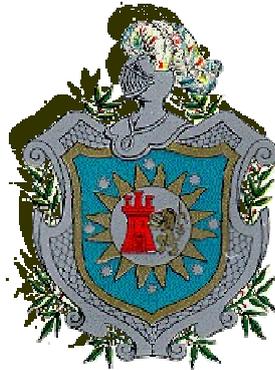


Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Psicología
UNAN-León



“Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología”

Tema:

Estilos de vida y Enfermedades Coronarias en Cardiópatas de los Centros de Salud abeceras del Municipio de León, Mántica, Perla Maria Norori, Sutiaba Periodo de Marzo-septiembre del 2006.”

Autoras:

 **Bra. Maria Eveling Betanco Camacho.**

 **Bra. Arlen Libeth Méndez Jiménez.**

Tutores:

Dra. Lucrecia Palma
Psiquiatra

Dr. Hugo García Camacho
Médico Internista

Asesor Metodológico

Dr. Andrés Herrera Rodríguez. PhD

León, septiembre del 2007



Agradecimientos

A Dios, quien nos dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A nuestros padres, quienes nos enseñaron desde pequeñas a luchar para alcanzar nuestras metas, además nos infundieron la ética y el rigor que guían nuestro transitar por la vida. Nuestro triunfo es el de ustedes, ¡Muchas Gracias!

A nuestros tutores Dra. Maria Lucrecia Palma, Dr. Hugo García Camacho y a nuestro asesor metodológico Dr. Andrés Herrera Rodríguez, quienes nos brindaron las orientaciones necesarias para lograr culminar nuestra tesis.



Resumen:

El mundo moderno, debido al desarrollo científico técnico ha introducido un estilo de vida que provoca una gran variedad de factores de riesgos. En las estadísticas mundiales, entre las diez primeras causas de muertes las enfermedades cardiovasculares ocupan lugares prioritarios, representan la mitad de la mortalidad global.

En los países con alto nivel de desarrollo económico como Estados Unidos y países Europeos, las enfermedades crónicas constituyen las principales causas de mortalidad, y dentro de éstas las cardiopatías ocupan el primer lugar, siendo denominada por algunos autores **“La epidemia del siglo”**.

Tomando en consideración todo lo anterior y conciente del desconocimiento de la población sobre las enfermedades coronarias decidimos emprender un estudio que permita obtener más información sobre como el estilo de vida influye en las enfermedades coronarias, con el objetivo de concienciar a la población en general sobre el beneficio de mejorar el estilo de vida no saludable.

Se realizó un estudio descriptivo cuali-cuantitativo; donde la población total eran todos los pacientes crónicos que asisten a los centros de salud cabeceras de León, y nuestra muestra de estudio son todos los pacientes con enfermedades cardíacas que asisten al Programa de Crónicos de los Centros de Salud cabecera (Mántica, Perla M^a Norori y Sutiaba), del Municipio de León. El instrumento utilizado fue: Cuestionario de estilos de vida de Ana Palau, Escalas de situaciones estresantes de Holmes y Rahe y la entrevista a profundidad.

Entre los resultados encontrados en dicha investigación se encuentra que de los 30 pacientes encuestados, 28 que equivalen al 93% tienen un estilo de vida no saludable, y solamente 2 de ellos que equivalen a un 7% tienen un estilo de vida saludable. La situación estresante más frecuente en estos pacientes fue “Enfermedad de un miembro de la familia”, donde 20 (47%) la presentaron, además los factores de riesgo que presentan los pacientes cardíacos se encuentran, la dieta no saludable que tienen la mayoría de estas personas, obesidad en menor proporción, tabaquismo, inactividad física, ya que de 30 participantes 24 de estos no realizan ningún tipo de ejercicio físico y el estrés que es un hecho habitual e inevitable en nuestra vidas estuvo fuertemente marcado en los participantes, hipoteca o préstamo pequeño, problemas familiares, periodo de guerra y una situación que todos ellos manifestaron son los problemas económicos.

De manera general podemos decir que el estilo de vida no saludable sumado a las múltiples situaciones estresantes vividas en cada uno de los participantes a influido de manera notoria y acentuada en la ocurrencia de su enfermedad coronaria, además existe una estrecha relación entre estilos de vida y enfermedades coronarias.



“Índice”

	PÁG.
I. Introducción.	01
II. Planteamiento del Problema.	03
III. Objetivos.	04
IV. Marco teórico	05
V. Diseño Metodológico.	26
VI. Resultados cuantitativos	32
VII. Resultados cualitativos	36
VIII. Discusión	38
IX. Conclusión	40
X. Recomendaciones	41
XI. Referencias Bibliográficas.	42
XII. Anexos	44



“Introducción”

La frecuencia de muertes por enfermedades coronarias persiste como un problema mayor de salud pública.

El mundo moderno, debido al desarrollo científico técnico ha introducido un estilo de vida que provoca una gran variedad de factores de riesgos. En las estadísticas mundiales, entre las diez primeras causas de muerte las enfermedades cardiovasculares ocupan lugares prioritarios, representando la mitad de la mortalidad global.

En los países con alto nivel de desarrollo económico como Estados Unidos y países Europeos, las enfermedades crónicas constituyen las principales causas de mortalidad, y dentro de éstas las cardiopatías ocupa el primer lugar, siendo denominada por algunos autores **“La epidemia del siglo”**. (1)

La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en países en vías de desarrollo y por tanto en Latinoamérica y el Caribe, es similar a países desarrollados; en Cuba las enfermedades del corazón constituyen las primeras causas de muerte en los últimos 35 años. Uno de cada cuatro Cubanos muere por infarto del miocardio. Desde hace dos décadas la cardiopatía constituye la primera causa de muerte en Cuba y en el mundo, es decir, que hay una gran incidencia ascendente en esta enfermedad.

El análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de las personas tiene un efecto importante en su salud, y además cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportamentales. Uno de los objetivos fundamentales de la A.P.S. (Atención Primaria en Salud), es la modificación de conducta de la población, tanto para cambiar estilos de vida que amenazan el bienestar individual, como para lograr sentirnos saludables. (2)



En Nicaragua, como en otros países subdesarrollados esta patología es de gran prevalencia influenciada por los distintos factores de riesgo. Sin embargo en nuestro país por falta de divulgación en estudios o por falta de realización de los mismos carecemos de nuestras propias estadísticas, especialmente en lo que a manejo terapéutico se refiere, y los estilos de vida de estos pacientes.

Aun así, en Nicaragua se ha logrado un significativo avance en ir a la atención primaria de estos pacientes, por medio de programas de enfermedades crónicas.

En nuestro País si bien es cierto las principales causas de morbi-mortalidad la ocupan las enfermedades infectocontagiosas, sin embargo la población adulta después de la quinta década de la vida lleva un alto riesgo de morbi-mortalidad coronaria, sobre todo los pacientes que tienen factores de riesgo de dicha patología.

Tomando en consideración todo lo anterior y conciente del desconocimiento de la población sobre las enfermedades coronarias decidimos emprender un estudio que permita obtener más información sobre la influencia del estilo de vida en las enfermedades coronarias, con el objetivo de concientizar a la población en general sobre el beneficio de modificar el estilo de vida no saludable.



“Planteamiento del Problema”

La enfermedad coronaria es un problema de salud pública en casi todos los países occidentales, ya que las estadísticas muestran que es, como causa única la principal de muerte.

Casi tantas personas mueren de infarto cardiaco como todas las causas violentas de muertes sumadas (accidentes, suicidios, homicidios, todas las formas de cáncer y otros).

Existen factores que contribuyen a la formación de las enfermedades coronarias, las cuales en la mayoría de los casos se deben a la calidad de vida que las personas ejercen, es por tal razón que en este estudio nos hemos planteado:

¿Cómo repercuten los estilos de vida no saludables en los pacientes con enfermedades coronarias?



“Objetivos”

Objetivo General:

Establecer la relación entre estilos de vida y enfermedades coronarias en cardiópatas de los Centro de Salud del Municipio de León en el periodo comprendido de Marzo a Septiembre del 2006.

Objetivos Específicos:

Determinar los factores de riesgo personales que presentan los pacientes cardiópatas que asisten al Programa de Crónicos de los Centro de Salud cabecera del Municipio de León.

Identificar las situaciones estresantes presentes en los pacientes con enfermedades coronarias, que asisten al Programa de Crónicos de los Centro de Salud cabecera del Municipio de León

Analizar si el estilo de vida y las situaciones estresantes influyen en la ocurrencia de la enfermedad coronaria.



“Marco Teórico”

Estilos de vida.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico.

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido, etc.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo; que es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

En este sentido se define como **Estilo de Vida Saludable:**

“Aquél que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana, mejora su calidad de vida”.



Todo estilo de vida está favorecido por los hábitos, costumbres, modas, valores existentes y dominantes en cada momento en cada comunidad; por tanto podemos decir que un **estilo de vida** es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones interpersonales, de la hospitalidad, y la forma de vivir. Una forma de vida típica, también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Los estilos de vida son definidos también como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de auto-cuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.



- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un sólo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Los cambios en el estilo de vida dependen de la disponibilidad que tengan los pacientes coronarios y demás pacientes de alto riesgo para modificar su comportamiento. Cuando los pacientes desarrollan síntomas de enfermedad coronaria, o se descubre que son pacientes de alto riesgo, ésta es una oportunidad ideal para revisar su estilo de vida. Muchos de ellos considerarán realizar cambios apropiados y, con apoyo profesional y familiar, podrán hacerlo para toda la vida:

Dejar de fumar: Es importante animar y apoyar a los pacientes para que dejen de fumar cualquier tipo de tabaco para toda la vida. También sería prudente que evitaran ser fumadores pasivos. Las terapias de sustitución de la nicotina pueden ser útiles inicialmente para algunos pacientes.

Los miembros de la familia que convivan con el paciente pueden ayudarlo a dejar de fumar y a reducir los riesgos de reanudar este hábito absteniéndose ellos mismos de fumar.

Escoger alimentos saludables: Todos los pacientes deben recibir recomendaciones profesionales sobre los alimentos y el tipo de alimentación para una dieta asociada con el menor riesgo de enfermedad coronaria. Se debe resaltar la importancia de la dieta en la reducción de peso, ya que forma parte del tratamiento global del paciente.



El papel de la familia es particularmente importante en este contexto, ya que la persona principalmente responsable de la adquisición y preparación de la comida debe estar informada de la necesidad de una alimentación saludable y de cómo conseguirla en la práctica.

Algunos objetivos dietéticos son:

Reducir la ingestión total de grasa al 30% o menos de la ingestión energética total, la ingestión de grasa saturada a no más de un tercio de la ingestión de grasa total, y la ingestión de colesterol a menos de 300 mg diarios.

