



Revista Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

reprosa@ucaldas.edu.co

Universidad de Caldas

Colombia

López Herrera, Francy Edith; Segura Cardona, Ángela María  
DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA CONDUCTA EN SALUD EN  
ADULTOS CON ENFERMEDAD CARDIOCEREBROVASCULAR  
Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 20, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 153-167  
Universidad de Caldas  
Manizales, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309142716011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA CONDUCTA EN SALUD EN ADULTOS CON ENFERMEDAD CARDIOCEREBROVASCULAR

Francy Edith López Herrera\*  
Ángela María Segura Cardona\*\*

Recibido en marzo 09 de 2015, aceptado en abril 05 de 2015

---

## Citar este artículo así:

López FE, Segura ÁM. Determinantes sociodemográficos de la conducta en salud en adultos con enfermedad cardiocerebrovascular. *Hacia promoc. Salud.* 2015; 20(1): 153-167.

---

## Resumen

**Objetivo:** Establecer los determinantes sociodemográficos y de salud asociados a las conductas de riesgo y conductas promotoras para la salud, de los usuarios del programa de prevención secundaria de enfermedades cardiocerebrovasculares del municipio de Envigado en 2013. **Materiales:** estudio descriptivo, transversal, de fuente primaria, muestreo aleatorio de 355 usuarios del programa. **Resultados:** 51% eran hombres, el 29,9% tenía entre 65 y 74 años; 56,3% con básica primaria, analfabetismo del 4,8%. Ingresos mensuales menores a un salario mínimo para el 26,8%. La mayoría siempre asiste al control médico, toma correctamente medicamentos y cumple indicaciones médicas; el 48,5% nunca o algunas veces asiste a actividades educativas del programa. El 87% desconoce su riesgo cardiocerebrovascular y un 55,2% conoce poco o nada de su enfermedad. Consumo constante de café en el 44,2% y cigarrillo el 20%. El sexo, la edad, el estrato socioeconómico y el cumplimiento de las recomendaciones médicas, fueron los terminantes sociodemográficos que se asociaron a las conductas de riesgo. A las conductas promotoras se asociaron el sexo, la asistencia a actividades educativas del programa y el cumplimiento de las recomendaciones médicas de autocuidado. **Conclusión:** La edad, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, ingresos familiares mensuales, y el cumplimiento de las indicaciones médicas, fueron los determinantes sociodemográficos que mejor explicaron las conductas de riesgo para la salud. Asimismo, la edad, sexo, ocupación, estado civil, uso correcto de medicamentos, asistencia a actividades educativas y el cumplimiento de indicaciones médicas, fueron los determinantes que mejor explicaron las conductas promotoras de la salud.

## Palabras clave

Determinantes sociales de la salud, adulto, enfermedades cardiocerebrovasculares, estilo de vida, conducta saludable. (*Fuente: DeCS, BIREME*).

---

\* Enfermera, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: francy.lopez@upb.edu.co

\*\* Epidemióloga, Ph.D. en Estadística. Universidad CES. Medellín, Colombia. Correo electrónico: asegura@ces.edu.co

## SOCIO-DEMOGRAPHIC DETERMINING FACTORS OF HEALTH BEHAVIOR IN ADULTS WITH CARDIO CEREBROVASCULAR DISEASE

### Abstract

**Objective:** To establish the socio-demographic and health determining factors related to health risk and health promotion behaviors of the secondary prevention program users with cardio cerebrovascular diseases in the Municipality of Envigado in 2013. **Materials:** Cross-sectional, descriptive study of primary source, random sampling of 355 users of the program. **Results:** The sample was formed by 51% men, 29.9% of whom were between 65 and 74 years old; 56.3% had finished elementary school, 4.8% were illiterate. Monthly income was inferior to the minimum wage for 26.8% participants. Most of them always attend medical checkups, take their prescribed medication and comply with their doctor's instructions. However, 48.5% never or seldom attend educational program activities. Eighty seven per cent (87%) of participants are not aware of their cardio cerebrovascular risk and 55.2% know little or nothing about their illness. Forty-four percent (44.2%) of the participants are heavy coffee drinkers and 20% are smokers. Gender, age, socio economic status and compliance with medical recommendations were the socio demographic determinants that were associated to risk behavior. Gender, attendance to the program educational activities and compliance with the medical recommendations of self-care, were associated with the promoting behaviors. **Conclusion:** Age, gender, marital status, socioeconomic status, monthly family income, and compliance with medical indications were socio demographic determining factors that best explain the behavior of health risks. Also, age, gender, occupation, marital status, proper use of medication, attendance to educational activities and compliance with medical indications were the determining factors that best explained the health promoting behaviors.

### Key words

Social determinants of health, adult, cardiovascular disease, life style, health behavior. (Source: MeSH).

## DETERMINANTES SOCIO-DEMOGRÁFICOS DA CONDUTA EM SAÚDE EM ADULTOS COM DOENÇAS CARDIO-CEREBRO-VASCULAR

### Resumo

**Objetivo:** Estabelecer os determinantes socio-demográficos e de saúde associados às condutas de risco e condutas promotoras para a saúde, dos usuários do programa de prevenção secundária de doenças cardio-cerebro-vasculares do município de Envigado em 2013. **Materiais:** estudo descritivo, transversal, de fonte primária, amostragem aleatória de 335 usuários do programa. **Resultados:** 51% eram homens, o 29,9% tinham entre 65 e 74 anos; 56,3% com ensino básico, analfabetismo do 4,8%. Ingressos mensais menores a um salário mínimo para o 26,8%. A maioria sempre vai ao controle médico, toma corretamente medicamentos e cumpre indicações médicas; o 48,5% nunca ou algumas vezes vai a atividades educativas do programa. O 87% desconhece seu risco cardio-cerebrovascular e um 55,2% conhece pouco ou nada de sua doença. Consumo constante de café no 44,2% e cigarro o 20%. O sexo, a idade, o estrato sócio-econômico e o cumprimento das atenções médicas, foram o determinante sócio-demográficos que associam às condutas de risco. As condutas promotoras se associam o sexo, a assistência a atividades educativas o programa e o cumprimento das atenções médicas de auto-cuidado. **Conclusão:** A idade, sexo, estado civil, estrato socioeconômico, ingressos familiares mensais, e o cumprimento das indicações médica, foram os determinantes sócio-demográficos que melhor explicaram as condutas de

