



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

### **Cómo citar este documento**

López, Eddy. Conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y comportamiento para la prevención del personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos del Hospital “Dr. Pastor Oropeza” de Barquisimeto, Estado Lara. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(5). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0482.php>

## **CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y COMPORTAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL “DR. PASTOR OROPEZA” DE BARQUISIMETO, ESTADO LARA**

Autora: Mg Sc. Eddy López  
Tutora: Mg Sc: Consuelo Colmenares

Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”  
Decanato de Ciencias de la Salud  
Maestría en Enfermería  
Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo  
Av. Libertador entre Av. Vargas y Av. Andrés Bello.  
Barquisimeto. Estado Lara. Venezuela. Código Postal 3001  
[uclaindex@ucla.edu.ve](mailto:uclaindex@ucla.edu.ve)

BARQUISIMETO 2.006

# INDICE

## RESUMEN

## INTRODUCCIÓN

### CAPITULO I. EL PROBLEMA

- 1.-Planteamiento del problema
- 2.-Objetivos de la Investigación
  - 2.1.-Objetivo General
  - 2.2.-Objetivos Específicos
- 3.-Justificación de la Investigación

### CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL

- 1.-Antecedentes de la Investigación
2. -Bases Teóricas
  - 2.1.-Conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular
  - 2.2.-Comportamiento para la prevención de enfermedades cardiovasculares
- 3.-Definición de términos
- 4.-Sistema de Hipótesis
  - 4.1.-Hipótesis General
  - 4.2.-Hipótesis Específicas

### CAPITULO III. DISEÑO METODOLOGICO

- 1.-Diseño de la Investigación
- 2.- Población
- 3.- Muestra
- 4.-Instrumento
- 5.-Prueba Piloto
- 6.-Procedimiento para la Recolección de datos
- 7.- Pruebas Estadísticas para el Análisis de los Datos
- 8.- Limitaciones del Estudio

### CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.-Presentación de los Resultados
- 2.-Análisis e Interpretación de los Resultados

### CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Conclusiones
- Recomendaciones

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

## RESUMEN

El presente estudio se ubica en la línea de investigación Cuidados de Enfermería en pacientes con trastornos cardiovasculares y tuvo como objetivo; determinar la relación que existe entre el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular en sus factores hábitos nutricionales, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación y el comportamiento para la prevención, en sus factores hábitos nutricionales, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación del personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos del Hospital "Dr. Pastor Oropeza" Barquisimeto Estado Lara. La muestra estuvo conformada por 21 enfermeras licenciadas o técnicos con entrenamiento en el área de cuidados intensivos. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia debido a las características de la misma. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo correlacional. La recolección de la información se realizó mediante un cuestionario de 46 ítems de opción múltiple con una sola respuesta correcta, la confiabilidad del instrumento fue de 0,79 para la primera variable y de 0,71 para la segunda variable, se midió aplicando el coeficiente de Alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos determinan que hay inexistencia de asociación entre el conocimiento y el comportamiento del personal de enfermería sobre los factores modificables de riesgo cardiovascular, por lo tanto se rechaza la hipótesis general planteada. Esta inexistencia es confirmada por el escaso valor del test exacto de Fisher que resulto ser igual a 1,00 positivo pero sin significación estadística ( $p > 0,005$ ) para la 1era y 2da hipótesis y de 0,6699 para la 3era hipótesis. La comprobación de la 4ta hipótesis sólo se pudo hacer por deducción lógica según los resultados obtenidos en las asociaciones de los factores. Se recomienda crear programas de sensibilización sobre el autocuidado del personal de enfermería y realizar estudios similares con diferentes poblaciones, para determinar las relaciones o diferencias entre el conocimiento y el comportamiento que asumen sobre factores de riesgo cardiovascular.

*Palabras claves:* Promoción de la salud. Autocuidado. Estilo de vida.

## INTRODUCCION

Las enfermedades cardiovasculares, es uno de los problemas de salud pública que enfrenta el mundo en general, siendo la población adulta la de mayor riesgo de sufrirlas. Al respecto existen riesgos modificables que tienen que ver directamente con los hábitos saludables de vida, por lo tanto depende mucho del conocimiento que la persona posee para poder autocuidarse, promover su salud y prevenir las enfermedades previamente mencionadas. Es allí donde la enfermera juega un papel fundamental, como educadora y modeladora para influir sobre la población que cuida, a fin de que alcance un mejor nivel de bienestar. Por ello es necesario estudiar los factores de comportamiento favorable que inciden en la conducta de salud, así como aquellos que aumentan el riesgo de padecer una enfermedad y con los resultados obtenidos, crear estrategias educativas que doten a la población de los recursos necesarios para asumir la responsabilidad de su autocuidado. Comenzando por el profesional de Enfermería, que es quién está en constante interacción con el individuo, familia y comunidad.

El presente estudio se ubica en la línea de investigación de Cuidado de Enfermería a Pacientes con Problemas Cardiovasculares, perteneciente a la Maestría en Enfermería Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo de la Universidad de Carabobo. El objetivo general de la investigación fue determinar la relación que existe entre *El Conocimiento* de los factores de riesgo modificables de Enfermedades Cardiovasculares en sus factores Hábitos Alimentarios, Hábitos Psicobiológicos, Actividad Física y Recreación y *El Comportamiento* para la prevención en sus factores: Hábitos alimentarios, Hábitos Psicobiológicos, Actividad Física y Recreación de un grupo de Enfermeros(as) que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital "Dr. Pastor Oropeza" del I.V.S.S. Barquisimeto Estado Lara.

El diseño de la investigación es de tipo Exposfacto Correlacional, y la población estuvo conformada por 43 enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos Adulto y Pediátrico del Hospital "Dr. Pastor Oropeza" de Barquisimeto-Estado Lara.

La muestra estuvo conformada por el 60 por ciento de Las Enfermeras de las unidades de cuidados intensivos, lo que correspondió a un número de 26 Enfermeras. La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de un instrumento de opción múltiple con una sola respuesta, referidas al conocimiento y con respuestas múltiples referidas al comportamiento, contentivo de 52 ítems, los cuales permitieron medir cada una de las variables y sus factores.

El presente trabajo está estructurado en cinco capítulos. El primero de ellos contiene el planteamiento del problema, los objetivos, general y específico y la justificación del estudio. En el capítulo dos se presentan los antecedentes de la investigación, las teorías y conceptos relacionados con las variables en estudio, la definición de términos, el sistema de hipótesis (general y específicas), sistema de variables y su operacionalización. El capítulo tres

presenta el marco metodológico que contiene el diseño de la investigación, la población, la muestra, el instrumento, el procedimiento para la recolección de los datos, y las pruebas estadísticas utilizadas. El capítulo cuatro contiene el análisis estadístico de los resultados. El capítulo cinco presenta la discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones de la investigación y por ultimo las referencias bibliográficas.

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

Este capítulo está conformado por tres partes: Planteamiento del Problema. Objetivo General, Objetivos Específicos y la Justificación del Estudio.

#### 1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

American Heart Asociation<sup>1</sup> reporta de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, que las enfermedades cardiovasculares causan 12 millones de muertes en el mundo cada año y representan la mitad de todas las muertes en los Estados Unidos y otros países desarrollados. Las enfermedades cardiovasculares también son una de las principales causas de muerte en muchos países en vías de desarrollo. En conjunto son la primera causa de muerte en adultos.

Por su parte los anuarios de epidemiología y estadísticas vitales (2002)<sup>2</sup> muestran que las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar con un número de 782 muertes en Venezuela en el año 2002, con una tasa de 47,8 por 100.000 habitantes.

Según cifras de la División de Estadísticas de Epidemiología en la región centroccidental, son las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares la primera y segunda causa de muerte respectivamente.

Las cifras estadísticas aportadas por la dirección de epidemiología Sistema de Vigilancia Epidemiológica Lara, (SIVEL)<sup>3</sup> señalan que el número de defunciones para el año 2002 por enfermedades isquémicas del corazón fue de 782, con una tasa de 47,8. Por Enfermedades cardiovasculares fue de 552 con una tasa de 33,7. Otras enfermedades del corazón 3 defunciones para una tasa de 0,2. Enfermedades hipertensivas 209, con una tasa de 12,8. Enfermedades de las arterias y vasos capilares 44 con una tasa de 2,7 Enfermedades cardiopulmonares 11 con una tasa de 0,7. Enfermedades cardiovasculares reumáticas crónicas 8 con una tasa de 0,5. Enfermedades de las venas y vasos ganglios linfáticos 16 para una tasa de 1,0, para un total de 1.623 muertes con una tasa de 99,2.

Cifras expuestas en el XXXVI Congreso Nacional de Cardiología realizado durante el mes de Agosto del 2003 en la Isla de Margarita, indican que más del 36% de la población Venezolana padece de enfermedades cardiovasculares.

Según Hernández<sup>4</sup> del Centro Regional Cardiovascular ASCARDIO, un diabético es ocho veces más propenso a padecer una enfermedad cardiaca que una persona sana. Un fumador tiene dos veces más probabilidades de

morir por esta causa con relación a una persona sana, mientras un hipertenso tiene tres veces más posibilidades y, si el paciente solo tiene el colesterol alto, el riesgo aumenta a cuatro. Quien combina estos tres últimos factores tiene 16 veces más riesgo de morir que una persona sana. A diferencia de los hombres, a las mujeres las favorece la producción de hormonas hasta que llega la menopausia. Sin embargo en el mundo, una de cada dos féminas muere por enfermedad cardíaca coronaria, mal que superó el cáncer de mama, como principal causa de muerte.

Es por ello que no solo se debe dedicar a tratar las enfermedades sino a prevenirlas y en ello juega un papel estelar la educación. Su prevalencia, su alto poder incapacitante, el elevado costo de la atención médica, sumado a la pérdida de la productividad laboral, son factores que deben motivar a establecer programas de prevención, basándose en estudios epidemiológicos de prevención primaria y secundaria, donde se reporte que el control de los factores de riesgo y los cambios en el estilo de vida disminuyen la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo al registro de consulta externa por enfermedades cardiovasculares en ASCARDIO,<sup>4</sup> 65 de cada 100 pacientes atendidos presentó hipertensión arterial, uno de los principales enemigos del corazón. Se determinó igualmente que en el 75 por ciento de los casos de insuficiencia cardíaca incidió la hipertensión arterial. Según estos datos Finizola<sup>4</sup> estima que tanto en Venezuela como en el Estado Lara existe una población con un perfil de alto riesgo para enfermedades cardiovasculares.

Resulta interesante destacar, que la falta de políticas preventivas incide en el equipo de salud, quien solo se dedica al tratamiento y control de las enfermedades cardiovasculares, ya que no se implementan programas a nivel nacional, sino de manera aislada en algunas regiones del país, como es el caso de Ascardio en Barquisimeto Estado Lara.

Corresponde al equipo de salud, y entre ellos principalmente al personal de enfermería, educar a la población en cuanto a los riesgos modificables de sufrir enfermedades cardiovasculares, pues, este tiene la oportunidad de abordar al paciente durante la anamnesis y reforzar conductas, mientras ofrece los cuidados de enfermería, haciendo énfasis en el estilo de vida (hábitos alimentarios, tabáquicos, alcohólicos, cafeínicos, actividad física y la recreación) aspectos que deben incluirse en un plan de egreso, una vez que el paciente ha evolucionado satisfactoriamente y egresa de la unidad, a manera de lograr sensibilizarlo acerca de las consecuencias de estos factores y de los problemas de salud en general.

Se debe estar consciente de la participación activa de los profesionales de enfermería, pues su influencia puede ayudar en la reducción de los hábitos relacionados con los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares de la población en general. Dicha influencia puede concretarse en las cuatro funciones que desempeñan: Modelica, Social, de Apoyo y Educadora.

Las enfermeras como modelos para la población, deben promover y

asumir estilos saludables de vida. De ahí la importancia de su testimonio sobre lo perjudicial, que el consumo de alimentos ricos en grasas, la ingesta de alcohol y cigarrillos son para la salud. En cuanto a su función educadora deben informar de los riesgos que acarrea, tomando en cuenta la necesidad de realizar ejercicio físico y respetar el tiempo de descanso y la recreación como conductas promotoras de salud, las cuáles, se espera que también las practiquen.

Sin embargo, se ha observado una contradicción entre el conocimiento y el comportamiento de estos profesionales, como es que, a pesar de tener toda la información en cuanto a los hábitos de vida sana, los (as) mismos (as) muestren tendencia a asumir un estilo de vida dentro del ámbito laboral, caracterizado por consumo de comidas rápidas (frías, grasosas, enlatados, etc.) hábitos tabáquicos, cafeínicos, trabajo bajo presión, breves períodos de descanso que no garantizan un sueño reparador y aumentan el nivel de estrés, y poco o ningún tiempo dedicado a la recreación, lo que trae como consecuencia un aumento en los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares en esta población.

Esta situación se observa, muy especialmente, en los (as) enfermeros (as) que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital "Dr. Pastor Oropeza" en Barquisimeto Estado Lara, quienes muestran un aumento exagerado de los hábitos antes mencionados durante sus guardias, conducta que va en detrimento del mantenimiento de su salud, favoreciendo así los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares, lo que repercute en su capacidad productiva, por lo que la calidad del cuidado al paciente podría estar entredicho, debido a que este problema lleva a que exista ausentismo laboral por reposos médicos, exceso de trabajo en el área, turnos dobles-triples, sin olvidar aquellas enfermeras que presentan durante sus turnos de trabajo, cifras tensionales elevadas, cefaleas, irritabilidad y otros síntomas, tales como pesadez, visión borrosa, mareos entre otros.

Los hechos anteriormente expuestos me motivaron a realizar el presente estudio que tuvo como finalidad determinar *¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento de los factores de riesgos modificables de enfermedades cardiovasculares y el comportamiento para su prevención del personal enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital "Dr. Pastor Oropeza" en Barquisimeto Estado Lara?*

## 2.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

### 2.1.-OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre el conocimiento de los factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares en sus factores: *hábitos alimentarios, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación* y el comportamiento para la prevención en sus factores: *hábitos alimentarios, psicobiológicos, actividad física y recreación* que tiene el personal de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital "Dr. Pastor Oropeza". Barquisimeto Estado Lara.

## 2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.2.1.- Determinar la relación que existe entre el conocimiento de los factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares en su factor hábitos alimentarios y el comportamiento para su prevención en cuanto al factor hábitos alimentarios que tiene personal de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Pastor Oropeza” Barquisimeto Estado Lara.

2.2.2.- Determinar la relación que existe entre el conocimiento de los factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares en su factor hábitos psicobiológicos y el comportamiento para su prevención en cuanto al factor hábitos psicobiológicos que tiene el personal de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Pastor Oropeza” Barquisimeto Estado Lara.

2.2.3.- Determinar la relación que existe entre el conocimiento de los factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares en su factor actividad física y el comportamiento para su prevención en cuanto al factor actividad física que tiene el personal de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Pastor Oropeza” Barquisimeto Estado Lara.

2.2.4.- Determinar la relación que existe entre el conocimiento de los factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares en su factor recreación y el comportamiento para su prevención en cuanto al factor recreación que tiene el personal de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Pastor Oropeza” Barquisimeto Estado Lara.

## 3.-JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Durante muchos años las enfermedades cardiovasculares han sido consideradas un problema de salud pública, por lo que han ocupado un lugar importante en congresos, jornadas, foros, reuniones, cursos, talleres entre otros, hoy por hoy mantienen el primer lugar en diferentes publicaciones y eventos científicos. Sin embargo, no ha sido de suficiente peso, como para que los miembros del equipo de salud y la población en general asuman la responsabilidad del cuidado personal que los impulse a comportarse sanamente en lo que respecta a los hábitos alimentarios, disminución del consumo de alcohol, tabaco, café, la inactividad física y el stress constante que no permite espacios de sano esparcimiento y recreación favoreciendo así el riesgo a padecer enfermedades cardiovasculares.

Es necesario destacar que el alto nivel de colesterol, la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, la diabetes y la hipertensión, son las principales causas de arterosclerosis, angina de pecho e infarto al miocardio, enfermedades cardiovasculares que ocupan el primer lugar en las estadísticas de mortalidad del país y se cuentan dentro de las 12 primeras enfermedades

en las estadísticas de morbilidad tanto del país como del Estado Lara, lo que representa un problema de salud pública, por el impacto que causa en la sociedad su prevalencia, costo para el estado en el manejo y control dentro del área hospitalaria, su repercusión en la capacidad productiva , y el costo para el paciente y la familia.

De allí que como parte del equipo de salud los profesionales de enfermería deben actuar como modelos para la sociedad, debiendo promover estilos saludables de vida. Su función educadora implica informar a la población sobre los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares que están presentes en la cotidianidad con el consumo de tabaco, alcohol, café, comidas con alto contenido graso; además, sensibilizarla en cuanto a las consecuencias de conductas no favorecedoras, y de los problemas de salud que generan. A su vez se hace necesario reconocer que tales advertencias son válidas para el personal de enfermería, quienes antes de educar deben estar concientes de su responsabilidad para autodesarrollar practicas de hábitos de vida saludable.

Los resultados del presente estudio representan un aporte para enfermería en lo referente a la atención primaria de salud (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) permite la revisión de los roles del profesional de enfermería y su sensibilización y concienciación para mostrarse a la sociedad como experto de la salud con profundo conocimiento de los efectos nocivos producidos por los factores antes mencionados sobre el organismo, al tiempo que se incorporará a la promoción e implementación de programas preventivos para lograr ser modelos sociales del comportamiento planeando estrategias que permita la relación de ayuda, para el mantenimiento y promoción de la salud. Por su parte el paciente contará con información oportuna que le permita asumir responsablemente su autocuidado, para mantenerse saludable. La Institución disminuirá el número de pacientes, que ingresan por esta causa, y obtendrá referencias que servirán para estudios posteriores y para planear educación continua en servicio tanto para el personal de enfermería como para los usuarios. La enfermera podrá cumplir su importante papel modélico, de educador, dentro del ámbito social y asistencial, proyectando a enfermería con su testimonio. De igual manera se persigue que esta investigación pueda servir como punto de referencia para futuras investigaciones en esta área que dé paso a nuevos modelos en programas de prevención y control de factores de riesgo.

## CAPITULO II

### MARCO REFERENCIAL.

En este capitulo se describen los antecedentes del estudio, y las bases teóricas que soportan las variables en estudio, sus factores e indicadores, la definición de términos, el sistema de hipótesis y la operacionalización de las variables.

## 1.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los siguientes antecedentes son investigaciones realizadas que abordan de algún modo el problema en estudio y las variables donde otros profesionales, expertos en la materia, han realizado diferentes investigaciones sobre los factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares, dando a conocer que se trata de un verdadero problema de salud que afecta a nuestra población adulta, no solo a nivel nacional, sino mundial.

Serrano Ronald<sup>5</sup> en Carabobo realizó un estudio correlacional con un grupo de estudiantes de enfermería denominado, "Factores del Comportamiento y su relación con los Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular" donde fueron rechazadas las hipótesis planteadas dadas las bajas variaciones entre varianzas. Esta investigación tiene importancia para el estudio, porque estudia también los factores de riesgo y el comportamiento para la prevención de enfermedades cardiovasculares y los resultados son rechazados, sirviendo de base para empezar una nueva investigación que pueda explicar tal situación. Resulta interesante destacar con este estudio, que el estilo de vida tiene componentes materiales, sociales e ideológicos, los cuales van a depender de las condiciones que rodean al sujeto y de la propia conducta de éste, lo que se ve reflejado en su autoestima, personalidad, características psicológicas, que junto a las motivaciones, percepciones e intereses conforman un conjunto de hábitos y de mecanismo para afrontar, o minimizar los factores de riesgos cardiovasculares.

Pérez Herlimary<sup>6</sup> en Lara llevó a cabo un estudio descriptivo transversal titulado "Evaluación de factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo ingresados en el Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda". Barquisimeto Estado Lara. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes. Los resultados evidenciaron que predominaron los pacientes del sexo masculino (62%) en edades comprendidas entre 46 y 75 años (78%). El Síndrome coronario agudo de mayor frecuencia fue el infarto al miocardio con onda Q (42%), Seguido de la angina inestable con 34%. Los factores de riesgo modificable de mayor prevalencia fueron, el tabaquismo, el sedentarismo, dislipidemias con un 86%, seguido de la hipertensión arterial (82%). Este trabajo guarda relación con este estudio ya que deja ver los efectos de los malos hábitos nutricionales en las cifras de colesterol aumentadas, los hábitos psicobiológicos ( tabaquismo) predisponente para el padecimiento de trastornos cardiovasculares, la inactividad física o el sedentarismo como uno de los factores más comunes que prevalecen en la población en general y que ameritan educación para evitar complicaciones futuras, lo cual depende del equipo de salud tratante, en especial del personal de enfermería quién tiene la oportunidad de entrevistar y reforzar conocimientos que lo lleven a asumir estilos de vida saludable.

