presión arterial					
20	Considero que tener un nivel económico de vida alto genera una calidad de vida emocional y psicológica					
21	El programa aporta al mejoramiento de su calidad de vida					
22	Creo que las enfermedades cardiovasculares no tienen nada que ver con el estilo de vida y alimentación, son más bien el resultado de una herencia genética.					
23	Me parece que la forma en la que me siento frente a mi familia, mi vida y mi alrededor afecta mi salud física					

**Anexo N 3.**

**ENTREVISTA A LOS USUARIOS DEL PROGRAMA  
CARDIOCEREBROVASCULAR DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO**

Edad \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Por favor responda con la mayor sinceridad posible a las preguntas que encontrará a continuación.

1. ¿Usa usted productos derivados del tabaco? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. ¿Está expuesto al humo de otros? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. ¿Consume una dieta baja en sal? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Se toma todos los medicamentos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. ¿Consume grasas y calorías? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. ¿Usa usted productos derivados de alcohol? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
7. ¿Usted llora fácilmente, es decir, que hasta sin motivo? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
8. ¿Consume una dieta alta en azúcares? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
9. ¿Consume frutas y verduras? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
10. ¿Hace ejercicio más de tres veces por semana? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
11. ¿Se toma regularmente los medicamentos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
12. ¿Se deprime frecuentemente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
13. ¿Se irrita con facilidad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
14. ¿Acostumbra realizar ejercicio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
15. ¿Come usted mucho chicharrón? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
16. ¿Es puntual con la toma de medicamentos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
17. ¿Fuma más de dos cigarrillos por día? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_