Conseguir la reducción de las grasas saturadas sustituyéndolas en parte por grasas monosaturadas y poliinsaturadas de origen tanto vegetal como marino y en parte por carbohidratos complejos.

Aumentar la ingestión de frutas frescas, cereales y vegetales.

Reducir la ingestión total de calorías cuando es necesario perder peso.

Reducir el uso de sal y alcohol cuando la presión arterial es elevada.

Aumentar la actividad física: Todos los pacientes deberían ser animados y apoyados de forma profesional para que aumenten su actividad física de una forma segura, hasta un nivel de actividad asociado al menor riesgo de enfermedad vascular. Se recomienda realizar ejercicio aeróbico (por ejemplo, caminar, nadar o ir en bicicleta) durante 20 o 30 minutos 4 o 5 veces por semana. Se debe resaltar la importancia de la contribución de la actividad física a la sensación de bienestar del paciente.

Además podemos decir que la calidad de vida esta directamente con el medio natural y su calidad. La valoración sobre la salud no sólo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo.



El modo y estilo de vida de la población depende del sistema socioeconómico imperante. Los cambios del modo y estilo de vida determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y modifican el proceso salud-enfermedad.

Las valoraciones acerca del proceso salud-enfermedad han variado sustancialmente, debido a la importancia que se le conceden a los factores sociales en este proceso. Es obvio que enfermedades como el **infarto**, el alcoholismo, los accidentes y otros, están más relacionados con las condiciones de vida de los individuos.

El estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida sexual, entre otras actividades.

El estilo de vida ha sido afectado de diferentes formas según la problemática de cada sociedad, pero en casi todas ha repercutido sobre la salud. En ciudades desarrolladas son comunes algunos problemas: la violencia, la pornografía, las drogas o el alcoholismo; los cuales afectan el modo de vida y repercuten sobre la salud, a la vez que favorecen un alto nivel de estrés y de enfermedades crónicas degenerativas; tales como las enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte de la población adulta de la mayoría de países desarrollados así como en muchos en vías de desarrollo.

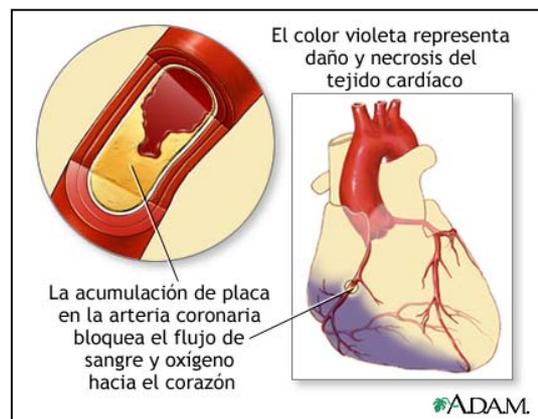
Especialmente la enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica es una enfermedad sistémica de las arterias, aunque ocurre en sitios específicos la aterosclerosis ocurre principalmente en las arterias elásticas (aorta, carótida e iliaca) y algunas de las arterias musculares de tamaño grande y mediano (coronarias y poplíteas).



La disfunción de endotelio (capa interna de células en los vasos sanguíneos), es el primer paso en el inicio de la arterosclerosis. Esta disfunción endotelial aumenta adhesión y permeabilidad del endotelio a leucocitos y plaquetas, cambia su propiedad anticoagulante por una procoagulante y también produce moléculas vasoactivas, citoquiñas y factores de crecimiento, si esta lesión se perpetua produce engrosamiento y obstrucción de la arteria.

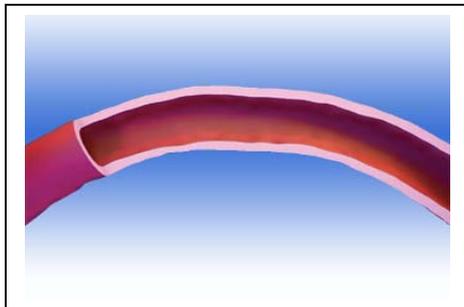
Las enfermedades cardiovasculares se ven afectadas por la calidad de vida de cada individuo, y por ello es la causa principal de muerte. La mayor parte de las enfermedades cardíacas se relacionan con la manera en que vivimos. Si se adopta un estilo de vida más saludable se evitarán nuevos problemas cardíacos y la repetición de los mismos.

Una de las enfermedades cardiovasculares que se ve afectada por el estilo de vida es la enfermedad coronaria, la cual se define como la lesión del corazón por insuficiente circulación de sangre a través de los vasos que nutren el músculo miocárdico (arterias coronarias) los cuales están afectados de aterosclerosis. La obstrucción de alguna de estas arterias produce el infarto del miocardio. (3)

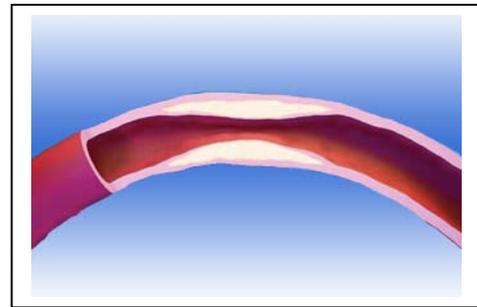




Una **arteria coronaria** es un vaso sanguíneo que lleva sangre a su corazón. Sus arterias son como tubos angostos. Una sustancia grasa llamada placa puede acumularse en sus arterias bloqueando o disminuyendo el flujo de sangre y oxígeno a través de ellas. Esto puede ocurrir en cualquier arteria, pero cuando ocurre en las arterias coronarias su corazón no recibe la sangre y el oxígeno que necesita para trabajar adecuadamente. La enfermedad de la arteria coronaria puede ocasionar problemas de salud graves, inclusive angina (dolor o presión en el pecho) y ataque al corazón.



Arteria Coronaria Sana



Arteria Coronaria Obstruida

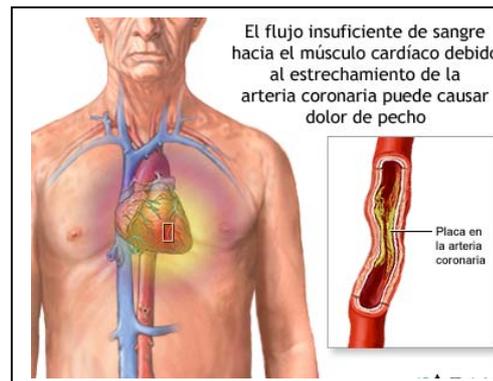
La Enfermedad Coronaria es un problema mayor de salud en casi todos los países occidentales ya que las estadísticas muestran que es, como causa única, la principal causa de muerte.

La enfermedad coronaria es una enfermedad pediátrica, a pesar de que sus manifestaciones clínicas aparecen en la edad adulta. (4)

Se ha demostrado, con estudios científicos bien estructurados, que la enfermedad coronaria se inicia en la infancia y que tan temprano como a los dos o tres años de vida, ya se encuentran estrías de grasas en las paredes arteriales. Estas lesiones, precursoras de las placas ateroscleróticas, pueden desaparecer si el niño o el adolescente cambia su estilo de vida y disminuye sus factores de riesgo.



Si no es así, estas lesiones iniciales progresan durante la infancia y la juventud y se transforman en daños irreversibles de la pared arterial. Años más tarde, ya en la edad adulta, y frecuentemente en forma inesperada e insospechada, se presentan los síntomas clínicos de angina, infarto cardíaco, infarto cerebral o, trágicamente, una muerte súbita.



Factores de riesgo de enfermedades coronarias.

Existen los llamados factores de riesgo, que son, características biológicas, estilos de vida o hábitos adquiridos que señalan mayor predisposición de modo independiente a enfermar. Estos incluyen:

La edad:

El riesgo absoluto aumenta con la edad. Las enfermedades cardíacas ocurren generalmente en los hombres de más de 40 años y en las mujeres luego de la menopausia. La mayoría de las personas que mueren de un ataque tienen más de 65 años de edad.





El sexo:

Los hombres tienen mayor riesgo de ataque al corazón que las mujeres, en los hombres los primeros episodios aparecen por lo general en mayor de 55 años, usualmente tienen ataques a más temprana edad, en la mujer esta enfermedad está retrasada 10 a 15 años. En esas edades (55 a 70-75 años) las medidas preventivas son efectivas después de los 75 años, es discutible el uso de estas medidas. Por tanto, las enfermedades coronarias no son sólo una enfermedad masculina, sino es la mayor causa de muerte entre mujeres y hombres.



La historia familiar:

Una persona con un familiar cercano que ha sufrido de un ataque al corazón (especialmente antes de los 65 años) tiene mayor riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria.

En la historia familiar el riesgo aumenta en tres condiciones:

- Sujeto relacionado a familia que ha desarrollado enfermedad coronaria.
- Si el porcentaje de miembros de una familia con cardiopatía isquémica aumenta.
- Si la edad de presentación de cardiopatía isquémica es muy precoz.

Alteraciones genéticas: En hipercolesterolemia familiar, que es enfermedad monogénica donde se producen concentraciones elevadas de colesterol total a expensas del colesterol -LDL.



Tabaquismo:

Se estima que 20-30% de muertes coronarias son por tabaco., este no solo produce infarto de miocardio, sino también enfermedad vascular periférica y accidentes cerebrovasculares.

Los efectos adversos se relacionan con la cantidad que se consumen diariamente, hay una relación lineal dosis-dependientes.

En las mujeres provoca abolición del efecto protector estrogénico. Actúa en los siguientes mecanismos:

- Favorece arteroesclerosis.
- Predispone a trombosis.
- Predispone al vasoespasmo.

Los químicos del humo del tabaco aumentan la acumulación de plaquetas en las paredes de las arterias, lo que promueve el desarrollo de coágulos de sangre que pueden causar un ataque al corazón. Fumar aumenta el riesgo de enfermedades coronarias, pero también potencia el efecto de otros factores de riesgo como diabetes, alta presión arterial (hipertensión) y colesterol alto. Las personas que fuman tienen el doble de riesgos de ataques al corazón comparados con las personas que no fuman. La exposición al tabaco, incluidos pipas, cigarros o aspirar el humo de otros fumadores, aumentan los riesgos de enfermedades del corazón, por lo que se ha demostrado mayor riesgo para los fumadores pasivos.