Infante Elizabeth<sup>7</sup> realizó un estudio de tipo descriptivo y explorativo en el Estado Lara, cuyo objetivo fue determinar el Nivel de Cumplimiento de las Recomendaciones Diseñadas por el Centro Cardiovascular Regional Centroccidental (Ascardio) en la atención de los pacientes con hipertensión arterial sistémica que asisten a la consulta externa de este centro. La muestra

estuvo conformada por todos los médicos especialistas y residentes de cardiología que laboran en esta institución. Además se seleccionó una muestra de las historias clínicas de los pacientes de aquellos pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica durante los años 2001 y 2002. Esta investigación permitió analizar el nivel de percepción de las recomendaciones diseñadas por la institución para el nivel médico, así como su aplicación en los pacientes hipertensos en la meta establecida. Este trabajo es de gran importancia para esta investigación, pues deja ver la capacidad que tiene el equipo de salud para acatar normas y adoptar comportamientos que requieren ser modelados para el paciente al momento de la consulta. Al mismo tiempo mide el nivel de captación por parte del paciente de las medidas sugeridas por el equipo de salud, cuando hace promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Suárez Sebastián<sup>8</sup> en Barquisimeto Estado Lara, realizó un estudio experimental, denominado Conocimiento sobre la Prevención de la Hipertensión Arterial como Factor de Riesgo Cardiovascular en un grupo de Guardias Nacionales del destacamento N° 47 del comando regional N° 4. El cual tenía como objetivos Determinar el nivel de conocimiento de dos grupos de guardias nacionales, uno de los cuales recibió un programa educativo sobre la prevención de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular y el otro no. La muestra estuvo conformada por 40 guardias nacionales que conformaron el grupo 1 y 40 guardias nacionales el grupo 2. Los resultados obtenidos demuestran que el curso fue efectivo, ya que el grupo de guardias nacionales que lo recibieron obtuvieron significativamente ( $p < 0.05$ ) un porcentaje mayor de aciertos en la respuestas, lo que permitió aceptar la hipótesis planteadas. Este estudio es importante porque resalta la función educadora del profesional de enfermería, que genere cambios favorables para la salud partiendo del autocuidado, que se logra mediante la divulgación sanitaria en todos los campos.

Salas Blanca<sup>9</sup> en Carabobo realizó un estudio descriptivo correlacional denominado "Factores de Riesgo para el Consumo de Alcohol y Drogas Psicoactivas como Generadoras de Politraumatismo en Accidentes de Tránsito", de un grupo de adolescentes del ciclo diversificado y la actitud hacia el consumo", el cual tenía como objetivos " Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo para el consumo de alcohol y drogas psicoactivas como generadores de politraumatismo por accidentes de tránsito, y la actitud hacia el consumo de un grupo de adolescentes" Los resultados obtenidos determinan que no se incrementa correspondientemente la opinión sobre la alta opinión de politraumatismo por accidentes de tránsito al aumentar el nivel de ocurrencia de la variable factores de riesgo para el consumo de alcohol y drogas psicoactivas, lo que asegura la inexistencia de asociación entre la ocurrencia de los factores de riesgo para el consumo de alcohol y drogas psicoactivas en los traumatismos por accidentes de tránsito. Esta inexistencia es confirmada por el escaso valor del coeficiente de correlación de Pearson que resultó ser de 0.022, positivo pero sin significación estadística. Es importante resaltar que este estudio guarda relación con la primera variable que se refiere al conocimiento de los factores de riesgo, y sirve para resaltar la importancia de continuar educando para prevenir, sobre todo en la población

más vulnerable en cada caso.

Arguello Carmen<sup>10</sup> en Lara llevó a cabo un estudio de tipo observacional y prospectivo, el cual tuvo como objetivo determinar los efectos de un programa de rehabilitación cardíaca sobre los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con infarto al miocardio, conformado por 24 pacientes de ambos géneros que ingresaron al servicio de prevención secundaria del centro cardiovascular regional "Ascardio". Los resultados de este estudio demuestran que un programa de rehabilitación cardíaca en pacientes con Infarto al miocardio ejerce un efecto significativamente beneficioso sobre los factores de riesgo modificable expresado en la reducción del nivel de colesterol total, LDL, glicemia, cifras de presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, paro, infarto al miocardio, disminución del tabaquismo, y aumento significativo del HDL. Este estudio guarda relación con esta investigación, ya que demuestra el cambio de comportamiento en una población que ha sufrido infarto al miocardio, modificando hábitos que representan cambios en el estilo de vida que permiten el control de riesgos para la salud cardiovascular.

Guevara Bertha<sup>11</sup> realizó un estudio Correlacional en Carabobo, denominado "Conocimiento que tiene el Paciente con Hipertensión Arterial sobre Factores de Riesgo Modificables para Enfermedad Cardiovascular y su relación con sus Patrones de Conducta". La población estuvo conformada por el grupo de pacientes hipertensos que acudieron a la consulta de cardiología y los que estaban hospitalizados en las unidades de cirugía A y B y traumatología de la ciudad hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Los resultados demostraron que a medida que aumentaba el nivel de conocimiento de los pacientes investigados sobre los factores de riesgo modificables tendía a predominar el nivel intermedio de ocurrencia de los patrones de conducta, esto se ratificó por el valor obtenido del coeficiente de correlación ordinal de Spearman que fue de  $-0.268$ , un valor sin significancia estadística, con un error mayor al 5% ( $p > 0.05$ ) por lo que no hubo relación estadística significativa entre las dos variables del estudio rechazándose la hipótesis general del mismo. Este estudio guarda relación con la investigación, al referirse a los factores de riesgo modificables de Enfermedades Cardiovasculares y los patrones de conducta, lo que demuestra que existe el problema de relación negativa entre conocimiento y conducta.

En un estudio realizado en Kingston, Jamaica por el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y la OPS-OMS<sup>12</sup> sobre el análisis por género del comportamiento alimentario y del ejercicio en el caribe, usando el modelo transteórico del cambio de comportamientos (TTM), también conocido como "Etapas de cambio", desarrollado por Prochaska y Diclemente. Este modelo propone el cambio de comportamientos como un proceso en etapas, y no como una ocurrencia, con individuos que tienen variados niveles de motivación o disposición para el cambio. El movimiento entre etapas se considera como un espiral, con posibilidades de recaídas o repetición. Las etapas básicas descritas son: pre – consideración (inconsciente o sin pensar en hacer cambios), consideración, (pensando seriamente en cambiar, pero sin someterse a la acción), preparación (intención de actuar en un futuro próximo y pudiera haber tomado ciertas medidas inconsecuentes recientemente), acción

(modifica comportamiento, experiencia o ambiente para solucionar el problema, cambio de comportamiento relativamente reciente) y mantenimiento (trabaja para prevenir la recaída, mantiene el cambio de comportamiento por un “largo tiempo”). Se pudo establecer que existen numerosos pueblos del caribe con mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y comprobó que hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto a la disposición para cambiar el comportamiento y también que los adultos obesos se inclinan más al cambio de comportamiento en lo referente a la ingestión de alimentos sanos y a hacer ejercicios que los adultos no obesos. Este estudio se relaciona con esta investigación ya que aborda el estilo de vida que determina la conducta para favorecer o no la salud, previniendo o minimizando los riesgos a sufrir enfermedades cardiovasculares.

## 2.-BASES TEORICAS:

Las bases teóricas están orientadas hacia las variables en estudio, como son el Conocimiento de los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares, en sus factores Hábitos Nutricionales, Hábitos Psicobiológicos, Actividad Física y Recreación y el Comportamiento que tiene el personal de enfermería para la prevención de enfermedades cardiovasculares en sus factores Hábitos Nutricionales, Hábitos Psicobiológicos, Actividad Física y Recreación.

### 2.1.-CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES MODIFICABLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Según Piaget<sup>13</sup> “El conocimiento no se construye de modo individual, sino que se construye entre las personas a medida que Interactúan”. Por lo tanto el conocimiento se sitúa en un contexto cultural o social determinado en el que el profesional de enfermería debe llevar la batuta manteniendo las conductas favorecedoras de salud. Piaget, enfatiza que el conocimiento se desarrolla en forma gradual y el desarrollo cognoscitivo se logra por la documentación del saber, por la interacción con las actividades que realizamos y este se encuentra íntimamente relacionado con la práctica y este es proporcional al conocimiento. El define el conocimiento como “aquél que se obtiene en una búsqueda intencionada, para la cuál se debe haber delimitado los objetivos y previsto los medios de investigación, basándose en la verificación de la realidad” de allí que el ser humano debe tener la libertad de decidir conocer o no.

El control de los factores de riesgo cardiovascular ha constituido una parte integral en la práctica de enfermería para prevenir o disminuir las enfermedades cardiovasculares. Existen evidencias obtenidas a partir de estudios epidemiológicos y clínicos en los que se correlaciona la predisposición de los factores de riesgo con la aparición subsiguiente de enfermedades cardiovasculares. Entre los roles del profesional del enfermería se cuenta la educación sanitaria como herramienta para facilitar los conocimientos necesarios que garanticen el autocuidado del individuo sano y/o enfermo y permita la detección precoz de complicaciones.

La Fundación Venezolana de Cardiología Preventiva<sup>14</sup> refiere que: gracias a muchos estudios y miles de pacientes, los investigadores han

descubierto ciertos factores que desempeñan un papel importante en las probabilidades de que una persona padezca de una enfermedad del corazón. Se les denomina factores de riesgo. Cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer de una enfermedad del corazón. Algunos factores de riesgo pueden cambiarse, tratarse o modificarse y otros no.

### 2.1.1.-HÁBITOS NUTRICIONALES

El control del mayor número posible, de factores de riesgo, mediante el cambio del estilo de vida y el cumplimiento del régimen terapéutico puede reducir el riesgo cardiovascular. Uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es el colesterol elevado (el colesterol, una sustancia grasa, un lípido transportado en la sangre, que se encuentra en todas las células del organismo).

Según Ziegler y Filer<sup>15</sup> “El hígado produce el colesterol que el organismo necesita para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas. El organismo obtiene colesterol adicional de ciertos alimentos de origen animal (carne, huevos y productos lácteos)”. Aunque a menudo se atribuye la elevación del colesterol en sangre al colesterol que contienen los alimentos que comemos, la causante principal de ese aumento es la grasa saturada de los alimentos. La materia grasa de los productos lácteos, la grasa de la carne roja y los aceites tropicales, tales como el aceite de coco, son algunos de los alimentos ricos en grasas saturadas.

Al respecto, los autores sostienen que cuando la sangre contiene demasiada lipoproteína de baja densidad (LDL) o colesterol malo, esta comienza a acumularse sobre las paredes de las arterias formando una placa e iniciando así el proceso de la enfermedad denominada “ateroesclerosis”. El colesterol resulta necesario para el organismo y no debe considerarse como una sustancia tóxica en sí misma. El organismo es capaz de producir la cantidad suficiente de colesterol como para satisfacer sus propias necesidades, sin que sea preciso ingerirlo con los alimentos. Cuando se acumula placa en las arterias coronarias que irrigan el corazón existe un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón. El colesterol es necesario pero no suficiente para que se produzca la arteriosclerosis.

Nutrilité<sup>16</sup> por su parte, señala que “esta es el resultado de la combinación de los siguientes factores: nivel elevado de colesterol en la sangre, carencia de sustancias antioxidantes, como la provitamina A, las vitaminas C y E, los flavonoides y otros elementos fotoquímicos, debido a una alimentación pobre en frutas, hortalizas, cereales integrales y frutos secos, exceso de grasa saturada debido a una alimentación rica en leche, huevos, mariscos, carnes y derivados, falta de ejercicio físico, tabaco, estrés, hormonas y herencia”.

El manual Merk<sup>17</sup> señala al respecto que: existen dos tipos de colesterol en sangre dependiendo de las lipoproteínas que lo transportan.; colesterol LDL o nocivo. Está unido a las lipoproteínas de baja densidad y favorece la arteriosclerosis. El colesterol HDL o beneficioso, está unido a la lipoproteína de alta densidad y protege contra la arteriosclerosis. El aceite de

oliva y el ejercicio físico aumentan su nivel. La expresión, “nivel de colesterol en sangre” hace referencia al colesterol total, suma de ambas fracciones”.

Para tener unas arterias sanas y reducir el riesgo de arteriosclerosis y de sus complicaciones (infarto de miocardio, trombosis arterial, falta de riego sanguíneo), es preciso: Reducir el nivel de colesterol total y aumentar el nivel de antioxidantes en sangre. Los dos requisitos se logran fácilmente siguiendo una alimentación abundante en frutas, hortalizas frescas y otros vegetales.

El manual Merk<sup>17</sup> señala que el nivel normal de colesterol en la sangre es; Colesterol total: 5-6 mmol/l (193-231mg/dl). Colesterol HDL: 1mmol/l (1 mg/dl). Colesterol LDL: la diferencia entre el total y el LDL (4-5 mmol/l = 155-193 mg/dl)

El colesterol puede estar elevado en la sangre por causas no relacionadas con la alimentación, como la herencia y el hipotiroidismo u otras alteraciones hormonales. En tales casos es importante mantener un elevado nivel de betacaroteno, de vitamina C, de vitamina E y de otros antioxidantes en la sangre para evitar la arterosclerosis.

La salud de las arterias está íntimamente relacionada con la alimentación. Existen algunos componentes de los alimentos que resultan nocivos para las arterias, mientras que otros favorecen su buen estado. Entre los componentes nocivos, el sodio (procedente sobre todo de la sal de mesa); presente también en la grasa saturada; y el colesterol que se encuentra únicamente en los alimentos de origen animal. De los componentes favorables, los antioxidantes (se encuentran especialmente en las frutas y hortalizas); la fibra soluble (en las frutas, hortalizas y legumbres), y los ácidos grasos insaturados (en los frutos secos, semillas y aceites vegetales).

Repullo Picasso<sup>18</sup> refiere que los alimentos se pueden clasificar en panes y cereales, leguminosas o legumbres, tubérculos, frutas y verduras, carne, pescado, huevos; leche y derivados, grasas y aceites, y azúcares, confituras y almíbares.

El grupo de panes y cereales incluye el trigo, arroz y maíz. Son ricos en almidones y constituyen una fuente fácil y directa de suministro de calorías. Aunque la proteína no abunda en los cereales integrales, la gran cantidad que se consume aporta cantidades significativas, las cuales, sin embargo, deben complementarse con otros alimentos ricos en proteínas para obtener todos los aminoácidos esenciales. La harina de trigo blanco y el arroz refinado son bajos en nutrientes, pero, como todos los cereales enteros que contienen el germen y la capa exterior de la semilla, el trigo y el arroz aportan fibra al cuerpo, las vitaminas B tiamina, niacina y riboflavina, y los minerales cinc, cobre, manganeso y molibdeno.

Las legumbres o leguminosas abarcan una amplia variedad de frijoles o judías, chícharos o guisantes, lentejas y granos, e incluso el maní. Todos ellos son ricos en almidón, pero aportan bastante más proteína que los cereales o tubérculos. La proporción y el tipo de aminoácidos de las leguminosas es

similar a los de la carne. Sus cadenas de aminoácidos a menudo complementan a las del arroz, el maíz y el trigo, que constituyen los alimentos básicos de muchos países.

Los tubérculos incluyen varios tipos de papa o patata, ñame, apio, yuca, entre otros, son ricos en almidón y relativamente bajos en proteína, pero aportan gran variedad de vitaminas y minerales.

Las frutas y verduras son una fuente directa de muchos minerales y vitaminas que faltan en las dietas de cereales, en especial la vitamina C de los cítricos y la vitamina A procedente del caroteno de las zanahorias y verduras con hoja. En las verduras están presentes el sodio, el cobalto, el cloro, el cobre, el magnesio, el manganeso, el fósforo y el potasio. La celulosa de las verduras, casi imposible de digerir, proporciona el soporte necesario para hacer pasar la comida por el tracto digestivo. Muchas de las vitaminas más frágiles hidrosolubles se encuentran en las frutas y verduras, pero se destruyen con gran facilidad con el exceso de cocción.

La carne, el pescado y los huevos aportan todos los aminoácidos esenciales que el cuerpo necesita para ensamblar sus propias proteínas. La carne contiene un 20% de proteína, 20% de grasa y 60% de agua. Las vísceras son fuentes ricas en vitaminas y minerales. Todos los pescados contienen un alto porcentaje de proteínas, y los aceites de algunos de ellos son ricos en vitaminas D y A. La clara del huevo es la forma más concentrada de proteína que existe.

La leche y sus derivados incluyen la leche entera, el queso, el yogur y los helados, todos ellos conocidos por su abundancia en proteína, fósforo y en especial calcio. La leche también es rica en vitaminas pero no contiene hierro y, si es pasteurizada, carece de vitamina C. Aunque la leche es esencial para los niños, su excesivo consumo por parte de los adultos puede producir ácidos grasos saturados que se acumulan en el sistema circulatorio.

Las grasas y aceites incluyen la mantequilla, manteca, sebo y aceites vegetales. Todos ellos tienen un alto contenido de calorías, pero, aparte de la mantequilla y algunos aceites vegetales como el de palma, contienen pocos nutrientes.

Los azúcares, confituras y almíbares se consumen en grandes cantidades en algunos países, donde constituyen una gran parte del aporte de hidratos de carbono. La miel y el jarabe de arce están compuestos de más de un 75% de azúcar y contienen pocos nutrientes.

Según líneas nutricionales y las indicaciones dietéticas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>19</sup> y por los organismos de salud pública de diferentes países, existen guías o recomendaciones que se basan en la información científica sobre requisitos nutricionales, es decir, la cantidad de distintos nutrientes que necesitan las personas. Las necesidades de nutrientes y energía varían de un individuo a otro, y también en función de la edad, el sexo, el nivel de actividad física de la persona y otros factores como su

estado de salud y antecedentes genéticos.

En los países desarrollados casi todas las personas tienen suficiente cantidad de nutrientes en su dieta y pocas sufren de insuficiencias como el escorbuto o el raquitismo. Sin embargo, muchas personas no tienen una dieta equilibrada, y esto puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardíacas o sufrir ataques de apoplejía, obesidad, diabetes y algunos tipos de cáncer. Una dieta equilibrada es la que contiene la cantidad adecuada de energía (calorías), según las necesidades de cada persona y la proporción correcta de nutrientes que aportan energía. Estos últimos son las grasas, los hidratos de carbono y las proteínas.

Las grasas proporciona la mayor parte de esta energía, más de dos veces que la que proporciona las proteínas o los hidratos de carbono. En consecuencia, a las personas que tienen dificultades para mantener un peso adecuado se les aconseja limitar la cantidad de calorías y grasa. La mayoría de las personas debería obtener no más de un tercio de la energía a partir de las grasas, de las cuales, sólo un tercio tendrían que ser grasas saturadas. Una dieta rica en grasas, en especial grasas saturadas, incrementa el riesgo de infarto.

Nutrilite<sup>16</sup> sostiene que más o menos, la mitad de la energía dietética de una persona debería provenir de los hidratos de carbono, sobre todo de los complejos, procedentes de alimentos ricos en almidón como el pan, las patatas o papas y la pasta. Estos alimentos, y concretamente las variedades de grano entero, suelen ser también una buena fuente de fibra dietética. La fibra es importante para la función intestinal y puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardíacas y algunos tipos de cáncer.

Aunque no es un nutriente, el alcohol también aporta energía. A las personas que beben alcohol se les recomienda consumir una cantidad moderada. El exceso de alcohol puede provocar la hipertensión. La sal también puede afectar a la hipertensión, por lo que se aconseja reducir poco a poco su consumo.

En cuanto a la preparación y cocinado de los alimentos, Repullo Picasso<sup>18</sup> reconoce que la elaboración culinaria de los diferentes alimentos, al incidir sobre sus propiedades físicas, su composición química, su digestibilidad, su sabor y su valor calórico los modifican y altera de tal forma que hace necesario un somero conocimiento de todas estas manipulaciones y técnicas para que pueda valorarse adecuadamente el proceso alimenticio.

Por ello el autor citado establece que el cocinado debe cumplir con los siguientes objetivos: modificar las características organolépticas de los alimentos con el objeto de hacerlas más fáciles de digerir, mejorar el sabor, el olor y el aspecto de los alimentos, haciéndolos más sabrosos y apetecibles, destruir microorganismos, y productos nocivos con lo que además permite su mejor conservación. La aplicación del calor en sus distintas formas constituye la principal modificación de los alimentos crudos.

Por otra parte se requiere reconocer las principales modalidades de cocinar al fuego. Según Picasso<sup>18</sup> *cocer*, es someter a la acción del calor los alimentos sumergidos en un líquido. El *hervido* es una modalidad de la cocción en la que este líquido se pone en ebullición. El *sancochado* consiste en hervir hasta que comience a cocerse el alimento y dejarlo a continuación a medio cocer. *Escalfar* es pasar un alimento por agua o caldo caliente (80 °) sin llegar al punto de ebullición, y estofar es poner en un recipiente la carne cruda a cocer junto con otros alimentos (tubérculos, hortalizas, aceite, vino o vinagre) a fuego lento.

La cocción es una de las formas más recomendadas de cocinar los alimentos, pues aumenta su digestibilidad e incluso su valor nutritivo, como es el caso de las verduras y hortalizas, las cuales al hincharse el almidón, rompe los tabiques celulósicos que lo encierran y pueden de esa forma ser asimilados. La cocción en recipientes herméticos, las ollas de presión, a la par que disminuye el tiempo de cocinado, conserva al máximo las propiedades nutritivas, la riqueza vitamínica y el sabor.

Picasso<sup>18</sup> señala también que, *freír*, consiste en la inmersión de los alimentos en grasa hirviente que pueden ser tanto de origen animal (manteca, mantequilla) como vegetal (aceites, margarinas, mantecas vegetales). Las grasas por la acción del fuego se elevan a alta temperatura, unos 200-230° las animales, y aun mayores (270-290°) los aceites vegetales, produciendo con ello una rápida coagulación de la superficie exterior de los alimentos, quedando el interior relativamente poco transformado. Los almidones se convierten en dextrina y los azúcares se caramelizan. Así mismo experimenta modificaciones la grasa sometida a la acción del fuego, ya que si el calor suave facilita la emulsión de la misma, el calor elevado, como el que se produce durante la fritura produce una ruptura de los enlaces no saturados, originando uniones no saturadas, y produciendo por lo tanto una reordenación de las cadenas fraccionadas. Todas estas modificaciones se incrementan progresivamente al utilizar repetidamente el mismo aceite para freír.

Como existen diferentes modalidades de freír, pueden considerarse los siguientes procedimientos culinarios: *sofreír* es freír ligera o incompletamente un alimento, *saltear* es sofreír en un poco de aceite o manteca agitando la sartén constantemente para impedir que se eleve la temperatura excesivamente, de tal forma que los alimentos se impregnen menos en grasa que friéndolos y se tuesten menos. *Fricasé* es saltear y servir en su jugo, y *rehogar* es pasar rápidamente los alimentos por el fuego con un poco de grasa con el propósito de que se doren.

Todos estos procedimientos, al incorporar grasa, conducen a una digestibilidad más difícil que el cocido, provocando un intenso estímulo de las secreciones biliares y un mayor tiempo de permanencia gástrica.

El mismo autor refiere que, *Asar*, es la exposición del alimento al calor seco. Se usa especialmente con las carnes, lo que produce una coagulación de las albúminas de su superficie que pueden carbonizarse, quedando en cambio su interior bastante crudo con todos sus principios nutritivos. Como

modalidades del asado pueden considerarse: la parrilla, en la que el alimento se expone al calor directo de la brasa; la plancha en la que se coloca sobre una superficie metálica muy caliente; el horneado en el que se coloca a la acción del aire caliente en el interior de un horno.

Por otro lado señala que el tostado consiste en la deshidratación de un alimento por efecto de una fuente de calor para que se ponga crujiente y tome color dorado. Todos estos procedimientos, al fundir la grasa coagulan o chamuscan su superficie y producen disminución de su grado de deshidratación, reducen el peso del alimento. Para un tostado mediano es de un 25% y aumenta la proporción calórica/volumen.

Otros procedimientos culinarios:

Encarta<sup>20</sup> Refiere que Adobar es aderezar carnes o pescados con líquidos o salsas ricas en condimentos para que se impregnen en su sabor. Gratinar es hornear un alimento cubierto de una salsa, queso, harina o pan rayado. Empanar es recubrir la superficie de la carne o del pescado de pan rayado antes de cocinarlo. El baño maría es la cocción indirecta a través de un recipiente con agua hirviendo en el que se introduce otro que contiene el alimento que queremos cocer. Rebozar es cubrir los alimentos con una gacha de harina, huevo o leche antes de freírlos. Escaldar es remojar en agua hirviendo un alimento y desalar es reducir el contenido salino de un alimento dejándolo en remojo durante algún tiempo. Mechar es introducir en las carnes trozos (mechas) de tocino o ajos, antes de cocinarlas. Flamear es rociar un alimento con un líquido alcohólico y después encender el fuego. El puchero es un cocido de carnes y hortalizas que se prepara en una olla de barro, en la que se cuecen lentamente, carne, tocino, legumbres, patatas y hortalizas según diferentes recetas. Escalope es el cocinado de una carne o pescado cortado en lascas finas.

## 2.1.2.-HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS

Los hábitos psicobiológicos comprenden, hábitos, tabáquicos, hábitos alcohólicos y hábitos cafeínicos. Tanto el alcohol, el café como el cigarrillo son consideradas drogas lícitas, las cuales se expenden libremente, aun cuando se haya demostrado que ocasionan daños orgánicos, en su mayoría letales e irreversibles.

### 2.1.2.1.-Hábitos tabáquicos

Proinapsa<sup>21</sup> señala que "El tabaquismo es responsable de gran morbilidad, ocasionando enfermedades pulmonares crónicas, y cáncer pulmonar, enfermedad cerebro vascular y vascular periférica, enfermedad gastrointestinal y úlceras.

Según la Unión Antitabaquica Argentina UATA,<sup>22</sup> el tabaquismo actúa como factor de riesgo independiente de enfermedad coronaria. Se ha logrado identificar 700 sustancias en el cigarrillo, muchas de ellas perjudiciales, como nicotina y monóxido de carbono (los que más se relacionan con enfermedad cardiovascular) carbono, polonio, alquitrán, resinas, fenoles, ácido cianhídrico, entre otros.

El Instituto del Corazón de Texas<sup>23</sup> señala que aunque está demostrado que el tabaquismo acelera la aterogénesis, existen dos observaciones epidemiológicas que no se pueden explicar; el fumar se relaciona más con la muerte súbita y la angina estable, la regresión del riesgo después de dejar de fumar es más rápida de lo que podría explicarse, por la regresión de las lesiones ateromatosas. Esto indica que el hecho de fumar y sus consecuencias, constituyen un proceso reversible y no acumulativo sobre el aparato cardiovascular, independiente de la aterogénesis.

Se han realizado numerosos estudios destinados a conocer cómo el humo del tabaco afecta a la salud humana. Resultados recientes permiten explicar por qué los cigarrillos causan adicción. Un componente del tabaco actúa destruyendo una importante enzima cerebral, la monoaminoxidasa B (MAO-B). Esta enzima resulta esencial para eliminar las cantidades excesivas de dopamina, un neurotransmisor que produce una sensación de placer. Los fumadores tienen niveles bajos de la enzima MAO-B y niveles, más altos de lo normal, de dopamina, lo que parece estimular al fumador a buscar esa sensación agradable que provoca el humo del tabaco.

Según la American Cancer Society<sup>24</sup> otras investigaciones se han destinado a conocer el efecto del humo del tabaco en los fumadores pasivos. Estos estudios parecen indicar que la exposición al humo del tabaco, el cual contiene todos los agentes nocivos inhalados por los fumadores, incrementa la probabilidad de contraer cáncer de pulmón y enfermedades coronarias en los fumadores pasivos. Además, el humo del tabaco puede agravar enfermedades como el asma, la neumonía y la bronquitis, en los fumadores pasivos.

UATA (2002),<sup>22</sup> refiere al respecto que el consumo de tabaco, por sus repercusiones sanitarias, económicas y sociales, representa un serio problema para la salud pública. Fumar no solo es un riesgo para la salud del individuo, sino también para las personas que conviven cotidianamente con el fumador (fumadores pasivos).

Debido a sus efectos sobre la salud, el consumo de tabaco ha sido reconocido como la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible. Somos conscientes de la importancia que tiene la participación activa de los sanitarios en la reducción del hábito tabáquico en la población en general. El papel que desempeñan estos profesionales de la salud en el control de tabaquismo viene dado por las cuatro funciones que desempeñan: modélica, social, de apoyo y educadora. Los profesionales actúan como modelos para la población, debiendo promover estilos saludables de vida. De ahí la importancia de su testimonio sobre lo perjudicial que el consumo de tabaco es para la salud, de si fumara, no hacerlo en aquellos lugares en que pudiera ser visto por sus pacientes, del respeto a los espacios sin humo, o de no permitir que se fume en las salas de espera, y finalmente de no ofrecer ni aceptar tabaco de sus pacientes. En cuanto a la función educadora, debe informar de los riesgos que entraña el consumo de tabaco, sensibilizar a la población de las consecuencias del tabaquismo y de los problemas que para la salud genera el humo ambiental del tabaco.

En definitiva la consideración social de los profesionales sanitarios, en

cuanto expertos de salud, con un profundo conocimiento tanto biológico como de los efectos nocivos del tabaco sobre nuestro organismo les convierte en modelos sociales del comportamiento, constituyéndose en agentes fundamentales para el desarrollo de programas preventivos.

Al respecto Texas Heart Institute<sup>23</sup> sostiene que la mayoría de la gente sabe que fumar aumenta el riesgo de cáncer en pulmón, pero pocos saben que también aumenta apreciablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad vascular periférica (enfermedad de los vasos sanguíneos que riegan los brazos y las piernas) Según la American Cancer Society,<sup>24</sup> más de 400.000 Estadounidenses, mueren cada año de enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Muchas de estas muertes se deben a los efectos del humo del tabaco en el corazón y los vasos sanguíneos.

Según Ascardio<sup>4</sup> las investigaciones demuestran que fumar acelera el pulso, contrae las principales arterias y puede provocar irregularidades en la frecuencia de los latidos del corazón, todo lo cuál aumenta el esfuerzo del corazón. Fumar también aumenta la presión arterial, lo cuál a su vez aumenta el riesgo de un ataque cerebral en personas que sufren de hipertensión. Aunque la nicotina es el agente activo principal del humo del tabaco los otros compuestos y sustancias químicas, tales como el alquitrán y el monóxido de carbono, también son perjudiciales para el corazón. Estas sustancias químicas contribuyen a la acumulación de placa grasa en las arterias, posiblemente por lesionar las paredes de los vasos sanguíneos. También afecta al colesterol y a los niveles de fibrinógeno (un coagulante sanguíneo), aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo sanguíneo que puede provocar un ataque al corazón.

Suárez Sebastián<sup>8</sup> refiere que el cigarrillo produce elevación en la presión arterial, posiblemente a través de la estimulación adrenérgica, su efecto más importante en el paciente hipertenso es la de potenciar su riesgo cardiovascular, un individuo hipertenso tiene tres veces mayor posibilidad de desarrollar enfermedad coronaria que un normotenso, esto se eleva de cuatro a cinco veces sí es fumador.

La mayoría de la gente sabe que fumar aumenta el riesgo de sufrir cáncer de pulmón, pero, pocos saben que también aumenta apreciablemente el riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular, y de enfermedad cardiovascular periférica.

Los individuos fumadores duplican el riesgo de enfermedad cardiovascular y de muerte súbita, ya que en ellos es más frecuente la hipertensión arterial severa. Los beneficios de evitar el consumo de tabaco son imponderables, de allí la necesidad de un buen asesoramiento y educación al paciente para ayudarlo a abandonar este hábito.

LA UATA<sup>22</sup> señala que: el fumar genera una dependencia tan fuerte, como la adicción a la cocaína. El cigarrillo contiene más de 400 agentes irritantes y cancerígenos, no solo son la nicotina y el alquitrán los elementos tóxicos con los cuales fabrican este producto nocivo, “también hay

componentes como la naftalina y el cresol, entre otros. “Sin embargo es posible abandonar el hábito y disminuir el riesgo de enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Para lograrlo recomienda reducir el consumo progresivamente, participar en actividades recreativas, evitar los sitios frecuentados por fumadores, buscar apoyo en los amigos y familiares, consumir mucho líquido y alimentos nutritivos, evitar el café y otros productos con cafeína, mantener un pensamiento positivo. Así mismo es importante buscar ayuda médica para superar el síndrome de abstinencia, caracterizado por nerviosismo, mal carácter, dolores de cabeza, mareos, malestar estomacal y tos.

También es necesario educar a nuestros hijos desde muy jóvenes para evitar que inicien en el tabaquismo, y al resto de la población para evitar convertirse en víctimas ya que de forma habitual se exponen al humo del cigarrillo inhalado por fumadores y pasan a la lista de fumadores pasivos exponiéndose a los mismos efectos del cigarrillo en su organismo, de allí que veamos con naturalidad la esposa o el esposo que fuma pasivamente al lado del compañero, o el hermano, el amigo el compañero y, en el peor de los casos, el hijo, quién sin duda alguna terminará siendo otro fumador.

#### 2.1.2.2.- Hábitos Alcohólicos.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central ampliamente conocido por la universalización de su consumo y sus conocidos efectos tóxicos. Al respecto Pérez Elizabeth<sup>25</sup> refiere que es frecuentemente usado en una de sus formas (isopropílico) como solvente y preservativo de medicamentos y además como desinfectante. Se metaboliza fundamentalmente por vía hepática con un 2-10% de eliminación por vía pulmonar o renal. El etanol se metaboliza por dos vías en el organismo: la primera que es la más importante ocurre en el citoplasma celular por medio de la deshidrogenada del alcohol produciendo un metabolito activo el acetaldehído, la segunda vía se activa ante concentraciones elevadas de alcohol en el plasma (por exposiciones repetidas) y ocurre en el retículo endoplasmático liso por medio del sistema microsomal oxidante del etanol. Estas dos vías dan como resultado la producción de acetaldehído que luego se transforma en acetato.

Según Ziegler y Filer<sup>15</sup> el alcohol tiene efectos directos sobre algunos órganos importantes, que los lleva a presentar trastorno en su funcionamiento, entre ellos señalan que el alcohol en el hígado causa hipertrigliceridemia y lleva a hígado graso.

En el riñón causa aumento de excreción urinaria de magnesio y potasio. En el corazón aumenta la frecuencia y contractilidad cardiaca y predispone a arritmias y aumenta la presión arterial. El consumo diario de excesivas cantidades de alcohol, produce elevación de los triglicéridos plasmáticos, debido a un aumento de VLDL. El exceso lipídico se acumula en los tejidos que metabolizan etanol y ello trae consigo hígado graso, corazón y túmulos renales grasos. El Centro de Investigación Juvenil<sup>26</sup> indica que:

“El Etanol es una droga legal de consumo muy ampliamente difundido en el planeta. El alcohol etílico es alcohol alifático que se obtiene de la fermentación

de diversos granos, frutos y plantas y se encuentra contenido en diferentes proporciones en las bebidas alcohólicas”. Los efectos tóxicos del alcohol mantienen relación con las concentraciones de la sustancia en la sangre, de esta forma cuando el nivel de etanol en sangre no rebasa los 15 mg/100 ml prácticamente no se produce ninguna alteración en el sujeto. Cuando las concentraciones alcanzan los 30 mg/100 ml pocos son los efectos que se observan en las personas que no han desarrollado aún tolerancia al etanol. Si la ingestión continúa, las funciones físicas y cognitivas se alteran, pudiendo llegar al deceso tras el coma, y esto ocurre a dosis de 400 mg/100 ml y la muerte se produce en la mayor parte de los casos cuando el nivel de alcohol en sangre rebasa los 600 mg/100 ml.

Esta sustancia deprime el sistema nervioso central, produciendo signos de embriaguez, como son: confusión del pensamiento, disminución de la agudeza visual, entorpecimiento y lentitud de los reflejos, dificultad para coordinar reacciones reflejas.

El centro de Toxicología del Hospital Central “Dr. Antonio Maria Pineda” de Barquisimeto<sup>27</sup> refiere que la ingesta de alcohol incrementa la presión arterial por aumento de las catecolaminas en plasma haciéndose difícil el control de las mismas en pacientes con ingesta excesiva de alcohol, por lo tanto se debe hacer énfasis en que todo paciente con riesgo de hipertensión arterial o que la padecen debe reducir la ingesta de alcoholes alcohol es proarrítmico.

Texas Heart Institute<sup>23</sup> diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la excesiva ingesta de alcohol superior a dos medidas alcohólicas al día (60-80 grados de etanol), se acompaña de elevación de cifras tensionales más marcadas para la presión sistólica. El efecto presor del alcohol tarda 48 horas en instalarse, mientras que la suspensión de ingesta alcohólica causa un significativo descenso tensional a las 24 horas. Por lo que es necesario que en la anamnesis de una paciente hipertenso se debe consignar la ingesta alcohólica, y si esta es mayor de dos tragos diarios debe iniciar un programa para su reducción.

Arguello<sup>10</sup> refiere que “El alcohol tiene un efecto bifásico sobre la presión arterial, produce un efecto depresor sobre ésta cuando se usa en pequeñas dosis, lo que tiende a inducir vasodilatación periférica y quizás aumenta la excreción renal de sodio y agua. En cantidades más grandes obra como el estrés y aumenta la actividad simpática y el volumen minuto cardíaco elevando así la presión arterial.”

La ingestión de alcohol es importante considerarla debido a las consecuencias irreversibles que causa a nivel de órganos y sistemas, donde el hígado, principal metabolizador de las sustancias, es el que se ve más afectado.

El Centro de Investigación Juvenil<sup>26</sup> menciona que “El hígado es el órgano primariamente afectado por el consumo de etanol. Las alteraciones hepáticas que pueden complicar tanto el síndrome de intoxicación como el de

abstinencia incluyen: La esteatosis hepática, la hepatitis alcohólica y la cirrosis hepáticas”.

#### Teorías psicodinámicas del alcoholismo

Según Freud, citado por Salas,<sup>9</sup> el alcoholismo es la consecuencia de intensas influencias orales durante la infancia, también afirmaba que el alcohol altera los estados de ánimo y los procesos del pensamiento, lo cuál permite que surjan ideas regresivas y que se obtengan gratificación de pensamiento sin relación con la lógica. Por lo tanto el alcohol proporciona una huida de la realidad. Salas (2003), describe que lo fundamental es la inseguridad que se genera en los alcohólicos por el ridículo, las amenazas, los castigos corporales y la degradación de que son víctimas durante la infancia por parte de los padres. El beber alcohol les produce seguridad y aceptabilidad social.

El conflicto consiste en una falta de autoestima aunada a sentimientos de inutilidad e inadaptación, sentimientos que se niegan y reprimen; estos generan necesidad inconsciente de ser cuidados y aceptados. Al respecto Pérez<sup>6</sup> refiere que el alcoholismo, como una enfermedad crónica y una alteración del comportamiento, está caracterizada por la ingesta de alcohol en una proporción que excede las costumbres sociales de la comunidad y que interfiere con la salud del individuo con sus relaciones interpersonales y su modo de vida. Por otra parte también señala que un alcohólico vive 10 a 12 años menos en promedio a uno no bebedor y tiene siete veces más posibilidad de divorciarse o separarse.

Los estudios demuestran que el riesgo cardiovascular es menor en las personas que beben cantidades moderadas de alcohol, que en las personas que ingieren cantidades exageradas de alcohol. El excederse en el consumo de alcohol puede ocasionar problemas relacionados con el corazón. Tales como, Hipertensión. Accidentes cerebrovasculares, latidos irregulares y cardiomiopatías, además las calorías del alcohol aumentan la grasa corporal, lo cual puede a su vez aumentar el riesgo cardiovascular

#### 2.1.2.3.-Hábitos Cafeínicos

Según Robert L. Badgett<sup>28</sup> La cafeína se clasifica como una metilxantina, junto con la teobromina y la teofilina. De estas tres sustancias químicas, la cafeína es la que posee el mayor efecto estimulante sobre el sistema nervioso central y los músculos estriados, así como el menor efecto en el sistema cardiovascular. La absorción de la cafeína es rápida. Sus efectos tardan alrededor de 30 minutos, que es el tiempo en que alcanza su máximo nivel en el torrente sanguíneo. Los efectos máximos en el sistema nervioso central demoran unas dos horas y la duración de los mismos es de cerca de 3 horas y media. Su metabolización es casi completa y apenas el 10% o menos es excretado del cuerpo casi sin modificación. La acción estimulante de la cafeína en el sistema nervioso central se debe a su capacidad para bloquear los neuroreceptores del cerebro a la adenosina. Dado que la adenosina actúa como neuromodulador para liberar neurotransmisores, inhibiendo los efectos sedantes de la adenosina, la cafeína produce estimulación. Dosis bajas de unos 200 mg de cafeína disminuyen el letargo y la fatiga en la mayoría de las

personas. El efecto estimulante en los músculos estriados aumenta la habilidad del cuerpo para realizar labores agotadoras durante lapsos más largos de tiempo. La misma dosis de 200 mg nos mantiene despiertos más tiempo y tiende a perturbar el sueño.

Bertha Sola Valdés<sup>29</sup> refiere al respecto que “la cafeína el estimulante más usado comúnmente, ya que es el producto químico activo del café, el cacao, el té y la coca cola”. La cafeína inyectada es utilizada terapéuticamente para aumentar el ritmo y profundidad de la respiración, cuando otras drogas como la morfina han deprimido el centro respiratorio. La cafeína tiene un fuerte efecto sobre el sistema circulatorio, incluyendo la estimulación del corazón y la dilatación de las coronarias y otras arterias, lo que explica que la cafeína alivie algunos dolores de cabeza.

Los músculos del esqueleto se hacen menos susceptibles a la fatiga, aumentando su capacidad para el trabajo muscular. Tanto la producción de orina como el ritmo del metabolismo basal aumentan, al igual que la secreción de ácido clorhídrico del estómago que ayuda a desarrollar y a mantener las úlceras estomacales. La tolerancia a esta sustancia se desarrolla con el consumo diario y cuando se desarrolla una dependencia, aparecen síntomas como insomnio, inquietud y excitación que si se consume mayor cantidad pueden presentarse distorsiones en la percepción, temblores y alteración del ritmo cardíaco y la respiración.