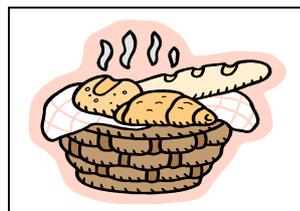
La obesidad:

Definida por IMC (Índice de Masa Corporal) mayor o igual a 30. La obesidad tiene influencia sobre otros factores como son las concentraciones de colesterol LDL, HDL, también sobre triglicéridos, glucosa y presión arterial. Estudios epidemiológicos prospectivos han demostrado que el exceso de grasa intraabdominal o troncal (obesidad central) se asocia mas estrechamente con el riesgo de cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares (diabetes, hipertensión hipercolesterolemia).



Patrón Nutricional Nocivo:

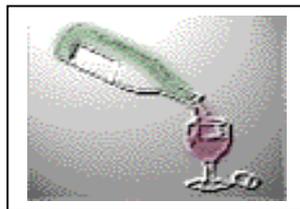
Nuestra población tiene patrón nutricional nocivo (dieta con alto contenido de grasa saturada de origen animal, colesterol, azúcares refinados y sal) sumado con una actividad física nula o inadecuada. Todo lo anterior traduce en aumento de colesterol, Hipertensión arterial y sobrepeso u obesidad. La obesidad aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitas. Hay muchos factores que pueden utilizarse para disminuir su riesgo de enfermedades del corazón. Comidas como frutas, vegetales, cereales con fibra, granos integrales, pescado, nueces, aceites vegetales y líquidos, disminuyen el riesgo de enfermedades del corazón. Ciertos suplementos vitamínicos, como el complejo B y la vitamina E también son útiles para disminuir el riesgo.





El alcohol:

El alcohol posee riesgos propios, como el aumentar la presión, el peso corporal, las fallas del corazón, la adicción, el suicidio y los accidentes.



La inactividad física:

Estudios epidemiológicos prospectivos han demostrado que la inactividad física se asocia con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular y de mortalidad total. Pequeños incrementos en la actividad física se acompaña de un efecto beneficioso en el riesgo cardiovascular. La actividad física regular ayuda a controlar el peso, previene la obesidad se asocia a concentraciones bajas de colesterol LDL, Triglicéridos y aumento de colesterol HDL, así como disminución de la presión arterial. El ejercicio es una de las mejores maneras de mantener un peso saludable. No sólo el ejercicio es bueno para el corazón, sino también ayuda a prevenir otras enfermedades como el derrame cerebral, la osteoporosis, la diabetes y cáncer de colon. Con sólo 30 minutos de actividad moderada diaria (como caminar o hacer aeróbicos) se puede disminuir su riesgo de enfermedades.





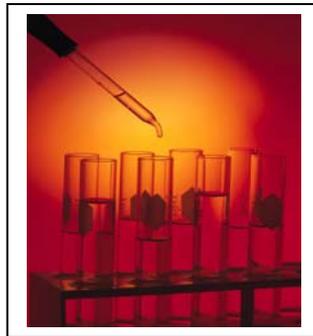
Hipertensión:

La prevalencia en la población adulta es de 20%, es el principal factor de riesgo para la enfermedad cerebro vascular (ACV), insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal y uno de los principales factores de riesgo para la cardiopatía izquémica. La hipertensión arterial no solo acelera y exacerba el proceso arteroesclerótico sino también produce lesión directa sobre las arterias coronarias. Hay suficientes datos que indican que la disminución de la presión arterial produce la aparición de la enfermedad cerebro vascular, y la insuficiencia cardiaca. Cuando una persona tiene alta presión sanguínea (hipertensión), el corazón bombea con más fuerza y los vasos sanguíneos están bajo mayor presión, lo que puede derivar en daño de los mismos, arterosclerosis y enfermedades coronarias. Algunas personas pueden controlar su presión sanguínea mediante la dieta y el ejercicio, mientras que otras necesitan medicación. Cuando la hipertensión se acompaña de obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia o diabetes el riesgo aumenta notoriamente. (6)



La diabetes:

Datos epidemiológicos y clínicos indican que la diabetes mellitus es un factor de riesgo coronario. El 80% de la mortalidad de pacientes con diabetes mellitus se debe a arteroesclerosis. El riesgo del infarto agudo al miocardio en un diabético tipo II sin infarto al miocardio previo, es igual al de los no diabéticos con infarto al miocardio previo, las mujeres premenopáusicas con diabetes presentan un riesgo absoluto similar al de los varones con la misma edad, ósea la protección coronaria que proporciona el estado premenopáusico disminuiría, el diabético se asocia a dislipidemia (hipercolesterolemia e hipertriglicendemia) con concentración de HDL bajas. También se asocia a obesidad central, hiperinsulinismo e hipertensión.



Lípidos Plasmáticos:

Existen datos exactos e inequívocos de la relación entre concentración sérica de colesterol total con los episodios coronario. La relación es directa, continua y gradual cuando los niveles son superiores a 200 mg/dl. Las lipoproteínas de baja densidad (LDL) tienen una relación mas intensa con el riesgo de cardiopatías coronarias; la disminución de las concentraciones de LDL por fármacos es eficaz en prevención de enfermedad cardiovascular y disminuye morbimortalidad coronaria. El colesterol de alta densidad (HDL) tienen una relación inversa e independiente con cardiopatía isquémica y niveles altos de colesterol HDL, protege directamente la pared vascular ya que favorece el transporte de colesterol desde la pared arterial hasta el hígado. Otros son los triglicéridos que también muestran una asociación positiva con la cardiopatía isquémica sobre todo en mujeres y personas jóvenes, los triglicéridos son un factor de riesgo independiente incluso con concentraciones elevadas de colesterol HDL. En otro grupo están las hiperlipemias familiares, hipercolesterolemia familiar y las hiperlipemias familiar combinadas. (7)





Factores Psicosociales:

Determinados por el tipo de personalidad individual o por reacciones psicológicas al estrés tales como la depresión y la hostilidad se asocia con un mayor riesgo cardiovascular. Los mecanismos a través de los cuales los factores psicosociales pueden influir en la enfermedad cardiovascular son de dos tipos:

- a) Directos: en relación a la modificación en las catecolaminas y neurotransmisores cerebrales.
- b) Indirecto: que pueden reflejar unos patrones de vida como saludables (consumo de tabaco, hábitos dietéticos inadecuados, inactividad física y obesidad) que influyen en la patogenia de la enfermedad cardiovascular.

Estrés:

El estrés es un hecho habitual en nuestras vidas. No puede evitarse, ya que cualquier cambio al que debemos adaptarnos representa estrés. Los sucesos negativos, daño, enfermedad o muerte de un ser querido, son hechos estresantes, así como los sucesos positivos; ascender en el trabajo trae consigo el estrés del nuevo status, de nuevas responsabilidades.



Nuestras experiencias estresoras provienen de tres fuentes básicas: nuestro entorno, nuestro cuerpo y nuestros pensamientos. El entorno se refiere a las condiciones ambientales, como por ejemplo ruidos, aglomeraciones, demandas de adaptación, etc. Las fisiológicas se refieren a nuestro organismo: enfermedad, accidentes, trastornos, etc. Las amenazas exteriores producen en nuestro cuerpo unos cambios estresantes.



El estrés se trata de una respuesta normal del organismo ante las situaciones de peligro. En respuesta a las situaciones de emboscada, el organismo se prepara para combatir o huir mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida principalmente en unas glándulas llamadas "suprarrenales" o "adrenales" (llamadas así por estar ubicadas adyacentes al extremo superior de los riñones). La adrenalina se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción:

- El corazón late más fuerte y rápido.
- Las pequeñas arterias que irrigan la piel y los órganos menos críticos (riñones, intestinos), se contraen para disminuir la pérdida de sangre en caso de heridas y para dar prioridad al cerebro y los órganos más críticos para la acción (corazón, pulmones, músculos).
- La mente aumenta el estado de alerta
- Los sentidos se agudizan

Así nuestra forma de reaccionar ante los problemas, las demandas y los peligros, viene determinada por una actitud innata de lucha o huida, cuando los estímulos que nos llegan son interpretados como amenazantes. Este proceso se traduce en una serie de cambios físicos observables. Así, por ejemplo, las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada al cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer los procesos mentales. Las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan, y como la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y el tronco, las extremidades y sobre todo las manos y los pies, se perciben fríos y sudorosos.



Si no se libera al organismo de estos cambios ocurridos durante la fase de reconocimiento y consideración de la amenaza, se entra en un estado de estrés crónico. Cuando uno se siente estresado y añade aun más estrés, los centros reguladores del cerebro tienden a hiperreaccionar ocasionando desgaste físico, crisis del llanto, y potencialmente depresión.

La sobrecarga de trabajo, esta relacionada significativamente con una serie de síntomas de estrés: consumo de alcohol, absentismo laboral, baja motivación en el trabajo, baja autoestima, tensión en el trabajo, percepción de amenaza, desconcierto, alto nivel de colesterol, incremento de la tasa cardiaca y aumento de consumo de cigarrillos.

Lo que en situaciones apropiadas puede salvarnos la vida, se convierte en un enemigo mortal cuando se extiende en el tiempo. Para muchos, las condiciones de hacinamiento, las presiones económicas, la sobrecarga de trabajo, el ambiente competitivo, etc., son circunstancias que se perciben inconscientemente como amenazas. Esto les lleva a reaccionar a la defensiva, tornándose irritables y sufriendo consecuencias nocivas sobre todo el organismo:

- Elevación de la presión sanguínea (hipertensión arterial)
- Gastritis y úlceras en el estómago y el intestino
- Disminución de la función renal
- Problemas del sueño
- Agotamiento
- Alteraciones del apetito

La fisiopatología del estrés se desarrolla temporalmente en tres fases: Reacción de alarma, Estado de resistencia y Estado de agotamiento.



Reacción de alarma es la fase inicial que consta de dos partes la primera llamada fase de choque, se caracteriza por hipotensión arterial, hipotermia, disminución de la reserva alcalina, hemoconcentración, disminución de diuresis, hipocloremia, hiperpotasemia y linfocitosis. Al choque le sigue la fase de contrachoque, durante la cual se invierte el sentido de las reacciones humorales y neurovegetativas.

Fase de resistencia es el conjunto de reacciones de adaptación y de los mecanismos de compensación del organismo sometido a estímulos crónicos.

Fase de agotamiento es la etapa final de todo proceso que lleva, en su caso extremo, a la muerte del organismo.