Al respecto Infante<sup>7</sup> señala que “Hay quienes aseguran que es beneficiosa para deportes de resistencia, dado que al movilizar ácidos grasos, brinda más energía, mientras que otros mantienen la posición de que es más perjudicial, que beneficiosa, porque produce deshidratación, aumenta la presión arterial, produce pérdida de la coordinación, disminuye el apetito, provoca temblores, insomnio, en dosis elevada provoca, nervios, convulsiones, arritmias y hasta la muerte.”

Las bebidas que contienen cafeína son consumidas por un gran número de personas en muchos países diariamente. Es probablemente la droga estimulante de mayor uso a nivel mundial. Se encuentra de forma natural – alcaloide- en el arbusto del café y su consumo es más frecuente como infusión sola o con otras bebidas tales como el chocolate, té y bebidas gaseosas (pepsi-cola y coca-cola).

### 2.1.3.-ACTIVIDAD FÍSICA

#### 2.1.3.1.-Generalidades del ejercicio físico

Arocha<sup>30</sup> señala que “el ejercicio físico tiene determinadas características que le permiten al individuo que lo practica, desarrollar ciertas capacidades físicas, de acuerdo a su propia condición”. Estas son: Isotónico o dinámico, moviendo las articulaciones en todo su arco para que el músculo se contraiga y relaje adecuadamente, permitiendo un buen suministro de oxígeno y una adecuada eliminación de las sustancias de desecho que se acumulan en el músculo como producto de su metabolismo. Isométrico o estático consiste en la contracción de un músculo sin que este altere su longitud, como el sostener

un peso con los brazos, este ejercicio contribuye a desarrollar la hipertrofia muscular. Aeróbico, se realiza en condiciones adversas de oxígeno. Desarrolla el sistema cardiovascular, pero, produce fatiga muscular, por lo tanto no se recomienda en las personas de la tercera edad. Intermitente. Es el ejercicio que debe realizarse por períodos cortos de actividad, seguido por períodos prolongados de reposo para permitir al músculo que se recupere después de una actividad física. El continuo, se realiza sin interrupción hasta el período final, produce fatiga. Submáximo, este ejercicio se realiza previa fijación de las constantes vitales, como la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y electrocardiograma. El Máximo, se realiza sin colocar límites a las constantes vitales. EL lento, se realiza una actividad fuerte en períodos más largos de tiempo, permitiendo mayor recuperación muscular y cardiaca. El Súbito, se realiza una actividad fuerte con gran sobrecarga al sistema muscular y cardiovascular.

#### 2.1.3.2.-Tipos de actividades físicas:

**Aeróbica:** Es la más efectiva, ya que se utilizan los depósitos de grasa. Involucra el movimiento simultáneo de piernas, brazos, y abdomen por un tiempo prolongado (Continuo por más de 20 minutos). Utiliza como fuente de energía la grasa acumulada en todo el cuerpo. Actividades: Caminar, trotar, nadar, montar bicicleta, escalada, aerobics, etc.

**Mixta:** Mas o menos efectiva, no utiliza totalmente los depósitos de grasa Son ejercicios en partes específicas del cuerpo y con movimientos simultáneos del mismo, más de 30 minutos no continuos. Utilizan los azúcares en la sangre y poca grasa almacenada. Actividades; frontón, squash, gimnasia olímpica, fútbol, voleibol, yoga, artes marciales, surf, etc.

**Anaeróbica:** Es la menos efectiva, ya que solo utiliza los azúcares en la sangre para la fuerza muscular y no las grasa depositadas. Son ejercicios en partes específicas del cuerpo, de corta duración y con pausa para tonificar o fortalecer los músculos de forma local. Actividades, pesas, gimnasia reductora, tenis, carrera de velocidad, golf. Soccer, fútbol, básquetbol, voleibol, etc.

En cuanto a los efectos fisiológicos del ejercicio, son innumerables los efectos benéficos del mismo, pues a través de este se puede controlar el peso, fortalecer el corazón y reducir la posibilidad de una muerte prematura por crisis cardíaca. Al respecto Proinapsa<sup>21</sup> señala que los principales efectos del ejercicio son; Aumenta la vascularización coronaria colateral, el Tamaño de los vasos, la eficiencia del miocardio y de la distribución y retorno de la sangre periférica, la capacidad de transporte de electrolitos, la capacidad fibrinolítica del plasma, el contenido de oxígeno de la sangre arterial, la masa de los eritrocitos y el volumen sanguíneo, la función tiroidea, la producción de hormonas del crecimiento, la tolerancia del esfuerzo, la alegría de vivir.

A su vez disminuye las concentraciones séricas de lípidos, triglicéridos y colesterol, la intolerancia a la glucosa, el exceso de tejido adiposo, la adhesividad de plaquetas, la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la reacción neurohormonal excesiva, la tensión asociada al estrés psíquico, la incidencia de infecciones, por cuanto al realizar el ejercicio aumenta la

temperatura, lo cual hace que se destruyan algunas bacterias comunes termolábiles.

Nutrilite,<sup>16</sup> sostiene que, el incluir una rutina de ejercicios constante a un programa de control de peso asegura su éxito, dando más efectividad y permanencia a los resultados deseados. El ejercicio permite crear un déficit mayor entre la energía gastada y la consumida. Mientras la dieta disminuye el consumo de calorías, el ejercicio incrementa el gasto de las mismas.

Así mismo sostiene que el acondicionamiento físico se refiere a un proceso sistematizado, mediante el cual se incrementa la capacidad funcional del organismo. Esto incluye la habilidad del cuerpo de utilizar rápida y efectivamente la grasa como fuente de energía durante el ejercicio aeróbico. La adaptación del organismo hacia su mejor funcionamiento se reduce a través del tiempo y no en forma brusca ni milagrosa. Debido a esto el programa de ejercicios debe ser progresivo, empezando suave y lentamente de lo contrario se produce una respuesta negativa, como lesiones o fatiga. Además esta progresión paulatina permite una óptima adaptación psicológica, así es que el ejercicio se torna en un hábito natural indispensable en la vida de la persona. Por otra parte señala que caminar es probablemente el ejercicio más eficaz y fácil de todos. Una caminata enérgica puede quemar tantas calorías como nadar, montar en bicicleta, bailar o montar a caballo.

La citada publicación también señala que el ejercicio puede ser divertido, participar en clases de aerobics, ir al gimnasio, o a correr, sin exagerar, pues, se debe recordar que el objetivo es ponerse en forma. Estar en forma es un estado que consiste en tener, no sólo, buenas condiciones físicas, si no cultivar hábitos de salud que le hagan sentir bien y le permitan rendir en el trabajo, vida social, deporte, aficiones y familia. En otras palabras sí está en forma puede tener una vida más plena y satisfactoria, puede vivir mejor.

#### 2.1.4.-RECREACIÓN

Se entiende por recreación todas aquellas actividades agradables, realizadas en un ambiente de alegría y diversión. Cuando hablamos de recreación a todos se nos viene a la memoria, los juegos y rondas de nuestra vida infantil, las rechonchas juveniles y/o los juegos con nuestro grupo social, en el peor de los casos esta es entendida como escapismo social y con ella se pretende que olvidemos nuestro día a día y los problemas que nos agobian, viviendo ésta como una alienación más en el sistema imperante.

2.1.4.1.-El tiempo libre como soporte fundamental del recreo humano.

Según Néstor Sánchez<sup>31</sup> en los distintos modos de producción el tiempo se ha dividido en dos esferas amplias, no en orden de importancia. La primera obedece a un tiempo para la supervivencia, dedicado este tiempo y espacio, bien sea a la recolección, a la caza, a la agricultura a las artesanías o a la reproducción en serie, como sucede en las ciudades industrializadas. Este tiempo de acuerdo al modo de producción imperante, ha tenido características

particulares; en nuestro sistema, algunos trabajan para acumular bienes y otros trabajan para poder subsistir.

En un segundo momento, los pueblos se han dedicado a los ritos y conservación de sus costumbres, a sus fiestas, etc. Es claro que el trabajo o espacio para la supervivencia, es también un espacio reproductor de cultura, lo que quiere decir que no es la cultura la que divide estos dos espacios, sino el modo de producción.

El mismo autor refiere que en el tiempo “no productivo”, económicamente hablando, esta manera de recrear la cultura es mucho más evidente. En el modo de producción actual, denominamos al tiempo de trabajo: “tiempo de producción” y al tiempo que no es productivo económicamente, lo denominamos “tiempo libre”. Este es necesario en todos los grupos humanos. Es posible que si no disfrutamos de él, no sea igual que si no empleamos el tiempo de trabajo en lo que deberíamos utilizarlo; pues no sería igual no trabajar y no utilizar el tiempo libre como eso, como tiempo libre. Cada decisión tendría en cada tiempo consecuencias particulares.

Al respecto Jaramillo<sup>32</sup> refiere que en el tiempo libre ejercemos actividades sin sujeción a las mismas; lo que quiere decir que puedo abandonarlas en el momento que desee. Es un tiempo improductivo económicamente hablando, pero productivo desde el punto de vista humano, donde no se producen bienes materiales, pero sí satisfacción y crecimiento personal para quienes participan de estas actividades. Es un espacio más marcado por el placer, que por el hacer. No significa esto, que el tiempo libre es un tiempo siempre enajenador, este determinismo no sería posible de comprobar. El tiempo libre, no se contrapone al tiempo productivo, sino por el contrario se complementan. Es en el tiempo libre, donde se presenta más claramente una manifestación humana, que no ha sido estudiada con cuidado; “El recreo humano” lo describe como un conjunto de manifestaciones culturales placenteras y libres que le permiten a los individuos descanso, recuperar la fuerza de trabajo y diversión.

Lafargue<sup>33</sup> señala que entender el recreo humano como derecho, debe dejar claro que no solo desarrollando la dimensión lúdica de los individuos encontraremos la salida a la encrucijada en la que nos encontramos metidos. Es evidente que una propuesta recreativa abarcaría el ocio como una manifestación del recreo humano, como una posibilidad dentro de muchas otras. De igual forma las propuestas recreativas cobran fuerza en los espacios donde el ocio puede ser ejercido, porque no solo es ocio, es también juego, lectura, danza, música, teatro, encuentro con los amigos, entre otros. No puede reducirse el recreo humano en ocio.

Desde las condiciones actuales, el capitalismo asume que el tiempo es oro, así, no se puede perder tiempo y los individuos, deben estar a todo momento produciendo, por ello no es extraño encontrar algunos que defienden este principio de la alienación. El tiempo desde una perspectiva recreativa, es para la felicidad; así entendemos el horizonte que debe plantearse desde toda actividad recreativa, sea cual fuese su dinámica. Así la recreación tiene la

obligación de posibilitar la expresión en dos dimensiones; la primera en palabras como expresión propia de las ideas, vivencias e historia de los individuos, la segunda en acciones como concreción de estas palabras, de deseos y sueños.

Queda claro que se define como recreo humano, aquellas manifestaciones que se dan más claramente en el tiempo y espacio que queda después de haber cumplido las obligaciones que impone la cultura, el placer, el modo de producción, los compromisos adquiridos que no pueden ser abandonados en el momento en que deseamos. Al respecto señala que en el recreo humano se pueden diferenciar dos esferas: En una primera propondríamos el conjunto de manifestaciones atribuidas a la industria del tiempo libre que crea necesidades y aliena facilitando a las personas olvidar de su entorno, alienarse en el consumo mismo, dejando de reconocer su capacidad transformadora del entorno y el compromiso social con sus congéneres, ayudando así a formar hombres y mujeres que desconocen su realidad y se enajenan con la industria y los sistemas de poder imperantes. Una segunda esfera pasa por reconocer la recreación, como reflexión que pretende entender el recreo humano, buscando generar a partir de sus manifestaciones, técnicas que faciliten el encuentro, la recreación, la libre expresión en actos y palabras. El tiempo de esparcimiento es una necesidad física y mental para poder funcionar apropiadamente en el competitivo mundo moderno.

Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón, que las personas que hacen ejercicio regular. También el estrés puede contribuir a otros factores de riesgo. Una persona que sufra de estrés puede comer más de lo que debe, para confortarse. Puede comenzar a fumar o puede fumar más de lo usual.

## 2.2.-COMPORTAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Posiblemente la definición más conocida y clásica sea la realizada por Watson<sup>34</sup> según la cual la conducta es lo que el organismo hace o dice, incluyendo bajo esta denominación, tanto la actividad externa como la interna, de acuerdo con su propia terminología. Moverse es una conducta, pero también lo es hablar, pensar o emocionarse. Watson no reduce el comportamiento únicamente a la actividad motora o movimientos, sino que admite también la existencia de otros tipos de actividad del organismo, como la emocional.

Según la teoría Watsoniana, todas las formas complejas de comportamiento las emociones, los hábitos, e incluso el pensamiento y el lenguaje se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas. También sostiene que las reacciones emocionales son aprendidas del mismo modo que otras cualesquiera.

Sabemos que la edad más propicia para aprender es durante la

infancia, no obstante, el ser humano a lo largo de su vida debe ser capaz de aprender a desaprender, pues aquello que hemos aprendido, pero que descubrimos que no es favorable, debemos dejar de hacerlo, por nuestro propio bien.

Guevara<sup>11</sup> al referirse al comportamiento considera es toda actividad que realiza un organismo, siempre que ocurra en el mundo físico. En este sentido el comportamiento sería tanto la actividad observable como la no observable, ya se le denomine pensamiento, percepción imaginación, emoción o incluso cognición.

De igual manera Suárez<sup>8</sup> sostiene que el comportamiento implica actividad biológica en cuanto que es actividad ejecutada por un organismo biológico y que toda conducta es a la vez psicológica y orgánica. Un conjunto indivisible que permite analizar al individuo de manera integral.

A las personas enfermas se les explica el proceso de autocuración que se da en su organismo cuando su mente se dispone a trabajar en función de potenciar su sistema inmunológico y disponerlo a luchar contra la enfermedad, hasta vencerla. Funciona entonces como un conjunto mente y cuerpo.

Al respecto Roper<sup>35</sup> ha considerado que la conducta no es solo la acción del organismo, sino la interacción o relación interdependiente de un organismo con su medio. El ser humano forma parte de un ecosistema el cual debe mantener un equilibrio para funcionar armónicamente, por ello la enfermedad entra en este sistema y se instala cuando las condiciones orgánicas han sido afectadas por alteración en ese medio. De allí la importancia de mantener un ambiente sano, libre de contaminación que garantice la permanencia saludable del ser humano, y es el mismo hombre responsable de las condiciones de este medio.

Por su parte Salas<sup>9</sup> señala que el comportamiento o acción es algo más que movimientos, son movimientos organizados o integrados a partir del aprendizaje. Por esta razón, la misma actividad biológica puede formar parte de comportamientos diferentes en la medida que esté relacionada con situaciones o contextos distintos. Se considera que el comportamiento se construye a través de la experiencia, a lo largo de la vida del individuo.

Cada ser humano trae consigo un bagaje de experiencias de su propia educación, su familia, su medio y lo aprendido en cada caso particular se estandariza como "el deber ser". Al comparar la cultura latina con el resto de las culturas, en lo que se refiere a hábitos nutricionales, se nota que la alimentación está dirigida a satisfacer la necesidad de comida y los gustos, por esta razón las mesas se complacen en carbohidratos, grasa y proteínas en cantidades, mientras que las verduras, frutas, hortalizas y cereales no son habituales de la dieta diaria. Se consume lo que gusta, lo que aprendimos en los hogares, más no lo indicado para mantenernos sanos. Igualmente ocurre con el resto de los factores de riesgo cardiovascular, se consume alcohol, café y tabaco como parte de las costumbres, se vive de modo sedentario y esclavos del trabajo como el resto de la sociedad.

### 2.2.1 -PROMOCIÓN DE LA SALUD

Rebolledo<sup>36</sup> define promoción de la salud como aquella que pretende capacitar a las personas para incrementar el control sobre su salud y mejorarla, es un proceso que informa motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables impulsando cambios ambientales.

Por ello es importante que los profesionales de la salud dediquen gran parte del tiempo a inculcar en la población hábitos saludables que lo lleven a adoptar sanos estilos de vida, pues, un gran número de enfermedades se deben a comportamientos insanos. Conseguir estilos de vidas saludables con conductas positivas en cuanto a dieta equilibrada, patrón regular de ejercicio físico, control del estrés abstención del cigarrillo, alcohol y café, son orientaciones urgentes a dar.

Nola Pender<sup>37</sup> en su modelo de promoción de la salud como componente cognoscitivo perceptual, y de comportamiento se refiere a: Importancia de la salud, refiriéndose al lugar que ésta ocupa en la escala de valores de cada individuo. Control de la salud, que tiene que ver un poco con las creencias de las personas, en cuanto a pensar que la salud esta determinada por otros factores o por algunos cambios, el destino o la suerte. Estado percibido de la salud, como la apreciación de cada individuo de su salud corriente. Autoevaluación (subjetiva) Responsabilidad de la salud, aludiendo a las conductas personales en favor de la salud.

Este modelo teórico ha sido utilizado en innumerables investigaciones en enfermería con el propósito de ir modelando teorías e investigaciones sobre conductas promotoras de salud en la población en general y la adopción de hábitos saludables que a su vez favorezcan otros factores en el individuo, familia y comunidad que vayan dirigidos a la preservación del medio ambiente para garantizar la salud y mejorar la calidad de vida. Al referirse a los factores que afectan los comportamientos saludables, hace mención a los factores interpersonales como son: "la influencia de la familia, la escuela , los amigos y los patrones familiares del cuidado de la salud, también refiere que las personas que mas probabilidad tienen en participar en comportamientos saludables son aquellas que cuentan con el apoyo de la familia o amigos y que han crecido en un entorno familiar en el que los comportamientos familiares son valorados".

El entorno juega un papel preponderante en los cambios de actitudes del ser humano, es decir el medio que nos rodea ejerce una fuerza enorme en la conducta asumida en un momento dado. Cuando las personas están rodeadas de afecto en su grupo familiar, de estudio, de trabajo, etc., suelen aceptar la incorporación de nuevas recetas dentro de los hábitos alimentarios, o nuevas ideas en la elección de las actividades de esparcimiento y recreación. La capacidad de compartir con otros es aprendida en el seno de la familia, y la adaptación al cambio se logra mejor en compañía del grupo.

Por su parte Marriner<sup>38</sup> sostiene que: los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.

El individuo sano probablemente no valore en gran medida la salud, pues no ha presentado ningún padecimiento. Tal vez por eso es que la gente asume estilos de vida que no favorecen en lo absoluto al mantenimiento de la salud. Cuando se presenta algún malestar que desequilibra el organismo entonces es cuando se detiene para asumir su responsabilidad. Es un hecho confirmable que las personas que han padecido alguna enfermedad que los ha mantenido hospitalizados o dependientes de tratamientos prolongados para poder vivir se muestran mucho más preocupados y celosos en el cumplimiento de sus regímenes dietéticos y abstención de alcohol, cigarrillo entre otras. Se convierten en fieles cumplidores de los controles médicos, dedicados, en lo que se refiere a la toma de sus medicinas y controles médicos.

Al saber lo importante que es estar sano, el hombre hace todo lo que esté a su alcance para mantener este estado de salud, previniendo la enfermedad y las complicaciones.

La Sociedad Española de Enfermería<sup>39</sup> señala que: la salud es un reflejo de un estilo de vida individual y que el proceso de cambiar el estilo de vida de una persona comprende una serie de etapas que incluyen la fase de apresto o disposición, la fase de toma de decisiones, la de experimentación y reevaluación.

Cuando las personas no entienden la importancia que reviste el tratamiento farmacológico y las orientaciones para poder convivir con alguna enfermedad recién diagnosticada, suele haber cierta dificultad que retarda la recuperación y la adaptación al nuevo estilo de vida que requiere hábitos saludables, y mantiene al paciente en un estado estacionario, que en ocasiones solo se maneja en los centros hospitalarios, creando un impacto negativo y costoso tanto para la familia como para la sociedad; Es por ello las enfermeras como parte del equipo de salud debe acompañar este proceso de adaptación, estimulando y premiando los avances.

Orem<sup>34</sup> señala en sus principios de autocuidado, el cuál demanda la "relación de acciones y/o actividades que realiza una persona por sí misma (cuando puede hacerlo) y que contribuye a la salud". El ser humano tiene la tendencia a autocuidarse, sin embargo, en ocasiones, por desconocimiento, asume actitudes que llevan a pensar que lo que se hace es placentero y eso es lo más importante dejando de lado los efectos nocivos que conllevan a la pérdida de la salud, como es el caso de los hábitos alimentarios, los hábitos psicobiológicos, la inactividad física, el sedentarismo y el stress.

Por su parte la O.P.S<sup>12</sup> define riesgo como la medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El riesgo relaciona la vulnerabilidad al peligro con la exposición al mismo y el comportamiento en sí. Los factores de riesgo son circunstancias o variables asociadas con una mayor probabilidad de ocurrencia de un fenómeno negativo o comportamiento que compromete la salud.

El hombre al conocer lo que le puede ocurrir adoptando conductas desfavorables para su salud, tiene la responsabilidad de asumir un nuevo estilo

de vida que le permita recuperar la salud y sobre todo mantenerla para lograr una vida mas larga y placentera, evitando los factores de riesgo que pueden propiciar un desequilibrio en su estado de salud.

En lo que se refiere al tiempo libre, alejarse del estrés, la rutina y el trabajo es indispensable. De no hacerlo estamos expuestos a enfrentar una serie de desgastes físicos y emocionales, que pueden desencadenar en fatiga, bajo rendimiento, mayores probabilidades de cometer fallos y faltas en el ámbito laboral, pérdida de la tolerancia y problemas familiares producto de la propia fatiga. Por otra parte los beneficios que las vacaciones aportan son: recuperación de las energías para un mayor rendimiento en el trabajo, reducción de las probabilidades de sucumbir ante enfermedades o posibles depresiones producto del agotamiento, acercamiento con la familia y tiempo para las actividades durante las cuáles se siente verdadero placer, para ello se hace algunas recomendaciones:

Libérese de la tiranía. Vacaciones son un período ideal para repara fuerzas durmiendo hasta altas horas de la mañana, pasar horas sin hacer nada...aunque en realidad no se trata de no hacer nada sino de hacer algo diferente a lo habitual. Busque su paz interior. Encuentre el placer de vivir sólo por el gozo de vivir. Disfrute de cada instante sin preocupación. Vaya a lugares donde sienta tranquilidad, regocijo y rodéese de personas que no lo involucren en su habitual rutina. Realice su actividad favorita. Busque espacio para realizar su hobby favorito. Tenís, nadar o sencillamente descansar, si es que esas son sus actividades favoritas. Si su pasión es viajar, anímese y organice recorridos para conocer los lugares turísticos aledaños a su ciudad y si es posible fuera de esta. Redescubra la ciudad: Las vacaciones son ideales para trasnocharse, así que redescubra los lugares nocturnos, y durante el día visite los museos, parques y el cine.

Un tiempo para el cuerpo .Ocúpese de pintarse el cabello, cortarlo, empezar la dieta o la rutina de ejercicios que siempre posterga.

### 2.2.2.-CONOCIMIENTO VS COMPORTAMIENTO

Se ha estimado hasta ahora que el patrón de mantenimiento de la salud está sujeto al conocimiento que tienen las personas de los factores desencadenantes de los procesos patológicos, lo que lleva a pensar que estas personas con conocimiento asumirán conductas favorecedoras de la salud. Sin embargo con cierta regularidad se observa lo contrario, como es que, individuos que conocen de los riesgos a enfermar y las consecuencias de las enfermedades, muestren comportamientos de riesgo para la salud, ya sea ocasionales o como patrones habituales de conducta.

Existe una serie de factores que van a influir en la conducta asumida por el individuo que lleva a determinar el estado de salud de este en un momento dado, por lo que se hace preciso definir el significado de conducta.

García<sup>40</sup> refiere que la conducta que es sinónimo de comportamiento, y este a su vez se define como las acciones que pueden repetirse en ocasiones semejantes. También plantea que las conductas son aprendidas y de carácter personal e involucran una dimensión cultural y están basadas en el conocimiento intelectual, ese modo de comportarse lo refiere al estilo de vida.

El comportamiento del individuo está determinado por normas, valores, nivel educativo, medio laboral, entre otros, que van a influir directa o indirectamente sobre su estado de salud.

Bigge y Hut<sup>41</sup> citados en las teorías del aprendizaje, refieren que el aprendizaje como un cambio permanente en la vida de una persona, no está determinado por la herencia genética y puede ser un cambio en los puntos de vista comportamiento, percepción, motivación o una combinación de todos ellos, por lo tanto es necesario tenerlo en cuenta como un factor fundamental para generar cambios favorables para mantenerse saludable.

### 2.2.3.-HÁBITOS ALIMENTARIOS

Un gran número de cardiopatías está determinado por la aparición de aterosomas en los vasos sanguíneos, lo que lleva a la conclusión de que la dieta es la principal causa de cardiopatías coronarias, por lo tanto es menester educar a las personas para que estas asuman una actitud de autocuidado que les lleve a disminuir la ingesta de grasa en su dieta.

Al respecto Picasso<sup>18</sup> presenta algunas recomendaciones Dietéticas:

Carnes rojas, aves, pescado, granos secos, huevos y nueces: Los alimentos de este grupo son fuentes excelentes de las vitaminas del grupo B, proteína, hierro y zinc.

Leche, yogur y queso: Éstos son una gran fuente de proteína, calcio y fósforo sin embargo, debe mantener las calorías y el colesterol bajo control; escoja productos lácteos bajos en grasa.

Vegetales: son una buena fuente de vitaminas A y C, ácido fólico, hierro y magnesio. Trate de que por lo menos dos de sus raciones diarias sean vegetales de hoja verde.

Frutas: estas contienen abundantes vitaminas A y C, potasio y fibra. Prefiera las frutas frescas y los jugos naturales, los cuales retienen más su valor nutricional que las variedades congeladas o enlatadas, y coma muchos alimentos ricos en vitamina C, tales como frutas cítricas, melones y bayas.

Panes, cereales, arroz y pasta: estos proporcionan carbohidratos, los cuales suministran energía para su cuerpo. Los productos fortificados integrales también tienen ácido fólico.

Grasas, aceites y dulces: use muy poco, controle el consumo de mantequilla, margarina, aderezo para ensaladas, aceite de cocina y postres, debido a que estos alimentos están constituidos en su mayor parte por calorías "huecas" con muy poco o ningún valor nutricional.

Tomando en consideración las pautas presentadas se debe tomar leche y derivados lácteos en cantidades limitadas, excluir los quesos de su alimentación ya que tienen alto contenido de sal, consumir carnes en cantidad moderada y sin grasas.

Las frutas, verduras y cereales no tienen restricción alguna, puede consumir de ellas la cantidad que desee (frijol, lentejas, garbanzos, tomate, banano, papaya, guayaba).

Limitar el consumo de yema de huevo y de productos elaborados como, pastas, harinas, pasteles, bizcochos, tortas, galletas, enlatados: (verduras, frutas, conservas, mermeladas y salsas) también de alimentos industrializados en general, (sardinas, pescados, animales marinos) limitar al máximo o excluir la sal de sus comidas. Adicionar a los alimentos limón, cilantro, perejil, ajo, para hacerlos más agradables.

Excluir los productos de salsamentaria (jamón, mortadela, chorizo, salchichas entre otros) No utilizar el alka-seltzer y evitar las bebidas tipo agua mineral o soda, ingerir agua pura, evitar la ingesta de bebidas alcohólicas, consumir cantidades moderadas de café o té.

Una alimentación balanceada, no comer en exceso alimentos precocinados, fritos y con alto contenido calórico, ricos en grasas animales, aumentar el consumo de verduras, frutas y legumbres, controlar la presión arterial, disminuir el consumo de sal, café, tabaco, alcohol, mantener la relación peso talla, realizar ejercicios de acuerdo a las condiciones físicas de cada persona, acudir al médico anualmente para un chequeo preventivo, controlar las emociones y el stress, dedicar tiempo a la recreación, y al descanso que favorezca un sueño reparador, sonreírle a la vida, mantener buena relación con los semejantes, buscar la paz interna y encontrar a Dios en todo lo que se hace, nos llevara a mantener un buen estado de salud física, mental y espiritual.

Nutrilité<sup>16</sup> señala que: aprender a llevar a cabo buenos hábitos de alimentación para elegir los alimentos, constituye la clave para perder y mantener el peso adecuado y promover la salud al disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, y para ello propone cinco pasos:

a- Examinar los hábitos alimenticios, ya que estos ejercen una influencia en los que comemos, donde lo comemos, y cómo lo comemos. Muchos hábitos alimenticios son tan naturales que ni los reconocemos. b.- Establecer objetivo para cambiar los hábitos alimenticios. Fijar metas realistas y alcanzables. Por ejemplo; quitar el salero de la mesa durante las comidas, cocinar los alimentos a la parrilla o al horno en lugar de freírlos. Reducir las porciones, entre otros. c.- Observar el avance, mantener un gráfico semanal. Este tipo de registro desde el principio hasta el final, constituye una excelente motivación. d.-Premiar los avances. Aunque el cambio de los hábitos alimenticios encierra sus propias recompensas, una mejor salud, más energía, mayor confianza en sí mismo, es agradable premiarse de vez en cuando al alcanzar un objetivo. Un premio puede significar un incentivo para continuar cambiando sus hábitos o un reconocimiento al éxito

e.- Evaluar nuevamente los objetivos según sea necesario. Sí resulta difícil cambiar uno de sus hábitos volver los ojos nuevamente al objetivo inicial. Tratar de determinar porque no esta funcionando el cambio. Al combinar este método, para cambiar sus hábitos, con una actitud positiva y con una determinación para el éxito, logrará una fórmula invencible.

Además es pertinente resaltar que el comportamiento del personal de enfermería para la prevención de factores de riesgo cardiovascular, en este caso guarda relación con la responsabilidad que asume sobre su autocuidado, por ello es determinante su actuación fundamentada en el conocimiento que posee sobre dichos factores.

Tales ideas se refuerzan con lo expresado por Zambrano Amarilis<sup>42</sup> quién en su tesis doctoral denominada “El cuidar de sí como valor en Enfermería” presenta al ser humano como ser único, total, y con derechos inalienables, donde el cuidado es una responsabilidad personal por ser una construcción humana e individual, es imperativo que la persona enfermera busca permanentemente la transformación de conductas, actitudes, creencias personales, sociales y profesionales que le permitan: A) reconocer la salud como resultado positivo de la interacción del ser humano con su entorno B) Identificar la salud y el cuidado como categorías inmanentes del ser humano para conservar su vida .C) valorar que todas las exigencias requeridas para cuidar de otros son igualmente fundamentales para cuidar de sí misma.

Así mismo plantea que el Valor del cuidar de sí en enfermería se basa en la libertad y opción del ser humano como condición inmanente que le permite decidir y autodeterminarse, por lo tanto es un proceso donde la persona se conquiste interiormente y trasciende. Lo que significa, pensar, decir y hacer de acuerdo a su capacidad de razonar, su conciencia y su voluntad. La libertad le favorece la realización de acciones humanas, pero le exige responder por sus consecuencias. Desde el punto de vista ecológico se reconoce que la persona enfermera como ser humano es parte de un entorno natural y debe darle significado al mundo que habita, cuidarlo con esmero, a partir del cuidar de sí, pues de ello depende su existencia y la de las generaciones sucesivas, por cuanto el proceso de la vida se realiza a lo largo del hilo del tiempo.

La citada autora enfatiza que la persona enfermera ha de reconocer que el cuidar de sí es un compromiso consigo misma en cuanto a mantener su salud y bienestar asumir posiciones defender y mantener de su estilo de vida aquellas prácticas que la ayuden a mantenerse sana desde el punto de vista energético, psicosocial y espiritual. Igualmente los facilitadores del proceso formador a cualquier nivel educativo en enfermería han de tener la convicción de cuidar de sí, de tal forma que los discentes pueden evidenciar y asumir conductas transformadoras orientadas al cuidar de sí

Los profesionales de enfermería deben dedicar tiempo, no sólo para

inculcar hábitos de vida saludable, sino también para internalizar la información y apropiarse de ella, atendiendo primero el cuidar de sí, pues, mas educamos modelando que informando, y ya es sabido que dentro del equipo de salud aparece tal discrepancia, se dice y no se hace. Todos los profesionales que integran el equipo de salud estamos llamados a promocionar conductas favorecedoras para prevenir la enfermedad, más aún cuando se trata de factores de riesgo modificables. Mediante esta promoción de la salud se ofrece una amplia información a la población quién a final de cuentas tiene la libertad de escoger que hacer a favor o detrimento de su salud. Es menester señalar que para efectos del presente estudio el factor hábitos alimentarios se refiere a las respuestas dadas por las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Pastor Oropeza de Barquisimeto.

### 3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

*Acondicionamiento aeróbico.* Es la capacidad del cuerpo de tomar y utilizar el oxígeno, para producir energía. Es igual a resistencia aeróbica o cardiovascular.

*Acondicionamiento muscular.* Es la fuerza, (peso o carga) y resistencia (Repeticiones o tanto tiempo sosteniendo la carga) de sus músculos.

*Flexibilidad:* Es la capacidad de flexionar y estirar sus músculos y articulaciones a través de un rango completo o movimiento.

*Conocimiento.* Se refiere a la información que maneja la población en relación a los factores de riesgo cardiovascular.

*Comportamiento,* referido a la conducta asumida por la persona ante los riesgos modificables de enfermedades cardiovasculares.

*Composición corporal:* es el porcentaje de grasa relativo a la masa no grasa o magra.

*Cuidar de sí:* Capacidad que tiene la persona de autocuidarse

*Dislipidemia.* Es el aumento del colesterol, así como de otros valores sanguíneos por encima de sus valores normales.

*Estilo de vida:* Comportamiento asumido por la persona y que repercute sobre su estado de salud.

*Factor de riesgo:* Características o circunstancias detectables de un individuo, familia o comunidad que lo asocia con aumento de probabilidad de padecer, desarrollar o exponerse especialmente al proceso de enfermedad.

*Hábitos Psicobiológicos:* son aquellos, ligados al consumo de sustancias psicoactivas, que se realizan cotidianamente, aceptados socialmente, creando dependencia psíquica y orgánica, en los que se incluye alcohol, café, cigarrillo, entre otros.

### 4.- SISTEMAS DE HIPÓTESIS

#### 4.1- HIPÓTESIS GENERAL:

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificable para enfermedades cardiovasculares referido a: hábitos alimentarios, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación, y

el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en sus factores hábitos alimentarios, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación.

#### 4.2-HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

4.2.1.-Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares referidos a: hábitos alimentarios, y el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en su factor hábitos alimentarios.

4.2.2.-Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares referido a: hábitos psicobiológicos, y el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en su factor hábitos psicobiológico.

4.2.3.-Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares referidos a: actividad física, y el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en su factor actividad física.

4.2.4.-Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares referidos a: recreación, y el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en su factor recreación.

### CAPITULO III

#### MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo comprende el diseño de la investigación, la población y la muestra utilizada en el estudio, conocimiento de los factores de riesgo modificable para enfermedades cardiovasculares y comportamiento para la prevención que tiene el personal de enfermería. Igualmente se hace una descripción del instrumento aplicado, y el grado de confiabilidad del estudio piloto, así como, el procedimiento empleado para la recolección de datos.

##### 1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptivo correlacional.

##### 2.- POBLACIÓN

El universo estuvo conformado por 43 Enfermeras de las Unidades de

Cuidados Intensivos (adultos y pediátrica) del Hospital “Dr. Pastor Oropeza” Barquisimeto Estado Lara.

### 3.- MUESTRA

Estuvo conformada por el 60% de la totalidad de la población lo que equivale a un número de 26 enfermeras, las cuales cumplieron con los siguientes criterios, ser Licenciada o Técnico Superior en Enfermería con entrenamiento en cuidados intensivos y desempeñándose en esta área. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia.

### 4.-INSTRUMENTO

El instrumento para la recolección de los datos se construyó en base al fundamento teórico relacionado con las variables en estudio: La primera variable relacionada con el conocimiento de los factores de riesgo modificable de enfermedades cardiovasculares. La segunda variable referida al comportamiento de la enfermera para prevenir riesgos de enfermedad cardiovascular. El instrumento fue elaborado por el investigador y consta de tres partes, la primera referida a datos demográficos, edad, sexo y nivel de preparación académica. La segunda parte contiene 23 preguntas de opción múltiple con una sola respuesta, destinada a medir el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre hábitos alimentarios, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación. La tercera parte con 23 preguntas en escala del 1 al 5, donde se valora el comportamiento de las enfermeras en cuanto a los hábitos alimentarios, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación.

### 5.-PRUEBA PILOTO

Para validar el instrumento, el mismo fue revisado por la facilitadora de los seminarios de investigación, y el grupo de participantes de la Maestría Cuidado Integral Al Adulto Críticamente Enfermo de la Universidad de Carabobo, con el fin de validar la comprensión, claridad y redacción de los ítems. Además se realizó un estudio piloto con 10 enfermeras intensivistas de la UCI del Hospital “Dr. Pastor Oropeza” de Barquisimeto, que tenían las mismas características de los sujetos muestrales, pertenecientes al turno de la noche, quienes se comprometieron a mantener reservada la información contenida en el cuestionario, a manera de evitar sesgo en la recolección posterior del grupo muestral. Las respuestas obtenidas fueron mantenidas en anonimato y los integrantes de la muestra no firmaron el cuestionario. La confiabilidad y consistencia interna del mismo se realizó aplicando el coeficiente de Alpha de Cronbach, obteniéndose un nivel de confiabilidad de 0,79 para la primera variable y 0,71 para la segunda variable.

### 6.-PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación del instrumento se realizaron los siguientes pasos:

- Se informó al departamento de Enfermería del Hospital “Dr. Pastor Oropeza”, mediante comunicación escrita la intención de la investigación, con la el fin de obtener la aprobación formal para la aplicación del instrumento.
- Se solicitó a las coordinadoras de las unidades de cuidados intensivos del adulto y pediátrico, los turnos de trabajo del personal de enfermería.

- Se solicitó la colaboración de las coordinadoras de las unidades de cuidados intensivos, para la aplicación del instrumento en los diferentes turnos de trabajo.
- Se impartió instrucciones específicas a las enfermeras para llenar el cuestionario.

## 7.- PRUEBAS ESTADÍSTICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico se realizó utilizando como estudio descriptivo el test exacto de Fisher, que mide a través de su cálculo el nivel de la significación por error de azar de las asociaciones evaluadas. El nivel de significación estadístico utilizado fue de menos de 5% ( $P < 0.005$ ). Para su lectura se emplearon las frecuencias absolutas y porcentajes.

Una vez procesada la información se procedió a establecer las características sociodemográficas de la población, expresadas en distribución y frecuencia.

Seguidamente se dan a conocer los resultados de la investigación. A tal fin se realizó el procesamiento de la investigación, comenzando a establecer los factores hábitos alimentarios, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación, así como de sus variables conocimiento y comportamiento, cuyas respuestas de los sujetos muestrales se definieron con los niveles Bajo, Medio y Alto. Utilizando para el nivel bajo el valor de 0 a 33 puntos, para el intermedio de 34 a 67 puntos y el nivel alto de 67 a 100 puntos. Para determinar los niveles se elaboró un indicador combinando los ítems, según el puntaje definido para cada respuesta que resume de acuerdo a los cómputos establecidos las tres categorías mencionadas como niveles. La información procesada se presenta en tablas de asociación y gráficos.

## 8.-LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los diferentes turnos de trabajo, los períodos vacacionales, los permisos y reposos por diversas razones, retrasaron la recolección de la información en el tiempo previsto, así como también el hecho de que las coordinadoras tardaron en devolver las encuestas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación sólo son válidos para la muestra en estudio.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan los resultados estadísticos obtenidos, luego se describe el análisis e interpretación de los resultados, los cuales fueron procesados siguiendo el tratamiento estadístico pertinente de acuerdo a los objetivos propuestos y para la comprobación de las hipótesis formuladas.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan las características demográficas de la muestra opinante, según edad, sexo y nivel académico. Posteriormente se presentan las respuestas a las interrogantes realizadas sobre conocimiento y comportamiento sobre factores de riesgo modificables en enfermedades cardiovasculares.

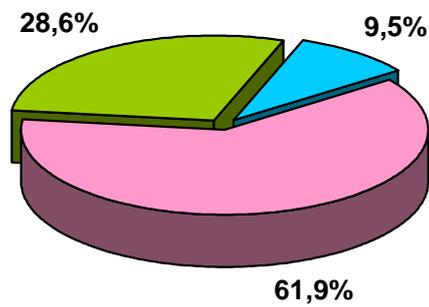
En el factor HÁBITOS ALIMENTARIOS se utilizaron tres niveles (BAJO, MEDIO y ALTO) en términos de la puntuación alcanzada según los valores dados a las respuestas sobre conocimiento y comportamiento. Para los restantes factores HÁBITOS TABÁQUICOS, HÁBITOS ALCOHÓLICOS, CONSUMO DE CAFÉ, ACTIVIDAD FÍSICA y RECREACIÓN se utilizaron categorías dicotómicas (SI y NO) como niveles de conocimiento y de comportamiento. También se presentan las informaciones recolectadas de las conductas específicas que siguen las enfermeras frente a estos factores.

Para establecer la significación de las asociaciones entre conocimiento y conducta se utilizó el TEST EXACTO DE FISHER, que mide a través de su cálculo el nivel de la significación por error de azar de las asociaciones evaluadas. El nivel de significación utilizado fue de menos del 5% ( $p < 0.05$ ).

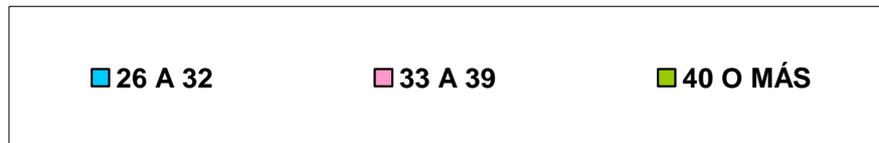
La información se complementa con gráficos estadísticos.