El **estrés crónico** origina una excitación permanente del sistema simpático que prolonga la llamada fase de resistencia, que lentamente mina la capacidad de adaptación y altera las funciones de los diferentes sistemas orgánicos. Origina alteraciones en las estructuras de los diferentes órganos del cuerpo humano mediante un doble mecanismo: la tensión ejercida sobre el órgano y las consecuencias del comportamiento inadecuado como el tabaquismo, el abuso de alcohol y las alteraciones de los hábitos alimenticios, que contribuyen a empeorar los síntomas que la tensión biológica ha originado: hipertensión arterial, aumento de la glucosa en sangre, elevación del colesterol y de triglicéridos sanguíneos, irritabilidad, tensión muscular e insomnio, hacen al individuo proclive a presentar enfermedades cardiovasculares en estas incluidas las enfermedades coronarias.

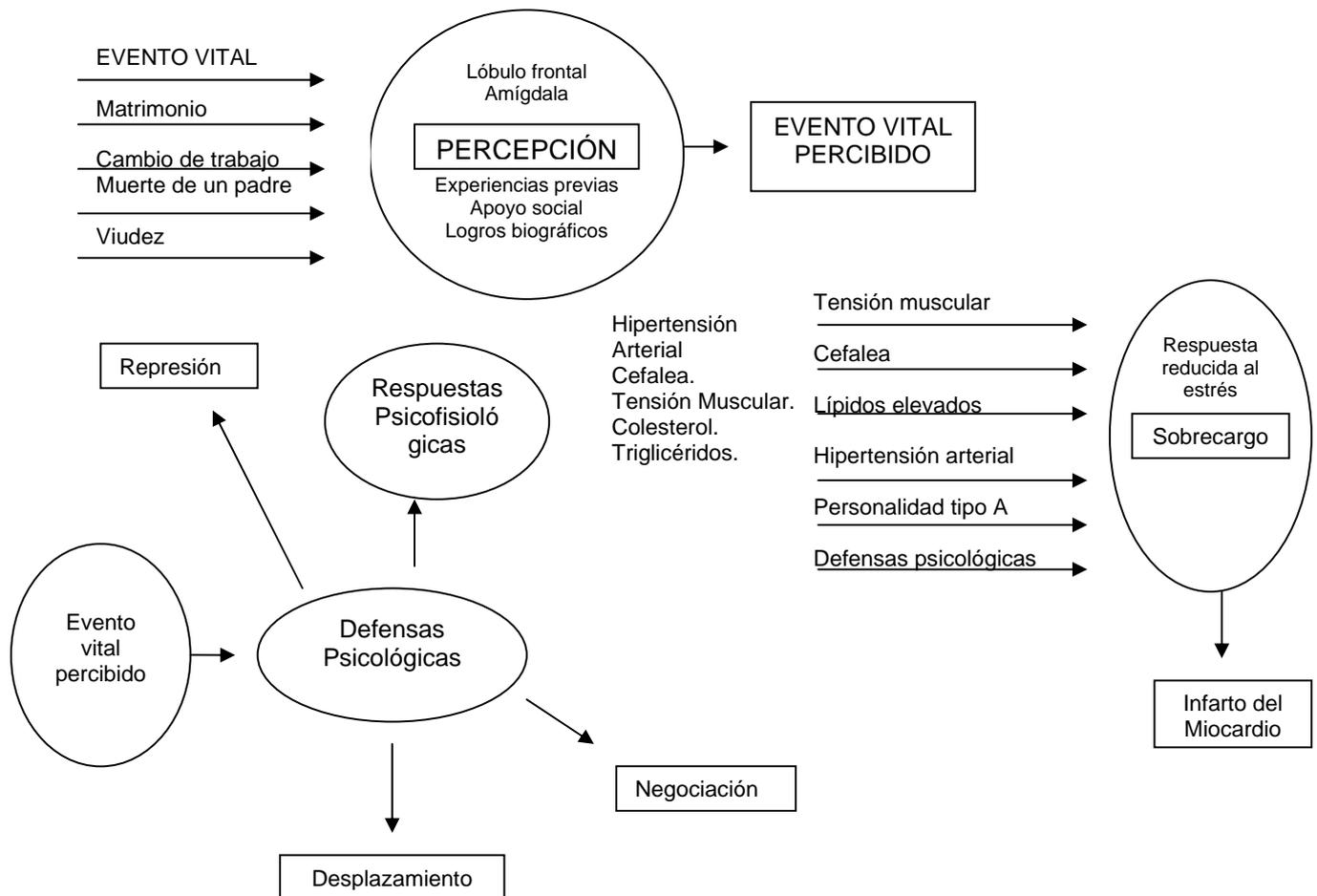
Los eventos vitales (matrimonio, cambio de trabajo, muerte de un progenitor) son percibidos y analizados por el lóbulo frontal y la amígdala del hipocampo, para producir una respuesta de adaptación al nuevo estímulo. La percepción depende de las experiencias previas (memoria sensorial), de la red social de apoyo y de la maduración y desarrollo de la personalidad.



Una vez percibido y analizado el evento vital, se ponen en juego las defensas psicológicas y las respuestas psicofisiológicas, para producir una respuesta integral con miras a la adaptación y a la restauración de la homeostasis. Las respuestas psicológicas corresponden a los mecanismos de defensa que son inconscientes y automáticos. Las respuestas fisiopatológicas también son automáticas y algunas de ellas las percibimos cuando enfrentamos la situación traumática como: cefaleas, taquicardia, cambios en el humor tensión muscular o diarrea.

Un segundo grupo de respuestas, no es percibido por el individuo, porque corresponde a la respuesta bioquímica y molecular del organismo en su proceso de adaptación: la elevación del colesterol y de triglicéridos, la disminución de la glucosa en sangre o el aumento de cifras de tensión arterial.

La respuesta de adaptación fisiopatológicas pierde su eficacia con el paso del tiempo. La fase de resistencia da paso a la etapa de agotamiento, que se experimente tanto a nivel biológico, como en el funcionamiento de la personalidad y en las relaciones con el medio. La cefalea intensa y la tensión muscular ocasionan alteraciones en la postura que repercute en el equilibrio, el colesterol y los triglicéridos elevados aumentan el proceso de aterosclerosis y predispone al infarto cardiaco o a una trombosis cerebral. El estrés prolongado disminuye las defensas psicológicas y biológicas, aumenta la vulnerabilidad a un nuevo estresante y predispone al infarto de miocardio.



El estrés altera al hipotálamo, responsable de la respuesta de saciedad en la alimentación, originando crisis de anorexia o bulimia, con las consabidas alteraciones en el peso corporal, que como en el caso de obesidad, multiplica las posibilidades de sufrir enfermedad coronaria o hemorragia cerebral. El estrés, el tabaco y el alcohol están relacionados con la aparición de la enfermedad coronaria. (8)

Debido a la gran importancia y alta incidencia de enfermedades crónicas incluyendo la cardiopatía, el Ministerio de salud ante esta problemática se planteo una estrategia poblacional con medidas de educación dirigidas a la población para disminuir las enfermedades crónicas, impactando sobre los factores de riesgos asociados a las mismas



tales como; la falta de ejercicio físico, tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada (rica en grasas), estrés entre otros; creando así, un programa de crónicos, el cual tiene como objetivos la prevención primaria, detección precoz, tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas. Este programa surgió en el Hospital Manolo Morales en el año 1986; actualmente todos los Centros de Salud de Cabecera y algunas otras Unidades de Salud cuentan con el Programa de Crónicos el cual atiende las siguientes patologías:

- Diabetes Mellitus,
- Asma bronquial
- Epilepsia,
- Enfermedades reumáticas: Osteoartritis, Artritis reumatoide, Artritis úrica,
- Enfermedades cardiovasculares: Hipertensión arterial, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad coronaria y enfermedad valvular reumática. (9)



“Diseño Metodológico”

Tipo de estudio: se realizó un estudio descriptivo cuali-cuantitativo.

Área de estudio: Los Centros de Salud cabecera del Municipio de León (Perla Maria Norori, Mántica y Sutiaba).

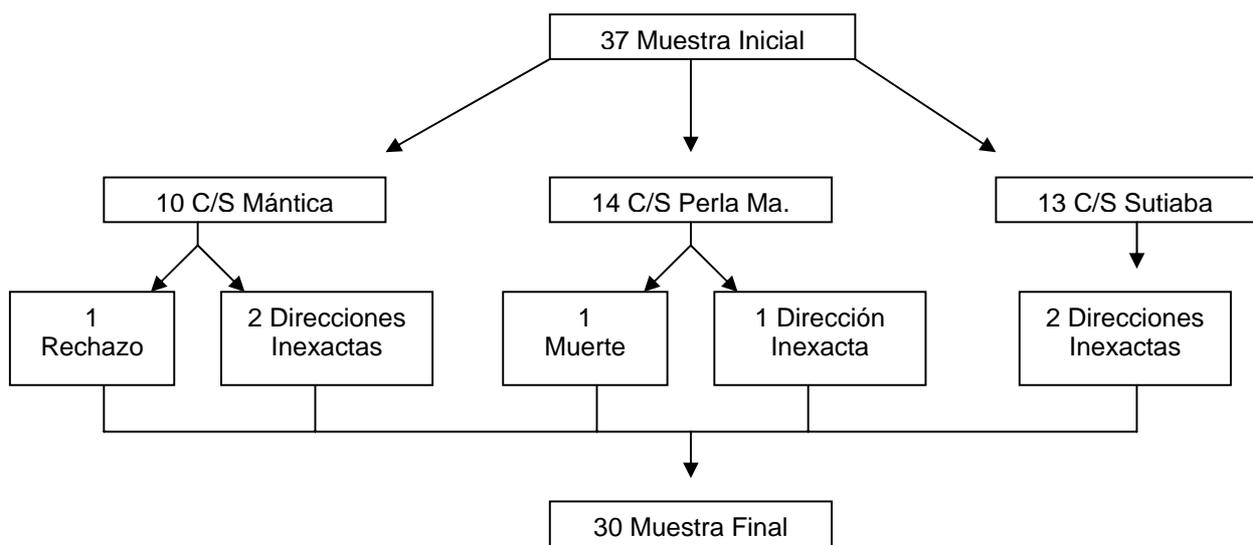
Población de estudio: Todos los pacientes que asisten al Programa de Crónicos de los Centros de Salud cabecera del Municipio de León.

Estando la población de estudio representada en la siguiente tabla:

	Diabetes	HTA	Asma	Cardiópatas	Epilepsia	Artritis
Mántica	276	394	102	10	100	125
Sutiaba	274	275	100	13	96	208
Perla Ma.	241	444	128	14	92	56
Mcpio.León	791	1113	330	37	288	389

Siendo nuestra población total de : 2948 pacientes cronicos.

Muestra de estudio: Todos los pacientes con enfermedades cardíacas que asisten al Programa de crónicos de los Centros de Salud cabecera, del Municipio de León.