**GRAFICO No. 1.**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
SEGÚN EDAD  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL "DR. PASTOR OROPEZA", I.V.S.S.  
BARQUISIMETO. ESTADO LARA. AGOSTO-DICIEMBRE 2004**



**EDAD (AÑOS)**

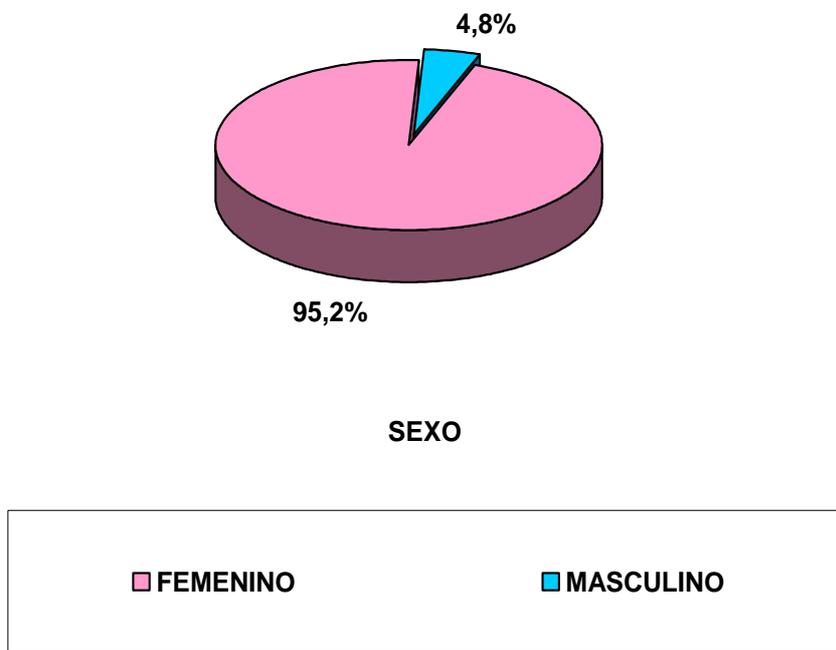


**FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO  
(EDDY LÓPEZ 2004)**

El 9.5%, es decir dos integrantes del personal de enfermería entrevistados, tenían una edad comprendida entre 26 y 32 años, mientras que en la categoría de 33 a 39 años hubo trece integrantes para un 61.9% y, por último, los de 40 años o más fueron seis para un 28.6% de la muestra.

**GRAFICO No. 2.**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN SEXO  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL “DR. PASTOR OROPEZA”, I.V.S.S.  
BARQUISIMETO. ESTADO LARA. AGOSTO-DICIEMBRE 2004**

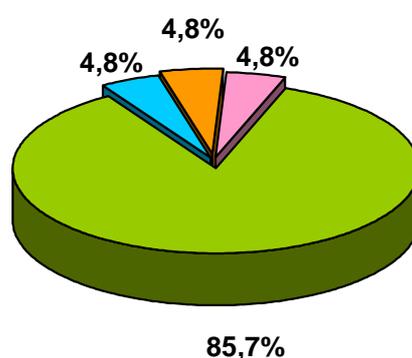


**FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO  
EDDY LOPEZ 2004**

En el personal de enfermería investigado se determinó que el 95.2% eran de sexo femenino, y el 4.8% era masculino.

**GRAFICO No. 3.**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
SEGÚN NIVEL ACADÉMICO  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL "DR. PASTOR OROPEZA", I.V.S.S.  
BARQUISIMETO. ESTADO LARA. AGOSTO-DICIEMBRE 2004**



**NIVEL ACADÉMICO**

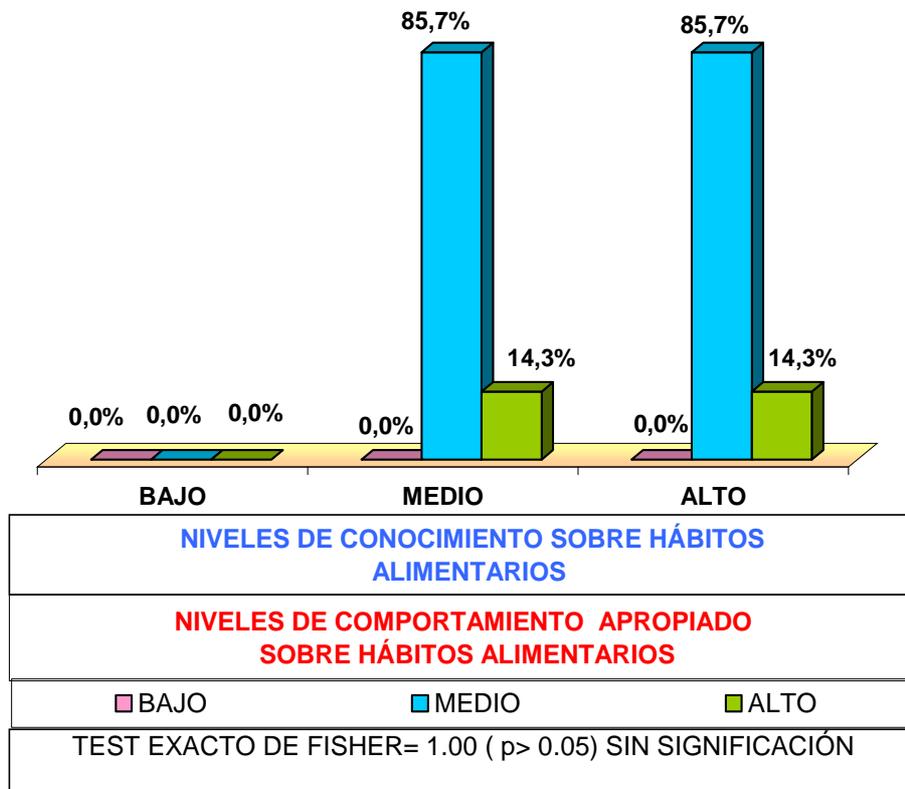
■ LICENCIADO   ■ TÉCNICO SUPERIOR   ■ ESPECIALISTA   ■ OTRO

**FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO  
EDDY LOPEZ 2004**

En el personal de enfermería investigado se determinó que el 85.7% eran licenciados, el 4.8% eran Técnicos Superiores, siendo este porcentaje igual para las categorías de especialista y otro.

GRAFICO No. 4.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RESPUESTAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
SEGÚN NIVELES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO APROPIADO  
SOBRE FACTORES MODIFICABLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR  
(HÁBITOS ALIMENTARIOS)  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL “DR. PASTOR OROPEZA”, I.V.S.S.  
BARQUISIMETO. ESTADO LARA. AGOSTO-DICIEMBRE 2004.**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO  
(EDDY LÓPEZ 2004)

La mayor frecuencia del personal de enfermería, ubicó sus respuestas, con respecto al conocimiento sobre HÁBITOS ALIMENTARIOS como factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares, en el nivel de ALTO con una representación del 66.7%, mientras que el restante 33.3% contestaron en la categoría de nivel MEDIO de conocimiento. En el nivel de comportamiento apropiado, la mayoría expresó tener un nivel MEDIO con un 85.7%, y para el nivel ALTO de comportamiento apropiado aparece el restante con el 14.3 %.

Al observar la relación entre los niveles de conocimiento y comportamiento apropiado sobre HÁBITOS ALIMENTARIOS se determinó,

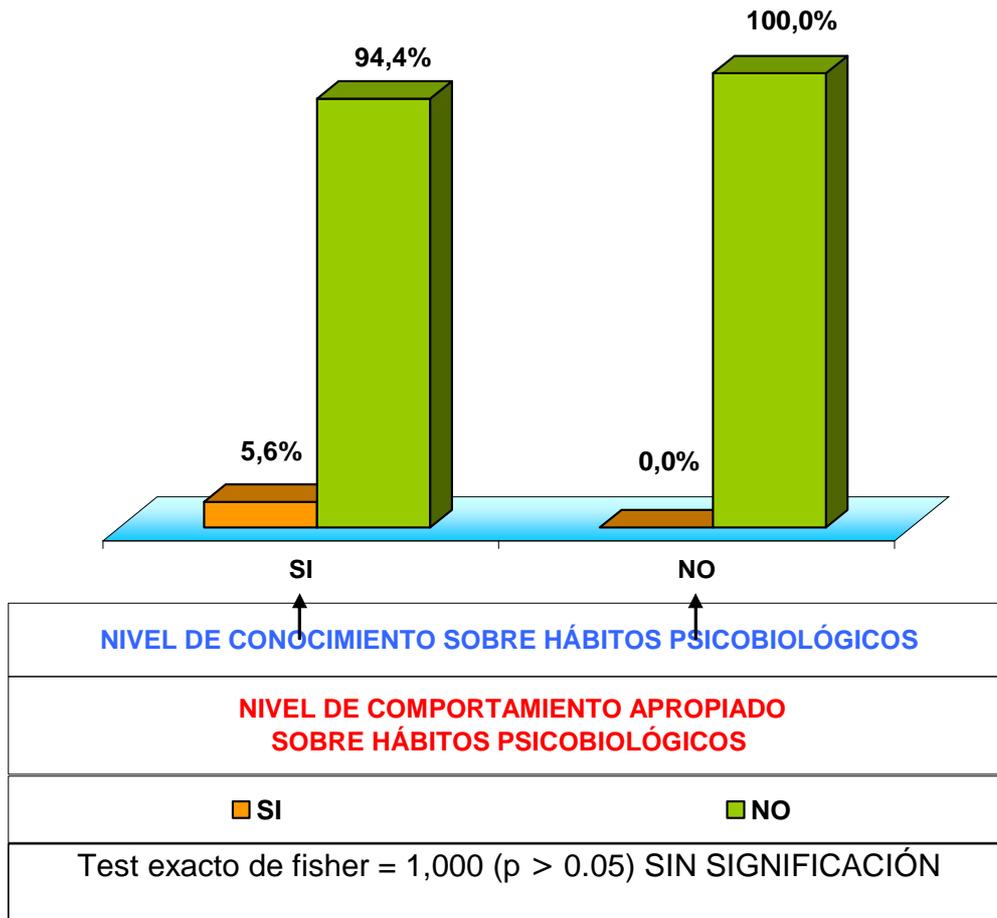
que en el nivel de BAJO conocimiento no hubo respuesta para los niveles de comportamiento apropiado BAJO, MEDIO y ALTO. En el nivel conocimiento MEDIO sobre HÁBITOS ALIMENTARIOS, aparece un 85.7% en el nivel MEDIO de comportamiento apropiado, y el restante porcentaje de 14.3% para el nivel ALTO de comportamiento apropiado. En el nivel de ALTO conocimiento predomina el nivel MEDIO de comportamiento apropiado sobre HÁBITOS ALIMENTARIOS con el 85.7% y el restante 14.3% pertenece al nivel ALTO de comportamiento apropiado.

Las relaciones establecidas entre el nivel de conocimiento y comportamiento apropiado sobre hábitos alimentarios, fueron evaluadas mediante el test de asociación denominado Prueba Exacta de Fisher (sólo se consideraron los niveles con representación existente MEDIOS Y ALTOS), dando como resultado que el valor del Test Exacto de Fisher fuera igual a 1.000 y, por lo tanto, no se encontró una relación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles del conocimiento y comportamiento apropiado con respecto a los HÁBITOS ALIMENTARIOS.

(Gráfico N° 4)

GRAFICO No 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RESPUESTAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
SEGÚN NIVELES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO APROPIADO  
SOBRE FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR  
(HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS)  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL "DR. PASTOR OROPEZA", I.V.S.S.  
BARQUISIMETO. ESTADO LARA. AGOSTO-DICIEMBRE 2004.



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO  
(EDDY LÓPEZ 2004)

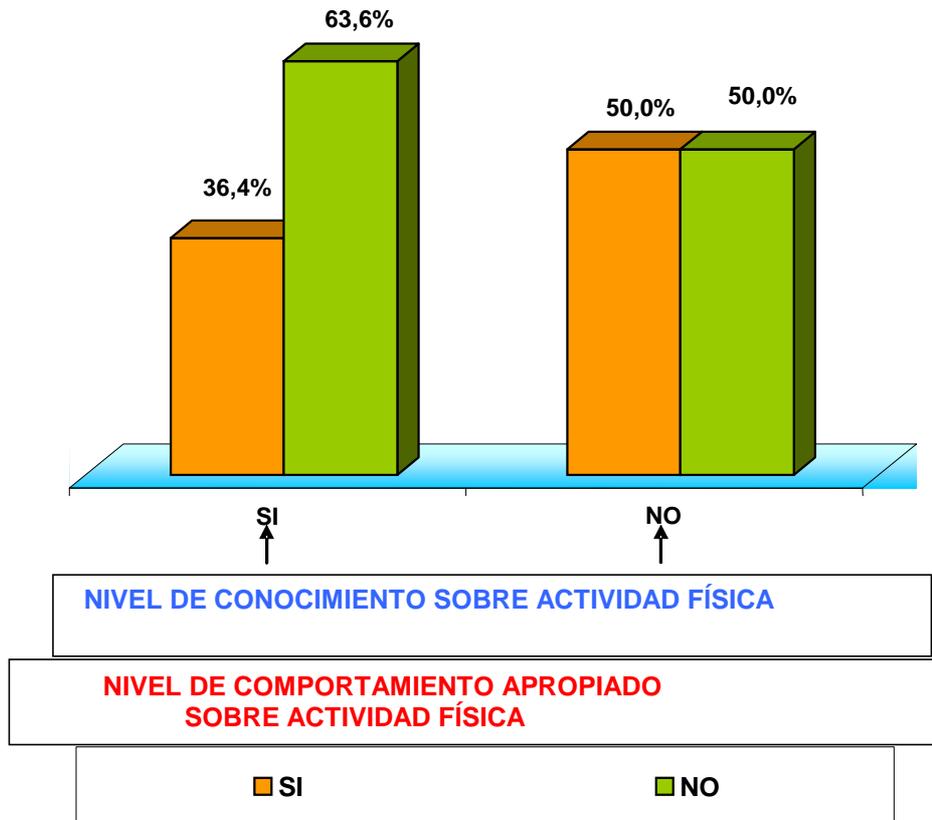
Con respecto al conocimiento expresado por el personal de enfermería investigado en relación a los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS, el 85.7% demostró tener un conocimiento acertado sobre los mismos como factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares, mientras que el restante 14.3% contestó *no* sobre este aspecto. En relación al comportamiento apropiado sobre los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS, sólo el 4.8% lo práctica, mientras que el 95.2% no, lo que significa que este porcentaje de la muestra opinante tiene un comportamiento inadecuado para evitar el riesgo que representa en conjunto los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS.

Al observar la relación entre conocimiento y comportamiento apropiado sobre HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS se determinó, que el personal de enfermería que no tenía conocimiento, (100.0%), tampoco presenta un nivel adecuado de comportamiento con respecto a ellos, mientras que el personal de enfermería que presentaron conocimiento adecuado, (94.4%) no demuestra tener un comportamiento adecuado sobre los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS. El restante 5.6% sabiendo que son factores de riesgo los practican, por lo que su comportamiento es adecuado.

Las relaciones establecidas entre los niveles de conocimiento y comportamiento apropiado de los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS, fueron evaluadas mediante el test de asociación Prueba Exacta de Fisher, dando como resultado que el valor obtenido estadísticamente fuera igual a 1,000 y, por lo tanto, no se determinó una relación significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles del conocimiento y de comportamiento apropiado con respecto a los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS. (Gráfico N° 5)

GRAFICO No. 06

SEGÚN NIVELES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO APROPIAD  
SOBRE FACTORES DE RESGO MODIFICABLE CARDIOVASCULAR  
ACTIVIDAD FÍSICA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL "DR. PASTOR OROPEZA", I.V.S.S.  
BARQUISIMETO. ESTADO LARA. AGOSTO-DICIEMBRE 2004



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO.

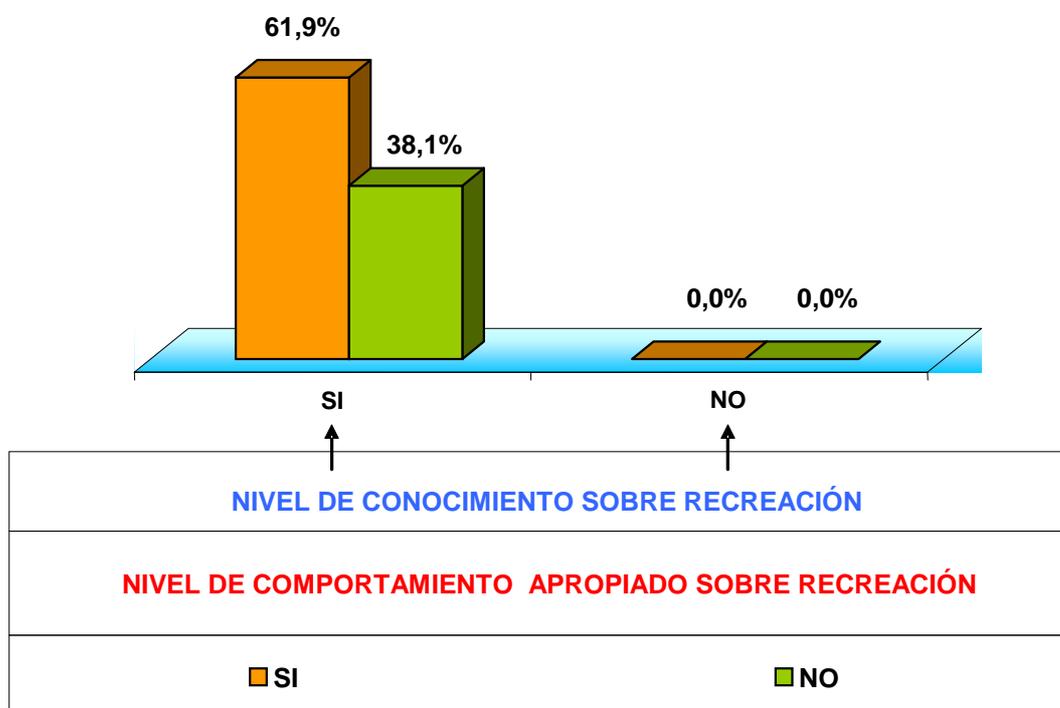
Con respecto al conocimiento expresado por el personal de enfermería investigado en relación al factor ACTIVIDAD FÍSICA, el 52.4% demostró tener un conocimiento acertado sobre éste como factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares, mientras que el restante 47.6 % contestó *no* sobre este aspecto. En relación al comportamiento sobre la actividad física, el 42.9% presentó un comportamiento apropiado ante la actividad física, y el restante 57.1% respondió *no*, para evitar el riesgo que representa la inactividad física para las enfermedades cardiovasculares.

Al observar la relación entre conocimiento y comportamiento apropiado sobre ACTIVIDAD FÍSICA se determinó, que el personal de enfermería tiene el conocimiento, el 36.4% tienen actividad física y el 63.6% no. Mientras que el personal de enfermería que presentaron conocimiento inadecuado, se reparte por igual (50.0%) entre tener y no tener actividad física.

Las relaciones establecidas entre el nivel de conocimiento y conducta apropiada en relación a la actividad física, fueron evaluadas mediante el test de asociación, Prueba Exacta de Fisher, dando como resultado que el valor obtenido fuera igual a 0.6699 por lo tanto, no se determinó una relación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles del conocimiento y de la conducta apropiada con respecto a la ACTIVIDAD FÍSICA. (Gráfico N° 06)

GRAFICO No. 07

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RESPUESTAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVELES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO APROPIADO SOBRE FACTORES MODIFICABLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (RECREACIÓN)  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL "DR. PASTOR OROPEZA", I.V.S.S.  
BARQUISIMETO. ESTADO LARA. AGOSTO-DICIEMBRE 2004.



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO  
(EDDY LÓPEZ 2004)

Con respecto al conocimiento expresado por el personal de enfermería investigado en relación al factor RECREACIÓN, el 100.0% demostró tener un conocimiento acertado sobre éste como factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares. No hubo representación para el conocimiento incorrecto (0.0%). En relación al comportamiento sobre la recreación, el 61.9% presentó una comportamiento apropiado ante la misma, y el restante 38.1% no, lo que influye en evitar el riesgo que representa la ausencia de actividades recreativas para las enfermedades cardiovasculares.

Al observar la relación entre conocimiento y comportamiento sobre la RECREACIÓN se determinó, que del personal de enfermería que tienen el conocimiento, el 61.9%, tienen recreación y el 38.1% no.

La inexistencia de respuestas en la categoría de ausencia de conocimiento (no) implica que no puede realizarse el test de asociación Prueba Exacta de Fisher, por lo tanto no existe la posibilidad de determinar la significación de la asociación entre los niveles de conocimiento y de comportamiento apropiado. Sin embargo, aún con esta limitación de tipo estadístico, se puede asegurar que el nivel de comportamiento adecuado es independiente del conocimiento, pues al tener todo el personal de enfermería el conocimiento sobre el factor recreación, los niveles de comportamiento se ajustan a dicho conocimiento y no a la ausencia de éste, por lo tanto no hay relación entre el nivel de conocimiento (sí, no) y el nivel de comportamiento adecuado (sí, no). (Grafico 07)

CUADRO No.01

CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO SOBRE FACTORES MODIFICABLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

Distribución del personal de enfermería investigado según niveles de conocimiento y comportamiento de las variables en estudio de acuerdo a los resultados de las asociaciones establecidas de los factores investigados.