Criterios de inclusión:

Pacientes de ambos sexos que asisten al Programa de Crónicos de los Centros de Salud cabeceras del Municipio de León.

Que residan en el casco urbano de la Ciudad de León.

Que presenten problemas de enfermedades coronarias.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no pertenezcan al Programa de Crónicos de los Centros de Salud cabeceras del Municipio de León.

Que residan en otra Ciudad o Municipio que no se de León.

Pacientes que no cumplan con el diagnostico de enfermedades coronarias.

Posibles sesgos:

- Poca comprensión de las preguntas establecidas en el instrumento de investigación.
- Temor de expresarse adecuadamente por la presencia de los métodos de recolección de datos: grabadora.
- Desconfianza en el cuerpo investigativo.
- Falta de sinceridad en los discursos de los participantes.

Control de posibles sesgos:

- Adecuación del instrumento al nivel cultural de los participantes.
- Ubicación de los medios de recolección de datos (grabadora) en lugares estratégicos y estáticos.
- Se estimuló la confianza de los participantes mediante la aclaración de dudas del proceso investigativo.
- Se les aseguró el mantenimiento del sigilo profesional.



Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Para la ejecución y validación de nuestros instrumentos se realizó una prueba piloto a 10 personas que poseían características similares a las de la muestra en estudio y de esta manera lograr la adecuación de dicho instrumento al nivel cultural de los participantes, dentro de los instrumentos utilizados se encuentran:

1) Escala (escala de Holmes y Rahe) para medir situaciones estresantes a las que han estado sometido los pacientes en los últimos 12 meses, la cual esta constituida por 42 enunciados, a su vez cada enunciado tiene un puntaje establecido, para su corrección se totaliza la puntuación obtenida en cada enunciado (Nivel Bajo: 150 -159, Nivel Medio: 200 - 299, Nivel Alto:300 a +) y se ubica en el nivel de estrés correspondiente.

2) Cuestionario **“Estilos de Vida”** (10), el cual contiene 37 preguntas cerradas; utilizado con el fin de conocer como ha sido su calidad de vida en los últimos 6 meses. Para la corrección de dicho instrumento se totaliza el número de respuestas afirmativas y negativas para ubicarlas en la categoría correspondiente a la tabla de puntuación.

3) Luego se realizó una entrevista a profundidad como método de recolección de información, la cual consistía en una guía de 7 preguntas abiertas, dicha entrevista se le realizó a 3 pacientes de la muestra seleccionada, con el objetivo de conocer más a fondo su estilo de vida y todo lo relacionado a su enfermedad; los entrevistados fueron escogidos por conveniencia y de acuerdo a los criterios de inclusión.

La entrevista a profundidad contiene preguntas introductorias, de seguimiento, directas, específicas e interpretativas. Esta entrevista pretendía valorar que actitudes y opinión le merece el padecimiento de su enfermedad coronaria.



Procedimiento para la recolección de la información:

Para la realización de este estudio se les pidió permiso a los tres Directores de los centros de salud cabecera del Municipio de León, a través de una carta firmada por el Director de la Carrera, para revisar los expedientes de los pacientes que tienen enfermedades coronarias, y que asisten al Programa de Crónicos.

Realizada la revisión de expedientes, se procedió a seleccionar a los pacientes tomando en cuenta los criterios de inclusión.

Una vez obtenida la muestra de estudio se procedió a realizar visitas domiciliarias con el fin de informarles de forma clara y sencilla el objetivo de nuestra investigación, así como la realización de la entrevista y la aplicación de los Test. Se les dijo también que los datos recolectados serán confidenciales, cumpliendo de esta forma con la ética profesional. Por otra parte al momento de aplicar los instrumentos se buscaran ambientes tranquilos, donde no haya distractores que interrumpen al paciente.

Análisis de los resultados:

Después de recoger toda la información se realizó un análisis exhaustivo de los argumentos extraídos de las entrevistas así como de la escala para medir las situaciones estresantes, los cuales se transcribieron fielmente al papel de manera que no se perdiera ninguna de las respuestas del paciente, también se tomó en cuenta el lenguaje no verbal.

El análisis del cuestionario “**estilo de vida**” (10), se procesó a través del paquete estadístico Acces y se analizó en SPSS versión 11 y los resultados se presentaron a través de tablas de frecuencias y gráficos de pastel y barras.

El análisis cualitativo: se realizó mediante una descripción de los discursos de los participantes, donde se pudo describir lo que la gente siente y piensa. Los textos fueron leídos y codificados para realizar un consenso de los discursos de los participantes y posteriormente poder formar teorías.



Consideraciones éticas: Se tomaron en cuenta criterios de la Declaración de Helsinki: Mantener el respeto a los diferentes participantes incluidos en la investigación, evitando la emisión de juicios o críticas por parte del equipo investigador.

Respetar siempre el derecho de las personas o salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad Física-Mental y su personalidad.

Toda información captada obtenerla de manera voluntaria de parte de los participantes con el consentimiento informado de la expresión de dos volantes (investigador e investigado) que intervinieron en el proceso de investigación.

En toda investigación en proceso, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podrá acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.

Se debe informar a las personas sobre la naturaleza de la investigación; aclarando que tienen la libertad de participar, de negarse o de retirarse, explicándoles las eventuales repercusiones de su elección.

Se les hará saber a los pacientes que la información obtenida será estrictamente confidencial y que sólo será utilizada para fines investigativos, al igual que se pedirá la autorización de ellos para la utilización de medios de recolección de datos todo esto reflejado en el documento de consentimiento informado. (Ver anexo 4) (11)



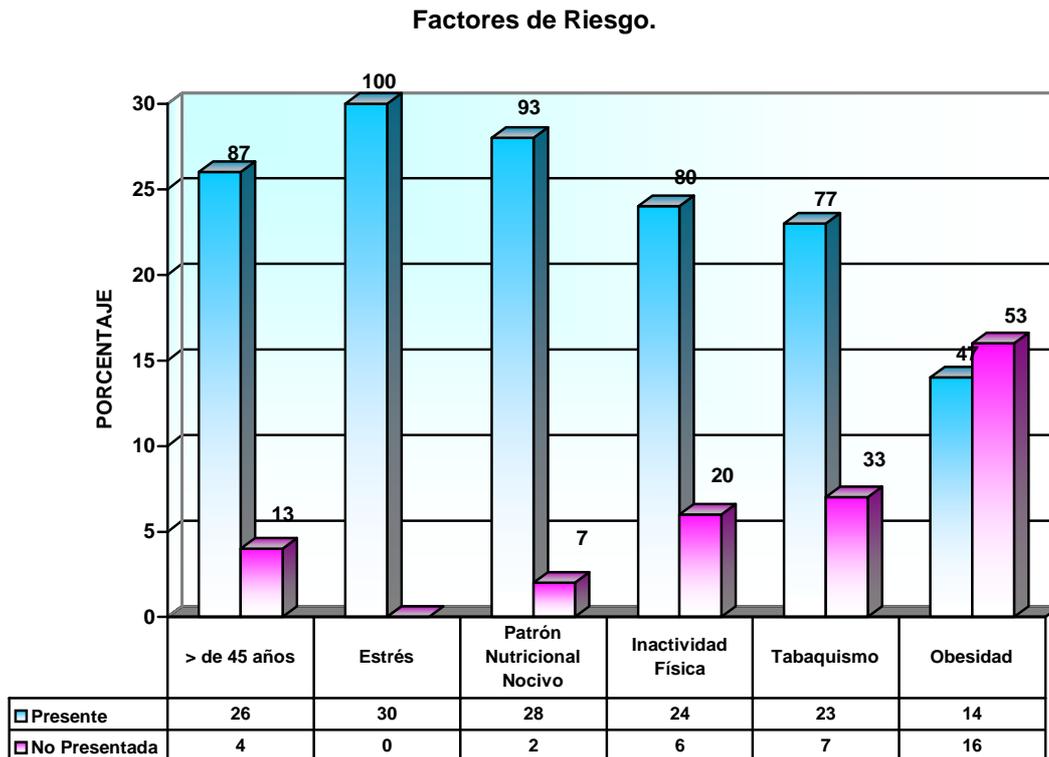
“Operacionalización de las Variables”

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
Factores de riesgos personales de las enfermedades coronarias	Son variables que pueden afectar negativamente el desarrollo de las personas, desencadenando dicha enfermedad.	Edad. Niveles elevados de colesterol. Hipertensión Arterial. Diabetes. Una dieta muy alta en grasa. Obesidad. Inactividad Física. Niveles de estrés experimentados. Tabaquismo. Historia Familiar con enfermedades cardiacas.	55 a 75 años. 250 – 299 ó más. >140/>90
Situaciones estresantes.	Agente externo e interno que produce un estado de tensión o amenaza capaces de inducir o modificar el comportamiento del individuo.	Área Familiar	Conflictos entre padre e hijos. Enfermedad de un miembro de la familia. Llegada de un nuevo miembro a la familia. Abandono del hogar por los hijos, Muerte de un miembro de la familia. Cambio de residencia. Pérdida de empleo de un miembro de la familia. Hipoteca duradera. Perder lo hipotecado. Matrimonio. Enfermedades terminales.
		Área Conyugal.	Disputa sobre el dinero. Mala distribución del tiempo. Discordia sobre la educación de hijos. Muerte del cónyuge. Dificultades sexuales. Divorcio. Embarazos.
		Área Social	Asaltos. Crisis políticas. Economía. Servicios públicos. Pérdida de un amigo. Jubilación.
Estilos de Vida.	Aquel que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana, influye en sus calidad de vida.	Saludable	Dieta saludable Actividad física
		No Saludable	Patrón nutricional nocivo Inactividad física Obesidad Estrés Tabaco Alcohol



“Resultados Cuantitativos.”

Grafico Nº 1 Factores de Riesgo presentados por los pacientes Cardiopatas que asisten al programa de crónicos de los centros de salud cabecera de León. (Mántica, Perla Maria Norori, Sutiaba)

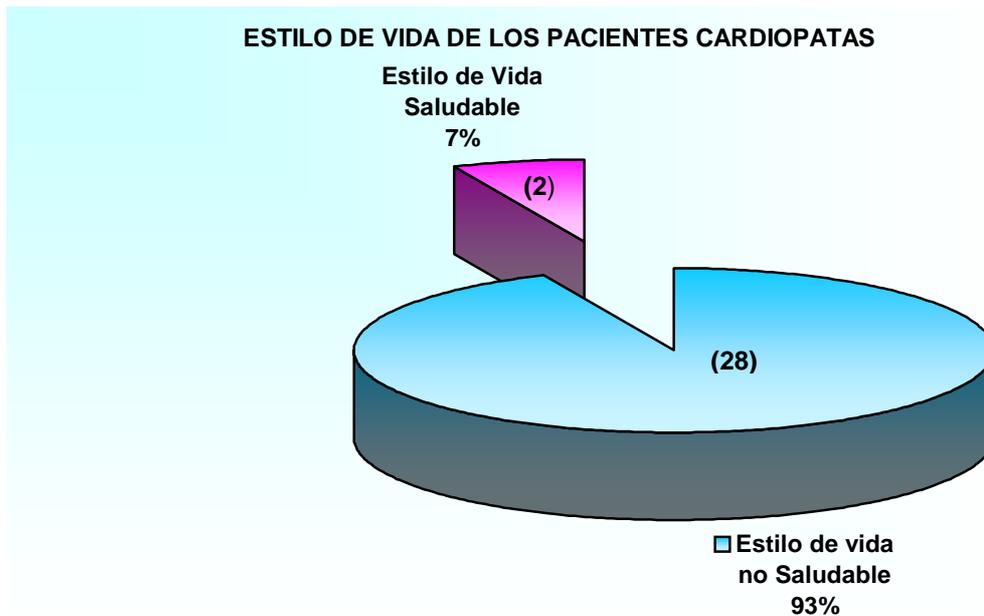


Fuente: Cuestionario Estilo de Vida de Ana Palau

El factor de riesgo que obtuvo mayor puntuación (100%) fue **Estrés**, donde todos los pacientes lo presentaron.



Grafico Nº 2 Estilo de vida de los pacientes cardiopatas que asisten al programa de crónicos de los centros de salud cabecera de León. (Mántica, Perla Maria Norori, Sutiaba)

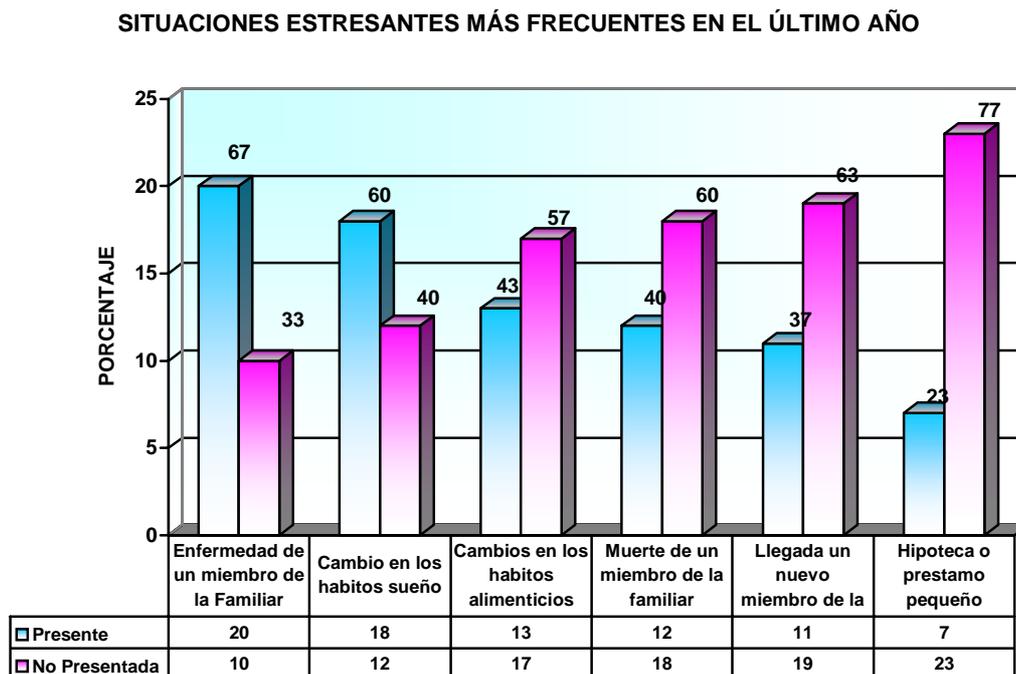


Fuente: Cuestionario Estilo de Vida de Ana Palau

De los 30 pacientes encuestados, 28 que equivalen al 93% tienen un estilo de vida no saludable, y solamente 2 de ellos que equivalen a un 7% tienen un estilo de vida saludable.



Grafico Nº 3: Situaciones estresantes más frecuentes en el último año de los pacientes cardiopatas que asisten al programa de crónicos de los centros de salud cabecera de León. (Mántica, Perla Maria Norori, Sutiaba)

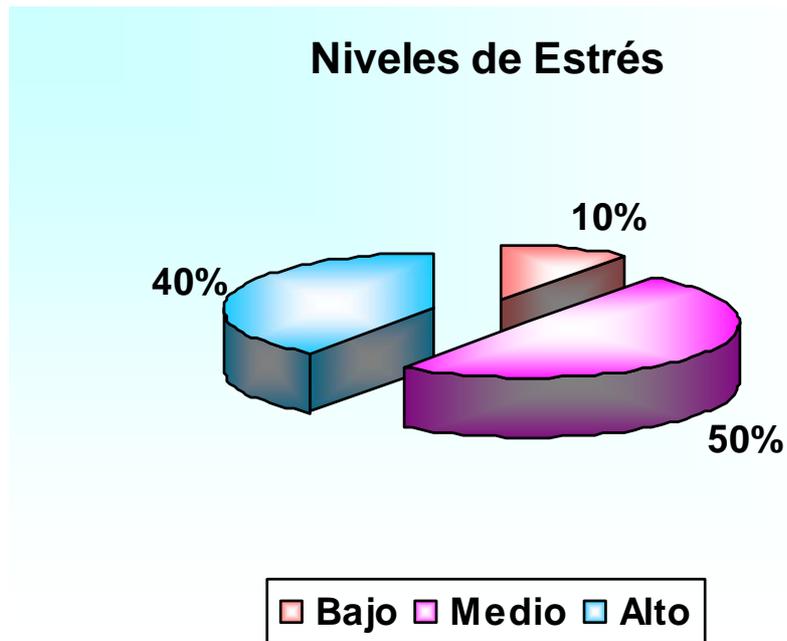


Fuente: escala de situaciones estresantes de Holmes y Rahe.

La situación estresante más frecuente en estos pacientes fue “Enfermedad de un miembro de la familia”, donde 20 (67%) la presentaron.



Grafico N° 4: Niveles de Estrés que presentan los pacientes cardiopatas que asisten al programa de crónicos de los centros de salud cabecera de León. (Mántica, Perla M^a Norori y Sutiava.)



Fuente: Escala de situaciones estresantes de Holmes y Rahe.

De los 30 pacientes encuestados el 50% posee un nivel medio de estrés.



“Resultados Cualitativos”.

A través del análisis de los discursos de los pacientes con enfermedad coronaria se manifiesta que los hábitos que han estado presentes a lo largo de su vida son: tabaquismo manifestando lo siguiente “Sí fume, empecé a los 22 años con una cajetilla diaria durante 7 años consecutivos”, falta de ejercicios “Nunca he hecho ejercicios”.

Los entrevistados refieren que entre los hábitos o factores que desencadenaron su enfermedad se encuentran: obesidad “Cuando me dijeron de mi problema de cardiopatía yo pesaba 225 Lb. Y tuve que bajar de peso hasta 197 Lb. Y actualmente me mantengo en 152 Lb.” Patrón nutricional nocivo (Mala alimentación) “ Siempre he comido bastantes cosas grasosas: chanco, leche, huevo, mantequilla, cuajada, pollo frito, etc.”, Estrés “Problemas con mi sobrino, problemas económicos”. Uno de los entrevistados refiere que en su enfermedad el factor que influyó fue una impresión fuerte “La impresión del percance del chavalo (pedrada en el ojo) porque fue a las 5:30pm la pedrada y yo a las 7:00pm ya estaba dando el costalazo (infarto)”

La mayoría de los entrevistados creen que sus hábitos en general no han sido los más adecuados en relación a su enfermedad y sólo una persona dice “Considero que mis hábitos han sido los más adecuados, ya que los médicos me dicen que gracias a que no fumé ni bebí me he salvado de morir.”

En cuanto a la pregunta ¿Ha tenido momentos de estrés en su vida? Los participantes mencionan que estos han sido problemas económicos, argumentando “A veces me pongo helada cuando pienso como hago porque a mi chavala le piden algo en el colegio y no tengo para darle”, problemas familiares, muerte o enfermedad grave de algún familiar, la guerra intento de violación.



Las situaciones estresantes que ellos consideran que incidieron en el inicio de su enfermedad fueron problemas económicos “Mis hijos estaban pequeños y no tenía dinero para cuando ellos se enfermaban”, período de guerra “Para mí fue muy duro el tiempo de la guerra, ya yo estaba lejos de mi familia, yo no sabía nada de ellos ni ellos sabían nada de mí”, Pérdida de bienes inmuebles “Me dolió mucho el hecho de que mi cuñado halla vendido a escondidas la casa de mi hermana (donde yo vivía), porque además nos llegaron a sacar con la policía”

Las situaciones estresantes que los participantes consideran que han estado presentes en el transcurso de su enfermedad son: problemas de salud “La preocupación que tengo es que me operen porque me da miedo”, “me preocupa mucho la enfermedad de mi esposa y además mi hija padece de menopausia prematura y me preocupan sus crisis de nervios”, problemas económicos “La casa esta hipotecada, yo trato de disimular pero me siento mal por la situación”, Problemas familiares “Tengo fuertes y frecuentes disgustos con mi sobrino” pérdida del empleo “Me prohibieron trabajar lo que me hace sentir mal porque siempre me ha gustado trabajar”.



“Discusión”.

La mayoría de los participantes eran de sexo femenino (24), las edades oscilaban entre 39 y 97 años, siendo la edad promedio 71 años. Lo cual coincide con la literatura ya que se estima que el riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria se presenta antes de los 65 años, y todos los participantes incluidos en la muestra afirman que el inicio de su enfermedad se presentó en esta edad; pero el sexo difiere con la literatura ya que en nuestro estudio el sexo femenino es de mayor prevalencia y la literatura refleja que los hombres tienen mayor riesgo de tener enfermedades coronarias.