Unidad de Cuidados Intensivos

Hospital "Dr. Pastor Oropeza", I.V.S.S.

Barquisimeto. Estado Lara. Agosto-Diciembre 2004.

FACTOR	RESULTADOS DE LAS ASOCIACIONES DE NIVELES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO PERTINENTE SEGÚN NIVEL DE SIGNIFICACIÓN
HÁBITOS ALIMENTARIOS	TEF = 1,000 (p > 0.05)
HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS	TEF = 1,000 (p > 0.05)
ACTIVIDAD FÍSICA	TEF = 0.6699 (p > 0.05)
RECREACIÓN	TEF (NO APLICA) SIN ASOCIACIÓN
FACTORES MODIFICABLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	SIN ASOCIACIÓN

TEF = TEST EXACTO DE FISHER

FUENTE: GRAFICO Nº 1 (Eddy López .2004)

Las características de los ítems que constituyen los factores y por ende, las variables, no permitieron considerar en forma agregada los efectos de las relaciones entre los niveles de conocimiento y los de comportamiento adecuado, por lo que la comprobación de la hipótesis general no es posible realizar a través de procedimientos de igual naturaleza. En tal sentido, sólo es factible por deducción lógica, según los resultados obtenidos en las asociaciones de los factores, establecer la relación entre el conocimiento y el comportamiento sobre factores modificables de riesgo cardiovascular. Por lo tanto, si en los cuatro factores que constituyen las variables no se presentó en ninguno (como se puede observar en el cuadro anterior) una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de comportamiento adecuado, es lógico suponer y, hasta asegurar de hecho, que tampoco hay una asociación entre el conocimiento y el comportamiento sobre los factores

modificables de riesgo cardiovascular, conduciendo esta conclusión a rechazar la hipótesis general planteada en el presente trabajo.

OREM<sup>38</sup> señala en sus principios de autocuidado, el cuál demanda la relación de acciones y/o actividades que realiza una persona por sí misma (cuando puede hacerlo) y que contribuye a la salud.

El ser humano tiene la tendencia a autocuidarse, sin embargo, en ocasiones, por desconocimiento, asume actitudes que llevan a pensar que lo que se hace es placentero y eso es lo más importante dejando de lado los efectos nocivos que conllevan a la pérdida de la salud, como es el caso de los hábitos alimentarios, los hábitos psicobiológicos, la inactividad física, el sedentarismo y el stress.

Zigler<sup>15</sup> reconoce que la salud es el reflejo de un estilo de vida individual y que el proceso de cambiar el estilo de vida de una persona comprende una serie de etapas que incluyen la fase de apresto o disposición, la fase de toma de decisiones, la de experimentación y reevaluación.

Las conductas poco saludables, como el tabaco, el alcohol, o el comer demasiado y mantenerse en un estado de sedentarismo, son hábitos utilizados para escapar de los problemas, pero esto no los resuelve, por el contrario tiende a crear más problema, lo que aumenta el grado de stress.

La actitud es lo que determina lo que logramos en la vida y esta actitud es un reflejo de la autoestima, que no es más que la confianza y satisfacción en sí mismo. Por eso es muy importante pensar y fijar en la mente la imagen de lo que quiere a manera de que los hábitos cambien casi naturalmente hacia el objetivo.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se interpretaron los resultados en cuanto a características de la muestra en estudio tales como: edad, sexo, nivel académico, además de los resultados estadísticos, relacionados con las hipótesis específicas y general.

### 2.1.-CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La distribución de la muestra según la edad (Grafico N° 1), se encontró que el 9.5%, es decir dos integrantes del personal de enfermería entrevistados, tenían una edad comprendida entre 26 y 32 años, mientras que en la categoría de 33 a 39 años hubo trece integrantes para un 61.9% y, por último, los de 40 años o más fueron seis para un 28.6% de la muestra. En lo referente al sexo (Grafico N° 2) en el personal de enfermería investigado se determinó que el 95.2% eran de sexo femenino, y el 4.8% era masculino. En lo que respecta al nivel académico alcanzado (Grafico N° 3) En el personal de enfermería investigado se determinó que el 85.7% eran Licenciados, el 4.8% eran Técnicos Superiores, siendo este porcentaje igual para las categorías de especialista y otro.

### 2.2.-HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 1

En relación a la hipótesis específica N° 1, en la cuál se plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares referido a: hábitos alimentarios, y el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en su factor hábitos alimentarios.

Al observar la relación entre los niveles de conocimiento y comportamiento apropiado sobre HÁBITOS ALIMENTARIOS se determinó, como se puede observar en el GRAFICO 04 que en el nivel de BAJO conocimiento no hubo respuesta para los niveles de comportamiento BAJO, MEDIO y ALTO, en el nivel conocimiento MEDIO sobre HÁBITOS ALIMENTARIOS, aparece un 85.7% en el nivel MEDIO de comportamiento apropiado, y el restante porcentaje de 14.3% para el nivel ALTO de comportamiento apropiado. En el nivel de ALTO conocimiento predomina el nivel MEDIO de comportamiento apropiado sobre HÁBITOS ALIMENTARIOS con el 85.7% y el restante 14.3% pertenece al nivel ALTO de comportamiento apropiado.

Las relaciones establecidas entre el nivel de conocimiento y comportamiento apropiado sobre hábitos alimentarios, fueron evaluadas mediante el test de asociación denominado Prueba Exacta de Fisher (sólo se consideraron los niveles con representación existente MEDIOS Y ALTOS), dando como resultado que el valor del Test Exacto de Fisher fuera igual a 1,000 y, por lo tanto, no se encontró una relación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles del conocimiento y del comportamiento apropiado con respecto a los HÁBITOS ALIMENTARIOS.

Nutrilite<sup>16</sup> señala que aprender a llevar a cabo buenos hábitos de alimentación para elegir los alimentos, constituye la clave para perder y mantener el peso adecuado y promover la salud al disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, sin embargo, en el caso de esta investigación, los resultados demuestran que el nivel de comportamiento apropiado es independiente del nivel de conocimiento, esto se puede deber a la hegemonía que ejercen los patrones culturales de alimentación en nuestras comunidades, aun teniendo los conocimientos.

En este caso las enfermeras investigadas, aun cuando poseen niveles de conocimiento aceptable, según la frecuencia presentada en los niveles estipulados en cuanto a los hábitos alimentarios, no se corresponden con la variación esperada en el nivel de comportamiento apropiado establecido operacionalmente. Por lo que se debe concluir que el personal de enfermería aun cuando posee un conocimiento adecuado, su comportamiento está más influenciado por factores culturales, los cuales están inmersos en su aprendizaje sobre hábitos alimentarios.

La inexistencia de la relación entre las dos variables en estudio, es considerada por el escaso valor del Test Exacto de Fisher, que resultó ser igual a 1,000, positivo pero sin significación estadística ( $p > 0.05$ ). Por lo que se rechaza la Hipótesis N° 1.

### 2.3.-HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 2

En relación a la hipótesis específica N° 2 en la cual se plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares referido a: hábitos psicobiológicos, y el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en su factor hábitos psicobiológicos.

Con respecto al conocimiento expresado por el personal de enfermería investigado en relación a los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS, como se pudo observar en el cuadro 5, el 85.7% demostró tener un conocimiento acertado sobre los mismos como factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares, mientras que el restante 14.3% contestó erróneamente sobre este aspecto. En relación al comportamiento apropiado sobre los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS, sólo el 4.8% lo practica, y el restante 95.2% no lo hace, esto significa que tiene un comportamiento inapropiado para evitar el riesgo que representa en conjunto los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS. Al observar la relación entre conocimiento y comportamiento sobre HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS se determinó, como se puede observar en el grafico No 5, que el personal de enfermería que no tenía conocimiento, es decir, el 100.0%, no presenta un nivel adecuado de comportamiento con respecto a ellos. Mientras que el personal de enfermería que presentaron conocimiento adecuado, es decir, el 94.4% no demuestra tener un comportamiento adecuado sobre los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS. El restante 5.6% sabiendo que son factores de riesgo no los practican, por lo que su comportamiento es adecuado.

Según los resultados obtenidos en esta investigación, en relación a la hipótesis planteada demuestran que las personas aun teniendo el conocimiento de lo nocivo que resulta el cigarrillo, el alcohol y el café, insisten en asumir comportamientos contrarios a los que conoce, los cuales desfavorecen su nivel de salud. El personal de enfermería debe concienciar la importancia de autocuidarse, así como modelar estilos de vida saludables acordes al conocimiento que posee y su experiencia en el manejo de enfermedades cardiovasculares en las unidades de cuidados intensivos, donde han dedicado gran parte de su vida profesional.

En cuanto al cuidado de sí misma Orem<sup>34</sup> señala en sus principios de autocuidado, acciones y/o actividades que realiza una persona por sí misma (cuando puede hacerlo) y que contribuye a la salud. Watson, por su parte refiere al respecto que “La práctica del conocimiento integra al conocimiento biofísico con el de la conducta humana para generar o promover la salud.” Es por ello que enfermería tiene el compromiso profesional de impartir información, reforzar conductas pertinentes, necesaria para el autocuidado de los individuos.

Las relaciones establecidas entre el nivel de conocimiento y la práctica de los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS, fueron evaluadas mediante el test de asociación denominado Prueba Exacta de Fisher, dando como resultado que el valor obtenido fuera igual a 1,000 y, por lo tanto, no se determinó una relación significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles del conocimiento y de comportamiento apropiado con respecto a los HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS lo que nos lleva a rechazar la hipótesis específica nº 2.

#### 2.4.-HIPÓTESIS ESPECÍFICA Nº 3

En relación a la hipótesis específica Nº 3 en la cual se plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares referidos a: actividad física, y el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en su factor actividad física.

Al observar la relación entre conocimiento y comportamiento apropiado sobre ACTIVIDAD FÍSICA se determinó, como se puede observar en el cuadro No. 06, que del personal de enfermería investigado que tienen el conocimiento, el 36.4% tienen actividad física y el 63.6% no. Mientras que el personal de enfermería que presentaron conocimiento inadecuado, se reparte por igual (50.0%) entre tener y no tener actividad física.

Según Proinapsa<sup>31</sup> el ejercicio físico tiene determinadas características que le permiten al individuo que lo practica, desarrollar ciertas capacidades físicas, de acuerdo a su propia condición. Son innumerables los efectos benéficos del ejercicio, pues a través de este se puede controlar el peso, fortalecer el corazón y reducir la posibilidad de una muerte prematura por crisis cardíaca. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que el personal de enfermería teniendo el conocimiento suficiente

para adoptar estilos de vida que garanticen el mantenimiento de su salud y prevengan los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares, hace caso omiso a su base cognitiva y adopta comportamientos que no solo descartan el beneficio planteado, sino que aumentan los riesgos, pues, es sabido por todos que la inactividad favorece la obesidad, el sedentarismo la hipercolesterolemia y muchos otros factores nocivos que incrementan los riesgos cardiovasculares

Las relaciones establecidas entre el nivel de conocimiento y el nivel de comportamiento apropiado en relación a la actividad física, fueron evaluadas mediante el test de asociación denominado Prueba Exacta de Fisher, dando como resultado que el valor logrado fuera igual a 0.6699 por lo tanto, no se determinó una relación significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles del conocimiento y de la conducta apropiada con respecto a la ACTIVIDAD FÍSICA lo cual rechaza la hipótesis N° 3

#### 2.5.-HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 4

En relación a la hipótesis específica N° 4 en la cual se plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares referidos a: recreación, y el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en su factor recreación.

Al observar la relación entre el conocimiento y el comportamiento sobre la RECREACIÓN determinó, como se puede observar en el grafico No. 07, que del personal de enfermería que tienen el conocimiento, el 61.9%, disfruta de recreación y el 38.1% no. Estos resultados no coinciden con lo planteado por Jaramillo<sup>32</sup> cuando al hacer referencia al tiempo libre señala que el tiempo de esparcimiento es una necesidad física y mental para poder funcionar apropiadamente en el competitivo mundo moderno. El tiempo libre es necesario en todos los grupos humanos. Es posible que sí no disfrutamos de él, no sea igual que sí no empleamos el tiempo de trabajo en lo que deberíamos utilizarlo; pues no sería igual no trabajar y no utilizar el tiempo libre como eso, como tiempo libre. Cada decisión tendría en cada tiempo consecuencias particulares. Por otra parte señala que “El recreo humano” puede describirse como un conjunto de manifestaciones culturales placenteras y libres que le permiten a los individuos descanso, recuperar la fuerza de trabajo y diversión. Las enfermeras deben respetar el tiempo de vacaciones tanto como el de la jornada de trabajo, ya que cada uno de ellos esta dedicado alcanzar logros específicos.

La inexistencia de respuestas en la categoría de ausencia de conocimiento (no) implica que no puede realizarse el test de asociación denominado Prueba Exacta de Fisher, por lo tanto no existe la posibilidad de determinar la significación de la asociación entre los niveles de conocimiento y de comportamiento. Sin embargo, aún con esta limitación de tipo estadístico, se puede asegurar que el nivel de comportamiento apropiado es independiente del conocimiento, pues al tener todo el personal de enfermería el conocimiento sobre el factor recreación, los niveles de comportamiento se ajustan a dicho conocimiento y no a la ausencia de éste, por lo tanto no hay relación entre el

nivel de conocimiento (sí, no) y el nivel de comportamiento adecuado (sí, no) Por lo que se rechaza la hipótesis específica nº 4.

## 2.5.-HIPÓTESIS GENERAL

En relación a la hipótesis General, la cual se plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que posee el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, sobre los factores de riesgo modificable para enfermedades cardiovasculares referido a: hábitos alimentarios, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación, y el comportamiento asumido por este, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en sus factores hábitos alimentarios, hábitos psicobiológicos, actividad física y recreación.

Las características de los ítems que constituyen los factores y por ende, las variables, no permitieron considerar en forma agregada los efectos de las relaciones entre los niveles de conocimiento y los de comportamiento apropiado, por lo que la comprobación de la hipótesis general no es posible realizarla a través de procedimientos de igual naturaleza. En tal sentido, sólo es factible por deducción lógica, según los resultados obtenidos en las asociaciones de los factores, establecer la relación entre el conocimiento y el comportamiento sobre factores modificables de riesgo cardiovascular. Por lo tanto, si en los cuatro factores que constituyen las variables no se presentó en ninguno (como se puede observar en el cuadro N° 01) una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de comportamiento apropiado, es lógico suponer y, hasta asegurar de hecho, que tampoco hay una asociación entre el conocimiento y el comportamiento sobre los factores modificables de riesgo cardiovascular, conduciendo esta conclusión a rechazar la hipótesis general planteada en el presente trabajo.

Se ha estimado hasta ahora que el patrón de mantenimiento de la salud está sujeto al conocimiento que tienen las personas de los factores desencadenantes de los procesos patológicos, lo que nos lleva a pensar que estas personas con conocimiento asumirán conductas favorecedoras de la salud. Sin embargo con cierta regularidad observamos lo contrario, como es que, personas que conocen de los riesgos a enfermar y las consecuencias de las enfermedades, muestren comportamientos de riesgo para la salud, ya sea ocasionales o como patrones habituales de conducta.

En consecuencia se requiere que el personal de enfermería asuma actitudes favorables para proteger su salud, tales ideas se apoyan en lo dicho por Rebolledo<sup>36</sup>, quién considera que la promoción de la salud pretende capacitar a las personas para incrementar el control sobre su salud y mejorarla, es un proceso que informa motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables propulsando cambios ambientales.

Por su parte Zambrano Amarilis<sup>42</sup> plantea que el valor del cuidar de sí en enfermería se basa en la libertad y opción del ser humano como condición inmanente que le permite decidir y autodeterminarse, por lo tanto es un proceso donde la persona se conquista interiormente y trasciende. Lo que

significa, pensar, decir y hacer de acuerdo a su capacidad de razonar, su conciencia y su voluntad. La libertad le favorece la realización de acciones humanas, pero le exige responder por sus consecuencias. Se constituye también en la primera responsabilidad de la persona enfermera, quién ha de tener una visión clara del significado de cuidar de otros para mantenerse en condiciones saludables y coparticipar eficazmente en el cuidado de las personas, bajo su responsabilidad. La unicidad de la persona enfermera se identifica en la comunicación interpersonal con otro ser humano, cuyo encuentro ha de vivirlo con interioridad en el sentido de: escuchar su solicitud, responderle y comprometerse con el en un sentido de responsabilidad genuina que surge del corazón y de sus propios sentimientos. El subsistema de enfermería en los programas de salud ha de tomar en cuenta que la persona enfermera es un ser racional por su inteligencia, su razón y su lógica, pero además posee otra dimensión: la irracional la cuál se denota en el compromiso total de la persona y su convicción con ideologías (religiosas, políticas, educativas, sociales, etc.), con la vocación y la fé.

Los profesionales de enfermería deben dedicar tiempo, no solo para inculcar hábitos de vida saludable, sino también para internalizar la información y apropiarse de ella, atendiendo primero el cuidar de sí, pues, mas educamos modelando que informando, y ya es sabido que dentro del equipo de salud aparece tal discrepancia, se dice y no se hace. Todos los profesionales que integran el equipo de salud están llamados a promocionar conductas favorecedoras para prevenir la enfermedad, más aún cuando se trata de factores de riesgo modificables. Mediante esta promoción de la salud se ofrece una amplia información a la población quién a final de cuentas tiene la libertad de escoger que hacer a favor o detrimento de su salud.

Los profesionales de la salud deben dedicar gran parte del tiempo a inculcar hábitos saludables que lo lleven a adoptar sanos estilos de vida en la población pues, un gran número de enfermedades se deben a comportamientos insanos. Conseguir estilos de vidas saludables con conductas positivas en cuanto a dieta equilibrada, patrón regular de ejercicio físico, control del estrés abstención del cigarrillo, alcohol y café, son orientaciones urgentes a dar, y lo que es más urgente aun la necesidad de modelar como profesionales de salud.

### 3.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos no concuerdan con lo estipulado en las hipótesis específicas ni en la general, contrariamente a lo esperado, los datos confirman que el personal de enfermería a pesar de tener un elevado conocimiento (al menos en los términos en que fueron interrogados), el comportamiento adecuado en la práctica de los hábitos alimentarios y psicológicos, la actividad física y la recreación no está acorde con lo que dicen saber de ellos como factores modificables de riesgo ante las enfermedades cardiovasculares.

La literatura revisada afirma que existe una asociación que entre lo que se sabe y lo que se hace, al menos en la materia que ocupa esta investigación,

pero lo obtenido en este trabajo es totalmente contrario a lo que ahí se expresa. Entonces, cabe preguntarse: ¿qué posibles explicaciones puede haber para que la información conseguida y analizada dé como resultado todo lo opuesto, y aún más en un grupo de sujetos de ambos sexos que constituyen un personal de enfermería activo que se desempeña en una institución de salud? Las explicaciones probables no pueden ser otras que las relacionadas con un aprendizaje formal no reforzado por patrones culturales y sociales, unidos estos a las condiciones de trabajo y a la valoración que hacen los sujetos de su salud, sus expectativas de vida, así como la importancia que tiene la institución y la sociedad en donde se desempeñan. Aunque todas las posibles explicaciones que se pueden enunciar, son de carácter tentativo se procede a su presentación como una forma de aclarar la no comprobación de las hipótesis planteadas.

Aunque en Venezuela existe un sistema educativo formal, suficientemente analizado y estructuralmente bien definido, inclusive puede decirse que actualizado en la mayoría de los temas de la salud, es bien conocido el poco impacto que tiene el mismo sobre la conducta que asumimos frente a la prevención de las enfermedades y disminución de los riesgos, en los aspectos que fueron considerados en relación a las enfermedades cardiovasculares. La alimentación, por ejemplo, que se nos ofrece desde temprana edad, está enmarcada más en costumbres populares con base a la transmisión oral de los beneficios que ciertos alimentos tienen para el desarrollo del niño o la niña. Sin dejar de lado, las creencias también sobre una infinidad de brebajes y plantas que medicinalmente se le atribuyen erróneamente la posibilidad de curar diarreas, dolor de oídos, fiebre, erupciones, etc. Así, que con el correr del tiempo los beneficios que propulsan los mensajes y el conocimiento sobre la buena y adecuada alimentación como base de una salud sólida, no surten mucha influencia para el cambio de hábitos cuando los individuos llegan a su madurez y son responsables de sus actos. Nuestra cultura es muy laza en términos de influenciarnos con buenos hábitos alimentarios. Hay infinidad de expendios de comida que para empezar no cumplen con las mínimas normas sanitarias, y si a esto se une el bajo poder adquisitivo del venezolano en general, así, como el acceso a los expendios de alimentos y de comida preparada que cumplan con los estándares adecuados para una buena alimentación está severamente limitado. Por otra parte, si se menciona ya el caso del personal de enfermería, en general, éste transcurre durante su vida activa como profesional gran parte de su tiempo en instituciones donde existen, al menos en el sector público, servicios de alimentación sumamente deficientes, por lo que se ven obligados a acudir a cafetines, tarantines improvisados, donde los alimentos ahí expendidos son elaborados con pocas normas higiénicas y preparados de manera muy alejada a los criterios de una alimentación sana. Tenemos el consabido ejemplo de la arepa frita, los perros calientes, las hamburguesas, refrescos, dulces, etc., que como elementos de comida rápida ya se sabe los efectos dañinos para la salud. Así, que por mucho que se sepa en cuanto a la buena alimentación, no sólo el personal de enfermería investigado descarta los consejos obtenidos en el aprendizaje de la carrera sino que también se le facilita o se ve empujado por las condiciones del trabajo a alimentarse deficientemente, esto sin considerar los gustos y costumbre que cada quién tiene sobre las preferencias

alimenticias.