La mayoría de los participantes manifiestan que sus hábitos en general no han sido los más adecuados en relación a su enfermedad, lo que se confirma con los resultados del cuestionario “Estilo de vida”, ya que en este se refleja que la mayoría de los involucrados (28) no tienen un estilo de vida saludable, todo esto coincide con la literatura ya que en ésta se establece que las personas que tienen un estilo de vida no saludables poseen más riesgos de contraer la enfermedad coronaria; todo ello está determinado por los diversos factores que afectan el riesgo de una persona de obtener enfermedades cardíacas, éstos incluyen: la edad, obesidad, tabaquismo, alcohol, falta de ejercicio físico, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia y siendo de gran relevancia el **“Estrés”**.(12)

Los factores de riesgo que presentan los pacientes cardiopatas de los diferentes Centros de Salud Cabecera de León se encuentran, la dieta no saludable que tienen la mayoría de éstas personas, obesidad en menor proporción, tabaquismo, ya que algunas de las personas en estudio son fumadores (23) tanto activos como pasivos; la falta de ejercicios, ya que de 30 participantes 24 de estos no realizan ningún tipo de ejercicio físico y sólo 6 personas realizan ciertos movimientos corporales, y el estrés que es un hecho habitual e inevitable en nuestra vidas estuvo fuertemente marcado en los participantes, reflejándose



en las diversas situaciones estresantes experimentadas por los entrevistados tales como muerte o enfermedad de un miembro de la familia, hipoteca o préstamo pequeño, problemas familiares, periodo de guerra y una situación que todos ellos manifestaron son los problemas económicos. Algunas de estas situaciones han estado presentes antes, durante y después de la enfermedad; siendo el estrés el principal factor que ha influido en la ocurrencia y complicación de la misma, este factor esta causado principalmente por los problemas económicos sentidos por la población en general.



“Conclusión”

1. La mayoría de los pacientes cardiopatas tienen un estilo de vida no saludable.
2. Los factores de riesgo presentes en los pacientes son:
 - Patrón Nutricional Nocivo.
 - Obesidad.
 - Tabaquismo.
 - Inactividad Física.
 - Estrés producido principalmente por problemas económicos y problemas familiares.
3. Las situaciones estresantes presentadas en estos pacientes son: muerte o enfermedad de un miembro de la familia, problemas familiares, periodo de guerra y problemas económicos (hipoteca, préstamo pequeño, etc.).
4. El estilo de vida no saludable sumado a las múltiples situaciones estresantes vividas en cada uno de los participantes a influido de manera notoria y acentuada en la ocurrencia de su enfermedad coronaria.
5. Existe una estrecha relación entre estilos de vida no saludables y enfermedades coronarias.



“Recomendaciones”

I. A los centros de salud:

-Que se reactiven todas las actividades establecidas en el programa, ya que estas son de gran importancia para los pacientes, por lo que en esta se abordan temas educativos en torno a su enfermedad.

II. A los pacientes:

-Que lleven a cabo las orientaciones brindadas por el centro de salud; para lograr la modificación de hábitos no adecuados y a su vez disminuir los factores de riesgos mejorando así su estilo de vida.

-Asistir periódicamente al programa de crónicos ya que se obtienen beneficios del mismo tales como: toma de signos vitales, tratamiento farmacológico y orientaciones educativas sobre su enfermedad.

III. Divulgar los resultados de esta investigación, al MINSA y a la sociedad en general con el objetivo de concientizar la labor tan importante que se realiza en el programa de crónicos; y además que otras personas conozcan las repercusiones en la enfermedad coronaria por no tener un estilo de vida saludable.

IV. Realizar estudios sobre éste tema utilizando el mismo como referencia inicial, con el objetivo de indagar los comportamientos y actitudes tomados por las personas que presentan la enfermedad coronaria.



“Referencias Bibliográficas”

1. www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltex?pidet=9346 articulos especiales. Volumen 53, numero3, Marzo 2000.
2. **Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía**
www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi04304.htm (Fecha Consultada 14 Abril 2006).
3. **LUZ HELENA MAYA S. Estilos de vida** saludables: componente de la calidad de vida, **AÑO: 2001**
www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm (Fecha Consultada 10 de Mayo del 2006).
4. Mario Montoya Toro. **CARDIOLOGÍA**. Fundamentos de Medicina, III Edición.
5. Estilo de Vida – Wikipedia, la enciclopedia libre
www.es.wikipedia.org/wiki/Estilo_de_vida - (Fecha Consultada 10 de Mayo del 2006.)
6. JNC-7 en Español, R. Molina Díaz y Juan C. Martí Canales, Séptimo Informe del Joint Nacional Comite sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Grupo de HTA de las SAMFIC. Revisión y Edición Web Rafael Bravo Toledo.
7. Dr. Ivan Dario Sierra, Metabolismo de los Lipidos y su importancia Clínica, Sociedad Latinoamericana de Arteroesclerosis (SOLAT).
8. Ricardo José Toro Greiffenstein, Luis Eduardo Yepes Rodan, **PSIQUIATRIA**, Fundamentos de Medicina, IV Edición. Medellín, Colombia, 2004.
9. Manual del programa de enfermedades crónicas. MINSA



10. Ana Palau, Estilo de vida cuestionario websalud.
www.panenet.com/websalud/cuestionario.htm (fecha consultada 14 de abril del 2006).
11. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.
12. PSZEMIAROWER, N.P. y PSZEMIAROWER S.N. Calidad de Vida y Desarrollo en la Vejez. En Revista Geriátrica, 1992; 8 (1): 33 - 37.



"ANEXOS"



“Anexo 1”

**“Escala para medir situaciones estresantes”
(Holmes y Rahe)**

Estimado Sr. (a)

Esta escala pretende medir situaciones estresantes; le pedimos su colaboración y sinceridad al llenar dicha escala, ya que la información que usted nos suministre será estrictamente confidencial y solo se utilizara para fines investigativos.

Nombre: _____ **Edad** _____ **Sexo** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones: Lea detenidamente cada enunciado y marque el enunciado del inciso que crea haber vivido en los últimos **12 meses**.

SITUACIONES	MARQUE
Muerte del cónyuge	
Divorcio	
Separación marital	
Encarcelamiento	
Muerte de un miembro de la familia	
Accidente o enfermedad profesional	
Matrimonio	
Trabajo de alto riesgo	
Reconciliación marital	
Jubilación	
Enfermedad de un miembro de la familia	
Embarazo	
Dificultades sexuales	
Llegada de un nuevo miembro de la familia	
Reajustes en negocios	
Cambio de estado financiero	
Muerte de un amigo íntimo	
Cambio a diferente línea de trabajo	
Cambio en el número de discusiones conyugales	
Hipoteca duradera	
Perder lo hipotecado	
Cambio de responsabilidades en el trabajo	
Abandono del hogar por los hijos	



SITUACIONES	MARQUE
Problemas con la justicia	
Logros personales pendientes	
El cónyuge empieza o deja de trabajar	
Empezar o terminar el colegio o la universidad	
Cambio en las condiciones de vida	
Revisión de hábitos personales	
Problemas con el jefe o empleador	
Cambio en horario o condiciones de trabajo	
Cambio de residencia	
Cambio de colegio o universidad	
Cambio en la recreación	
Cambio de actividades religiosas	
Hipoteca o préstamo pequeño	
Cambio en los hábitos de sueño	
Cambio en el número de la familia nuclear	
Cambio en los hábitos alimenticios	
Vacaciones	
Navidad	
Violación mínima de leyes	



“Anexo 2”

Cuestionario estilo de vida (Ana Palau)

Estimado Sr.(a)

Este cuestionario pretende conocer su estilo de vida; le pedimos su colaboración y sinceridad al llenar dicho cuestionario, ya que la información que usted nos suministre será estrictamente confidencial y solo se utilizara para fines investigativos.

Nombre: _____ **Edad** _____ **Sexo** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones: Lea detenidamente cada enunciado y englobe **Sí o No** a las siguientes preguntas:

1. ¿Ejercitas por lo menos 20 minutos continuos, tres o más veces semanales, cada semana, de cada mes, de cada año?

Sí - No

2. ¿Te satisfacen tus condiciones?

Sí - No

3. ¿Te satisface tu actual nivel de energía?

Sí - No

4. ¿Terminas el día de trabajo con vitalidad y sin cansancio?

Sí - No

5. ¿Tienes un peso saludable, sin exceso de grasa en la barriga? ¿Lo mantienes estable, evitando subidas y bajadas a repetición?

Sí - No

6. ¿Evitas las tantas dietas y métodos fabulosos que te prometen una rápida y fácil pérdida de peso?

Sí - No



7. ¿Comes bajo de sal? ¿Comes cada día 6-11 servidas de almidones, 2-4 de frutas, 3-5 de vegetales, 2-3 de lácteos descremados y 2-4 de menestras o carne magra, prefiriendo los pescados y mariscos a las aves y la carne roja?
Sí - No
8. ¿Tomas diariamente por lo menos 8 vasos de agua?
Sí - No
9. ¿Consumes muy pocos dulces, pastillas, helados, sodas o refrescos? ¿Evitas endulzar mucho tus comidas?
Sí - No
10. ¿Limitas el uso de aceite, margarina, mantequilla, mayonesa, queso crema, embutidos, salchichas, carnes y quesos grasientos a "muy ocasionalmente"?
Sí - No
11. ¿Comes sólo "muy ocasionalmente" alimentos muy ricos en colesterol (yemas de huevo, hígado y otras vísceras)?
Sí - No
12. ¿Lees las etiquetas de los productos alimenticios que compras, para seleccionar los más bajos en grasa, sodio y calorías?
Sí - No
13. ¿Eres un no-fumador y prohíbes que fumen en tu presencia?
Sí - No
14. ¿Limitas el alcohol a no más de dos tragos en un día? "Un trago" es una lata o pinta de cerveza, una copa de vino o una onza de licor fuerte (whisky, ron, seco, vodka, ginebra, tequila...)
Sí - No
15. ¿Dices NO a todo tipo de droga?
Si - No



16. ¿Manejas solamente cuando estás sobrio? ¿Eres pasajero solamente de conductores sobrios y sin drogas?

Sí - No

17. ¿Como conductor o pasajero, ¿usas siempre el cinturón de seguridad?

Sí - No

18. ¿Obedeces todas las leyes de tránsito?

Sí - No

19. ¿Tomas suficiente tiempo libre para ti y tu familia?

Sí - No

20. ¿Te satisface tu trabajo?

Sí - No

21. ¿Te satisface tu educación o preparación académica / técnica?

Sí - No

22. ¿Te satisface tu vida familiar? **Sí - No**

23. ¿Te satisface tu vida social y comunitaria?

24. ¿Te satisface tu vida sexual?

Sí - No

25. ¿Tu vida personal, familiar, de trabajo, social, comunal y política... ¿está de acuerdo con tus principios morales?

Sí - No

26. ¿Manejas positivamente las situaciones estresantes de tu vida?

Sí - No

27. ¿Duermes bien y te levantas descansado?