En cuanto a los hábitos psicobiológicos en cuestión al ser tratados en conjunto se pudo apreciar el efecto agregado de lo establecido por separado, es decir, los hábitos tabáquicos, alcohólicos y cafeínicos. El personal de enfermería investigado, salvo en los hábitos tabáquicos, ingiere alcohol y café como cualquier persona que no haya pasado por una escuela de enfermería. Puede considerarse entonces que con el alcohol y el café, los sujetos han adquirido ya estos hábitos a temprana edad (el café desde la infancia y el alcohol durante la adolescencia. Con el tabaquismo, ha habido desde hace años campañas de promoción para su rechazo desde hace muchos años, y ya al menos en la población adulta en nuestro país se ha visto reducir el consumo del cigarrillo, así mismo, el ministerio de salud y desarrollo social tiene prohibido fumar en los servicios de salud, y aunque esta norma no se cumpla cabalmente, se puede decir que ha habido grandes avances por respetarla, inclusive los pacientes y visitantes. También es cierto, que las campañas sobre el daño que causa el cigarrillo están mucho más difundidas, y con mayor profundidad en el mensaje que lo que causa. Por otra parte, el consumo del alcohol en términos de problemas de salud y como droga que afecta el comportamiento responsable de los individuos en la sociedad, así como patrones culturales del venezolano está inmerso el hábito alcohólico, pues desde temprana edad, en cualquier reunión social el licor abunda incluso por encima de los alimentos y hasta de la misma música, ya que muchas reuniones con espíritu social se realizan con el sólo propósito de ingerir alcohol. Las enfermeras y enfermeros no escapan de esta realidad social y cultural. Muchas veces en los mismos centros de salud sean ambulatorios, hospitales, etc., se celebran festividades (cumpleaños, día de la enfermera, aniversarios de la institución) con la presencia de la alcohol, a veces permitida y estimulada por las mismas autoridades. No se hace el mismo énfasis para prohibir el consumo de alcohol como se hace para el prohibir el hábito de fumar dentro de la institución de salud.

En cuanto a la actividad física está hoy por hoy cobrando una mayor presencia en las personas como un factor favorable para disminuir los riesgos de muchas enfermedades, en especial las de tipo cardiovascular. Sin embargo, todavía no es un hábito arraigado en la población como en otros países. Para el personal de enfermería que ha recibido suficiente y buena información sobre los beneficios de la actividad física, en los términos antes descritos como elemento de prevención de enfermedades, se le hace difícil por el excesivo y agotante trabajo que realizan que dispongan de energía suficiente como para cumplir con un moderado programa de actividad física. Se debería implementar, casi obligatoriamente como lo hacen las empresas japonesas, programas de actividad física dentro de las instituciones hospitalarias y centros de salud, para propiciar los beneficios de la misma. Sin embargo, por la naturaleza de los problemas institucionales que vive el sector salud en nuestra realidad, no se ve a mediano plazo que esto sea factible. Por lo tanto, no importa cuanto sepa el personal de salud, para el caso de enfermería, acerca de lo beneficioso que es la actividad física para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, no hay condiciones favorables para llevarla a cabo en una forma sostenida que propicie la disminución del riesgo en estas

enfermedades, de allí lo reflejado en los resultados obtenidos.

Por último, en cuanto al aspecto recreacional se demostró que todo el grupo tiene conocimiento sobre este tema, pero sorprendentemente no todos lo realizan adecuadamente. La explicación probable, está más conectada a los estilos y compromisos de vida de cada persona, así como a la calidad de vida que de alguna forma define las maneras y accesos a la recreación. El personal de enfermería está mal remunerado, muchas veces subvalorado, y hasta gremialmente débil. Todo esto puede implicar debilidad en cuanto a la inexistencia de planes y actividades que podrían realizarse en grupo o individualmente en proyectos individuales que fueran accesibles para ellos. Por otra parte, la influencia cultural y social tiene que ver también con los elementos que definen lo que es o no es recreación en nuestro ambiente. Muchas veces el concepto de familia y su relación con la recreación está muy vinculado, por lo que para el personal de enfermería o cualquier persona, la recreación no la define el sujeto sino el grupo familiar. En este sentido, el conocimiento que tengan los miembros del personal de enfermería, no se traduce en actividades cónsonas a éste, ya que son dependientes del marco familiar. Por lo que la recreación no parece ser un patrimonio personal de expectativas a cumplir, sino que está condicionada por el ambiente familiar y la accesibilidad a la misma, muchas veces influenciada en términos de la capacidad económica para adquirirla. Por ejemplo vacaciones fuera de la ciudad o país donde viven.

Para concluir, el rechazo de la hipótesis general tal como se ha querido explicar, los factores que fueron evaluados en este trabajo parecen no venir acompañados de una frase que podría decirse que lo “que sabe es lo que se hace” pues esta investigación demuestra todo lo opuesto, que no se hace lo que sabe (y agréguese: que conviene), sino se hace lo que cada quién de acuerdo a sus posibilidades y entendimiento puede y le dejan hacer. Nola Pender (1999)<sup>37</sup> en su modelo de promoción de la salud como componente cognoscitivo perceptual, y de comportamiento se refiere a: Importancia de la salud, refiriéndose al lugar que ésta ocupa en la escala de valores de cada individuo. Control de la salud, que tiene que ver un poco con las creencias de las personas, en cuanto a pensar que la salud esta determinada por otros factores o por algunos cambios, el destino o la suerte. Estado percibido de la salud, como la apreciación de cada individuo de su salud corriente. Autoevaluación (subjetiva) Responsabilidad de la salud, aludiendo a las conductas personales en favor de la salud. Los saberes que acumula el personal de enfermería durante su aprendizaje profesional y a través del ejercicio de sus funciones no lo aplica a su vida personal, ni como posibilidad de disminuir los riesgos para las enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, hay que indagar en que saberes, cuáles fórmulas culturales y sociales están influyendo es su proceder para enfrentar (si es que lo quiere hacer) las consecuencias de no prevenir los problemas de salud que temprano o tarde comenzarán a mermar su capacidad física, mental y social para el trabajo y la futura ancianidad, El entorno juega un papel preponderante en los cambios de actitudes del ser humano, es decir el medio que nos rodea ejerce una fuerza enorme en la conducta asumida en un momento dado. Cuando las personas están rodeadas de afecto en su grupo familiar, de estudio, de trabajo, etc.,

suelen aceptar la incorporación de nuevas recetas dentro de los hábitos alimentarios, o nuevas ideas en la elección de las actividades de esparcimiento y recreación. La capacidad de compartir con otros es aprendida en el seno de la familia, y la adaptación al cambio se logra mejor en compañía del grupo, de allí que entre las recomendaciones dadas por la Dra. Amarilis de Zambrano,<sup>42</sup> quién en su tesis señala que la persona enfermera al focalizar el cuidado como parte sustantiva del ejercicio profesional a de reconocer la salud como resultado positivo de la interacción del ser humano con su mundo de vida, identificar la salud y el cuidado como categorías inmanentes del ser humano para conservar su vida, valorar que todas las exigencias requeridas para cuidar de otros son igualmente fundamentales para cuidar de sí mismo, reconocer que el cuidar de sí mismo es una construcción humana que guarda relación con el estado de salud de la persona y para mejorarlo como tal, puede cambiarse dicha construcción en cuanto a :conductas, actitudes, creencias, valores personales y sociales. Los valores de autoconocerse, identidad personal, autoestima, y la responsabilidad consigo misma han de ser norte en su cotidianidad para aceptar y vivenciar lo imperativo del cuidar de sí.

La persona enfermera ha de reconocer que el cuidar de sí es un compromiso consigo misma en cuanto a mantener su salud y bienestar asumir posiciones defender y mantener de su estilo de vida aquellas practicas que la ayuden a mantenerse sana desde el punto de vista energético, psicosocial y espiritual. Igualmente los facilitadores del proceso formador a cualquier nivel educativo en enfermería han de tener la convicción de cuidar de sí, de tal forma que los discentes pueden evidenciar y asumir conductas transformadoras orientadas al cuidar de sí.

Los profesionales de enfermería deben dedicar tiempo, no solo para inculcar hábitos de vida saludable, sino también para internalizar la información y apropiarse de ella, atendiendo primero el cuidar de sí, pues, mas se educa modelando que informando, y ya es sabido que dentro del equipo de salud aparece tal discrepancia, se dice y no se hace. Todos los profesionales que integran el equipo de salud están llamados a promocionar conductas favorecedoras para prevenir la enfermedad, más aún cuando se trata de factores de riesgo modificables. Mediante esta promoción de la salud se ofrece una amplia información a la población quién a final de cuentas tiene la libertad de escoger que hacer a favor o detrimento de su salud.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo general y los objetivos específicos formulados, los cuales guardan relación con las hipótesis planteadas, permitieron formular las siguientes conclusiones.

#### 1.-Conclusiones.

1.1.-La mayoría del personal de enfermería entrevistado tenía una edad comprendida entre 33 y 39 años con trece integrantes para un 61,9%, los de 40

años o más fueron seis para un 28.6% de la muestra. El 9.5%, es decir dos integrantes del personal de enfermería entrevistados, tenían una edad comprendida entre 26 y 32 años.

1.2.- En lo referente al sexo en el personal de enfermería investigado se determinó que el 95.2% eran de sexo femenino, y el 4.8% era masculino.

1.3.-En lo que respecta al nivel académico alcanzado en el personal de enfermería investigado se determinó que el 85.7% eran licenciados, el 4.8% eran técnicos superior, siendo este porcentaje igual para las categorías de especialista y otro.

1.4.- Las relaciones establecidas entre el nivel de conocimiento y comportamiento apropiado sobre el hábito alimentario, fueron evaluadas mediante el test de asociación denominado Prueba Exacta de Fisher (sólo se consideraron los niveles con representación existente MEDIOS Y ALTOS), dando como resultado que el valor del Test Exacto de Fisher fuera igual a 1.000 y, por lo tanto, no se encontró una relación significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles del conocimiento y del comportamiento apropiado con respecto a los HÁBITOS ALIMENTARIOS. Lo que demuestra que el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos del Hospital Pastor Oropeza, conoce, pero en su mayoría no se comporta en función de ese conocimiento que posee en lo referente al consumo de una dieta saludable.

1.5.-Al observar la relación entre conocimiento y comportamiento sobre HÁBITOS PSICBIOLÓGICOS se determinó, que el personal de enfermería que no tenía conocimiento, es decir, el 100.0%, no presenta un nivel adecuado de comportamiento con respecto a ellos. Mientras que el personal de enfermería que presentaron conocimiento adecuado, es decir, el 94.4% no demuestra tener un comportamiento adecuado sobre los HÁBITOS PSICBIOLÓGICOS. El restante 5.6% sabiendo que son factores de riesgo no los practican, por lo que su comportamiento es adecuado. Las relaciones establecidas entre el nivel de conocimiento y la práctica de los HÁBITOS PSICBIOLÓGICOS, fueron evaluadas mediante el test de asociación denominado Prueba Exacta de Fisher, dando como resultado que el valor del Test Exacto de Fisher fuera igual a 1,000 y, por lo tanto, no se determinó una relación significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles del conocimiento y de comportamiento apropiado con respecto a los HÁBITOS PSICBIOLÓGICOS.

1.6.-Las relaciones establecidas entre el nivel de conocimiento y conducta apropiada en relación a la actividad física, fueron evaluadas mediante el test de asociación denominado Prueba Exacta de Fisher, dando como resultado que el valor del Test Exacto de Fisher fuera igual a 0.6699 por lo tanto, no se determinó una relación significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles del conocimiento y de la conducta apropiada con respecto a la ACTIVIDAD FÍSICA. Esto refleja que el personal de enfermería no mantiene conductas saludables como es el hábito de realizar actividad física, contribuyendo así a la aparición de hipertensión arterial, la obesidad, entre otros de los factores de riesgo cardiovascular.

1.7.-Al observar la relación entre conocimiento y comportamiento sobre la RECREACIÓN se determinó, que el personal de enfermería que tienen el conocimiento, el 61.9%, tienen recreación y el 38.1% no. La inexistencia de respuestas en la categoría de ausencia de conocimiento (no) implica que no puede realizarse el test de asociación denominado Prueba Exacta de Fisher, por lo tanto no existe la posibilidad de determinar la significación de la asociación entre los niveles de conocimiento y de comportamiento. Sin embargo, aún con esta limitación de tipo estadístico, se puede asegurar que el nivel de comportamiento adecuado es independiente del conocimiento, pues al tener todo el personal de enfermería el conocimiento sobre el factor recreación, los niveles de comportamiento se ajustan a dicho conocimiento y no a la ausencia de éste, por lo tanto no hay relación entre el nivel de conocimiento (sí, no) y el nivel de comportamiento adecuado (sí, no). Lo que deja ver que el personal de enfermería no dedica tiempo a la recreación, lo que contribuye al aumento del nivel de stress y a riesgos cardiovasculares.

## 2.- RECOMENDACIONES

Según los resultados obtenidos en el desarrollo del presente trabajo, se hacen las siguientes recomendaciones, las cuales se esperan sirvan de estímulo y beneficio en futuras investigaciones:

2.1 Hacer llegar los resultados al personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos y a la coordinación docente del Hospital Pastor Oropeza.

2.2.- Promover la creación de programas de sensibilización en cuanto al autocuidado y promoción de la salud dirigida al personal de enfermería, enfatizando la necesidad de crear establecimientos internos de comida, que garanticen al personal de enfermería el consumo de alimentos adecuados durante su jornada laboral y por otro lado la prohibición de fumar dentro del establecimiento de salud.

2.3.-Realizar estudios comparativos en profesionales de otras áreas de la salud.

2.4.-Realizar otras investigaciones con diferentes poblaciones y estratos sociales.

2.5.-Realizar estudios de investigación cualitativa que permitan ahondar más sobre el comportamiento de enfermería contrario a su rol del cuidador de salud.

2.6.- Promover en nuestros centros de salud clubes que promuevan actividades deportivas y recreativas que le permitan al personal de enfermería momentos de esparcimiento y recreación.

## CAPITULO VI

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lippincott y Wilkins. Los consejos sobre nutrición para prevenir y manejar las enfermedades del corazón, incluyendo recetas saludables para el corazón en cada tema. Corazón Insight Magazine. En: American Heart Association. Disponible en: [http://wikipedia.org/wiki/american\\_heart\\_association](http://wikipedia.org/wiki/american_heart_association) 2002. [consultada mayo-2004]
2. Anuarios de epidemiología y estadística. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Dirección de Epidemiología e Investigación Lara Barquisimeto; 2002.
3. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. Situación de la morbilidad en Venezuela. Dirección General sectorial de Epidemiología. Sistema De Vigilancia Epidemiológica Lara; 2003.
4. Ascardio. Anales del Centro de Cardiología Región Centroccidental. Barquisimeto; 2004.
5. Serrano, Ronald. Factores del comportamiento y su relación con los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular de un grupo de estudiantes de Enfermería. [Trabajo Especial de Grado de Maestría]. Valencia. Universidad de Carabobo; 2001.
6. Perez, Herlimary. Evaluación de factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo ingresados en el hospital central universitario Dr. Antonio Maria Pineda. [Trabajo especial de grado]. Barquisimeto. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado; 2002.
7. Infante, Elizabeth. Cumplimiento de las recomendaciones diseñadas por el centro cardiovascular regional en la atención de los pacientes con hipertensión arterial sistémica que asisten a la consulta externa del centro cardiovascular regional centro occidental Ascardio. [Trabajo especial de grado]. Barquisimeto. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado; 2002.
8. Suárez, Sebastián. Conocimiento sobre la prevención de la Hipertensión arterial como factor de riesgo Cardiovascular. [Trabajo Especial de Grado de Maestría]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2002.
9. Salas, Blanca. Factores de riesgo para el consumo de alcohol y drogas psicoactivas como generadores de politraumatismo por accidentes de tránsito y la actitud hacia el consumo de un grupo de adolescentes. [Trabajo Especial de Grado de Maestría]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2003.
10. Arguello, Carmen. Efecto de un programa de Rehabilitación Cardíaca sobre los factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con infarto al miocardio. [Trabajo Especial de Grado de Maestría]. Barquisimeto: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado; 2003.

11. Guevara, Bertha. Conocimiento de los factores de riesgo modificable y conducta de los pacientes hipertensos. [Trabajo Especial de Grado de Maestría]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2004.
12. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Análisis por género del comportamiento alimentario y del ejercicio en el Caribe. Informe de Avance. Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe Kingston. Jamaica; 2001.
13. Erickson, Piaget y Sears. Teorías sobre el desarrollo. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1989.
14. Fundación Venezolana de Cardiología Preventiva. Informe Cardiológico sobre situación de la hipertensión arterial en Venezuela. Caracas. 2002.
15. Ziegler y Filer. Conocimientos Actuales sobre Nutrición. 7ª ed. Washington: OPS; 1997.
16. Nutrilite. Programa de vida saludable. Guía de ejercicios, comportamiento alimenticio y estilo de vida. U.S.A: Gimgraf, C A. Amway Corporation, Ada, Mi; 2001.
17. Merck S y Dohme. Manual Medicina de Interna. 10ª ed. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 1999.
18. Picasso, Repullo. Nutrición Humana y Dietética. Madrid. España: Editorial Marbán Libros S.L.; 2001.
19. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Promoción de la Salud de los Ancianos para América Latina y el Caribe. Washintong; 1990.
20. Biblioteca Virtual Encarta. Biblioteca de Consulta Microsoft; 2005
21. PROINAPSA. Prevención y control de riesgo Cardiovascular. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Proyecto Interdisciplinario para la atención en Salud. 2da Edición. Bucaramanga. Colombia. 1991
22. Robledo de Dios Y, Martínez-Acitores E y López G. Los profesionales sanitarios y el tabaquismo. Unión Antitabáquica Argentina. Disponible en <http://www.uata.org> [consultada junio 2004].
23. Texas Heart Institute. Modificación de factores de riesgo en cardiopatías. Clínicas medicas de Norteamérica; 2003.
24. American Cancer Society. Cigarette Smoking: The need for action by Health Professionals. Professional Education Publication.EE.UU. 2000.
25. Pérez Elizabeth. Abuso de drogas que producen dependencia. Archivos

Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 1999; 62(2).

26. Centro de Investigación Juvenil. Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. México; 2000.

27. Centro de Toxicología del Hospital Central Antonio María Pineda. Informe anual de principales causas de intoxicación. Barquisimeto. Lara. Venezuela; 2003.

28. Robert L. Badgett. Badgett's Coffee eJournal, 4; (16). Penn State University. 2000

29. Sola Bertha. Liderizando el Cuidado. 1<sup>a</sup> ed. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2004.

30. Arocha L. La Enfermedad Cardiovascular. Hipertensión. Caracas. Editorial Exilibros; 1995.

31. Sánchez Néstor. Recreación. Argentina. Editorial Buenos Aires; 2004.

32. Jaramillo Beatriz. Un alegato a favor del recuerdo moral. Boletín internacional de la fraternidad secular Carlos Foucault. Medellín; 2001.

33. Lafargué Paúl. El derecho a la pereza. Ediciones Grijalbo. México. 1986

34. Ruby L y Wesley. Teorías y Modelos de Enfermería. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana;1997.

35. Roper N, Logan W, Tierney A. Modelo de Enfermería: basado en el modelo de vida. 3<sup>a</sup> ed. México: Editorial interamericana Mc. Graw Hill;1993.

36. Rebolledo Luís. Teorías del cuidado (Material de apoyo UCLA); 2001.

37. Pender N, Sechrist W, Stromborg. Predicción de los estilos de vida de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Nursing Research. 1990;39(6): 226.

38. Marriner, Tomey. Modelos y teorías en Enfermería. Madrid España: Harcourt Brace. Cuarta Edición; 1999.

39. Vivas T, Carreto M, Gimeno A, Rey A, Constantino A. Consumo de tabaco del adolescente en su ámbito social. Año 2002. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. IX(27): Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/aeec/index.htm>. [Consultada 04-2008]

40. García M. Sociedad de Cardiología. Federación Medica Venezolana. Caracas; 1987.

41. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Modelos y teorías del aprendizaje. Caracas. UPEL; 2000.

42. Guerrero Amarilis. El valor del cuidar de sí como valor en enfermería [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2003.