Sí - No

28. ¿Está tu colesterol por debajo de 200, tus LDL bajo 130, tus triglicéridos bajo 150 y tus HDL arriba de 40 mg/dl? ¿Lo sabes?

Sí - No



29. ¿Está tu presión arterial por debajo de 130/85 mmHg? ¿La sabes?

Sí - No

30. ¿Te autoexaminas las mamas, o los testículos, cada mes?

Sí - No

31. ¿Usas loción protectora (Factor de Protección Solar, **SPF**, número 20 o más) siempre que estás expuesto al sol?

Sí - No

32. Si tienes más de 40 años, te has hecho ¿la medición de la presión de tus ojos en los últimos cuatro años? ¿Un examen rectal cada año? ¿Una prueba de esfuerzo cada cinco años?

Sí - No

33. Si tienes 50 años o más, ¿te haces una prueba anual de sangre oculta en heces? ¿Un examen del intestino bajo?

Sí - No

34. Si eres mujer, ¿te haces el Papanicolau por lo menos una vez al año? Si tienes más de 40 años, ¿te haces una mamografía anual?

Sí - No

35. Si eres hombre mayor de 40 años, ¿te haces una medición anual de los niveles del Antígeno Prostático Específico (PSA) en tu sangre?

36. Si estás aparentemente sano y te sientes bien, ¿te haces un examen médico anual?

Sí - No

37. ¿Ejercitas tu espíritu, comunicándote diariamente con Dios?

Sí - No

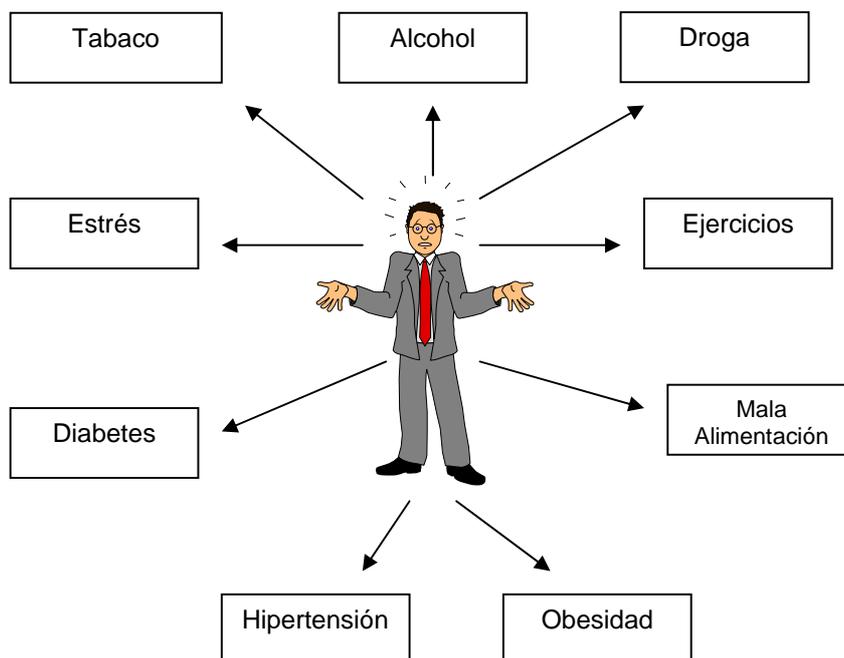


“Anexo 3”

Entrevista a profundidad

Los **estilos de vida** son los procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

Los estilos de vida incluyen hábitos como:



Guía de preguntas

¿Qué hábitos ha puesto en práctica a lo largo de su vida?

¿Cuáles fueron los hábitos o factores que desencadenaron su enfermedad?

¿Cree usted que sus hábitos han sido los más adecuados en relación a su enfermedad?

¿Ha tenido momentos de estrés en su vida?

¿Qué situaciones estresantes estuvieron presentes al inicio de su enfermedad?

¿Qué situaciones estresantes han estado presentes en el transcurso de su enfermedad?

¿Cree usted que sus hábitos han influido en su enfermedad coronaria?



“Anexo 4”

“Consentimiento Informado”

Declaro que voluntariamente he decidido participar en la investigación: “Estilos de vida y Enfermedades Coronarias en Pacientes Cardiópatas que Asisten a los Centros de Salud Cabeceras del Municipio de León: Mántica, Perla María Norori, Sutiaba.”, que están realizando las estudiantes del V año de la carrera de psicología de la UNAN – León; María Eveling Betanco Camacho y Arlen Libeth Méndez Jiménez; para brindar información sobre hábitos llevados en el transcurso de mi vida, además he comprendido sus objetivos, limitaciones y alcance de la investigación.

Durante el estudio puedo retirarme en cualquier momento, lo cual no disminuye la ayuda o sugerencia que reciba del mismo y en caso de ser necesario autorizo la utilización de cualquier otro método de recolección de datos, con el objetivo de contribuir a obtener mayor información.

Se guardará la confiabilidad, asegurándole que todas sus respuestas serán mantenidas en estricto secreto ya que estos resultados serán utilizados sólo con fines investigativos/científicos, y en caso de publicación se ajustara a la verdad.

Firma del investigado

Firma del investigador

Fecha: _____



“Anexo 5”

TABLA DE PUNTUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA (n=30)

VARIABLES	CANTIDAD	PORCENTAJE
SEXO		
Femenino	24	80.0
Masculino	6	20.0
PROCEDENCIA		
Mántica	7	23.3
Perla Maria Norori	12	40.0
Sutiava	11	36.7

VARIABLES	CANTIDAD		%	
	SI	NO	SI	NO
ESTILOS DE VIDA				
1 ¿Ejercitas por lo menos 20 minutos continuos, tres o más veces semanales, cada semana, de cada mes, de cada año?	6	24	20.0	80.0
2 ¿Te satisfacen tus condiciones?	12	18	40.0	60.0
3 ¿Te satisface tu actual nivel de energía?	13	17	43.3	56.7
4 ¿Terminas el día de trabajo con vitalidad y sin cansancio?	10	20	33.3	66.7
5 ¿Tienes un peso saludable, sin exceso de grasa en la barriga? ¿Lo mantienes estable, evitando subidas y bajadas a repetición?	18	12	60.0	40.0
6 ¿Evitas las tantas dietas y métodos fabulosos que te prometen una rápida y fácil pérdida de peso?	26	4	86.7	13.3
7 ¿Comes bajo de sal? ¿Comes cada día 6-11 servidas de almidones, 2-4 de frutas, 3-5 de vegetales, 2-3 de lácteos descremados y 2-4 de menestras o carne magra, prefiriendo los pescados y mariscos a las aves y la carne roja?	16	14	53.3	46.7
8 ¿Tomas diariamente por lo menos 8 vasos de agua?	8	22	26.7	73.3
9 ¿Consumes muy pocos dulces, pastillas, helados, sodas o refrescos? ¿Evitas endulzar mucho tus comidas?	26	4	86.7	13.3
10 ¿Limitas el uso de aceite, margarina, mantequilla, mayonesa, queso crema, embutidos, salchichas, carnes y quesos grasientos a "muy ocasionalmente"?	27	3	90.0	10.0
11 ¿Comes sólo "muy ocasionalmente" alimentos muy ricos en colesterol (yemas de huevo, hígado y otras vísceras)?	22	8	73.3	26.7
12 ¿Lees las etiquetas de los productos alimenticios que compras, para seleccionar los más bajos en grasa, sodio y calorías?	0	30	0.0	100.0
13 ¿Eres un no-fumador y prohíbes que fumen en tu presencia?	7	23	23.3	76.7
14 ¿Limitas el alcohol a no más de dos tragos en un día? "Un trago" es una lata o pinta de cerveza, una copa de vino o una onza de licor fuerte (whisky, ron, seco, vodka, ginebra, tequila...).	27	3	90.0	10.0
15 ¿Dices NO a todo tipo de droga?	26	4	86.7	13.3
16 ¿Manejas solamente cuando estás sobrio? ¿Eres pasajero solamente de conductores sobrios y sin drogas?	20	10	66.7	33.3
17 ¿Como conductor o pasajero, ¿usas siempre el cinturón de seguridad?	3	27	10.0	90.0



VARIABLES	CANTIDAD		%	
	SI	NO	SI	NO
ESTILOS DE VIDA				
18¿Obedeces todas las leyes de tránsito?	29	1	96.7	3.3
19¿Tomas suficiente tiempo libre para ti y tu familia?	19	11	63.3	36.7
20¿Te satisface tu trabajo?	17	13	56.7	43.3
21¿Te satisface tu educación o preparación académica / técnica?	18	12	60.0	40.0
22¿Te satisface tu vida familiar?	27	3	90.0	10.0
23¿Te satisface tu vida social y comunitaria?	28	2	93.3	6.7
24¿Te satisface tu vida sexual?	7	23	23.3	76.7
25¿Tu vida personal, familiar, de trabajo, social, comunal y política... ¿está de acuerdo con tus principios morales?	28	2	93.3	6.7
26¿Manejas positivamente las situaciones estresantes de tu vida?	9	21	30.0	70.0
27¿Duermes bien y te levantas descansado?	10	20	33.3	66.7
28¿Está tu colesterol por debajo de 200, tus LDL bajo 130, tus triglicéridos bajo 150 y tus HDL arriba de 40 mg/dl? ¿Lo sabes?	4	26	13.3	86.7
29¿Está tu presión arterial por debajo de 130/85 mmHg? ¿La sabes?	9	21	30.0	70.0
30¿Te autoexaminas las mamas, o los testículos, cada mes?	7	23	23.3	76.7
31¿Usas loción protectora (Factor de Protección Solar, SPF , número 20 o más) siempre que estás expuesto al sol?	0	30	0.0	100.0
32¿Si tienes más de 40 años, te has hecho ¿la medición de la presión de tus ojos en los últimos cuatro años? ¿Un examen rectal cada año? ¿Una prueba de esfuerzo cada cinco años?	9	21	30.0	70.0
33¿Si tienes 50 años o más, ¿te haces una prueba anual de sangre oculta en heces? ¿Un examen del intestino bajo?	0	30	0	100.0
34¿Si eres mujer, ¿te haces el Papanicolau por lo menos una vez al año? Si tienes más de 40 años, ¿te haces una mamografía anual?	8	22	26.7	73.3
35¿Si eres hombre mayor de 40 años, ¿te haces una medición anual de los niveles del Antígeno Prostático Específico (PSA) en tu sangre?	1	29	3.3	96.7
36¿Si estás aparentemente sano y te sientes bien, ¿te haces un examen médico anual?	4	26	13.3	86.7
37¿Ejercitas tu espíritu, comunicándote diariamente con Dios?	27	3	90.0	10.0