risco para a saúde. Assim mesmo, a idade, sexo, ocupação, estado civil, uso correto de medicamentos, assistência a atividades educativas e o cumprimento de indicações medicas, foram os determinantes que melhor explicaram as condutas promotoras da saúde.

### Palavras chave

Determinantes sociais da saúde, adulto, doenças cardio-cerebro-vasculares, estilo de vida, conduta saudável. (Fonte: DeCS, BIREME).

## INTRODUCCIÓN

La transición demográfica a la que se enfrenta el mundo, requiere ser analizada desde diferentes enfoques, uno de ellos debe ser la previsión de las consecuencias que acarreará pasar de tener un número significativo de menores de edad en quienes se concentran la mayoría de los programas sociales, educativos y de salud, a tener una población adulta que, de igual forma, requiere de asistencia especial, sobre todo desde el sector salud, ya que constituye un reto atender las demandas de servicios de alta complejidad, que generalmente requieren los adultos como consecuencia de enfermedades crónicas que, en su mayoría, pudieron prevenirse. Así lo ratifican Limón y Ortega cuando dicen que cada día es más elevado el número de adultos mayores y, por ende, también son mayores los problemas sociales, sanitarios, económicos, psicológicos y educativos que tal fenómeno suscita para las sociedades en conjunto (1).

Las enfermedades cardiocerebrovasculares hacen parte de este grupo de alteraciones crónicas que, junto al cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas, son las causantes del mayor número de muertes en el mundo (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares representan el 30% de todas las muertes registradas en el mundo y podrían configurar entre 2010 y 2020 el 73% de la mortalidad general (3). En Colombia el panorama

no es diferente, el Instituto Nacional de Salud declaró la enfermedad cardiovascular como la primea causa de muerte, puesto que en el periodo comprendido entre 1998 y 2011 se registraron 628.630 muertes por esta causa, que corresponden al 23,5% del total de las muertes en Colombia (2).

De esta manera, cada vez es más necesario ofrecer a la población adulta la oportunidad de disfrutar de años con calidad, fomentando el autocuidado y la capacidad de gestionar su salud por medio de la adopción de prácticas saludables y el desuso de prácticas riesgosas causantes de muertes y complicaciones innecesarias como las generadas por las enfermedades cardiocerebrovasculares. Nájera et al., por ejemplo, refieren que el infarto agudo de miocardio en el adulto se considera una causa de muerte prematura, por lo que es necesario que se contribuya por medio de la promoción de la salud a la modificación de condiciones y maneras de vivir, evitando o disminuyendo factores de riesgo y aumentando los protectores (4).

De este modo, las conductas y estilos de vida saludables se convierten en la meta a alcanzar cuando el propósito está orientado a tener una población adulta mucho más saludable, en este sentido la OMS define el Envejecimiento Activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (5). Así, todos los esfuerzos que se emprendan para proteger a

esta población, se justifican en la medida que el bienestar del adulto es el reflejo del desarrollo político, social y económico de un país que enfoca sus acciones en los grupos humanos más vulnerables.

En el caso colombiano, se han hecho intentos por proporcionar a la población adulta y adulta mayor condiciones de bienestar, ejemplo de ello son las políticas públicas que se desarrollan por medio de reglamentaciones como la Ley 797 de 2003, los decretos 569 y 4112 de 2004 y los Conpes Sociales 70, 78 y 82 de 2004 que buscan la protección social por medio de la ampliación de beneficios pensionales a esta población (6-11); en el sector salud, la Resolución 00412 de 2000 (12) por medio de programas como el de Detección Temprana de Alteraciones del adulto y los de atención a Enfermedades de Interés en Salud Pública (hipertensión y diabetes), pretende atender las contingencias en salud más frecuentes que el envejecimiento acarrea (13).

En el municipio de Envigado (Antioquia, Colombia), también ha sido priorizada la población adulta y adulta mayor como consecuencia de la relevancia de las enfermedades cardiocerebrovasculares en el perfil de morbilidad y la proporción de este grupo poblacional en la conformación de su pirámide poblacional, para lo cual ha desarrollado programas integrales que buscan promover el bienestar en estas personas (14).

No obstante, a pesar de los programas desarrollados desde el sector salud y de las estrategias de Información, Educación, Comunicación (IEC) utilizados para la prevención y atención de enfermedades cardiocerebrovasculares, no se ha alcanzado el impacto esperado; las personas continúan actuando de forma riesgosa, aún faltan muchos esfuerzos para lograr incidir en condiciones como la obesidad, el sedentarismo, los inadecuados hábitos alimenticios y el abuso de sustancias tóxicas, entre otros.

De esta manera, indagar las razones por las cuales a las personas se les dificulta modificar conductas de riesgo para su salud, requiere el análisis de características particulares que pueden incidir en ellas y que hacen parte de sus estilos de vida; del mismo modo, es fundamental conocer dinámicas familiares y sociales que pueden, en algún momento, influir positiva o negativamente en las conductas que las personas asumen frente a la salud. Al respecto, la teórica en enfermería Nola J. Pender dice que promover la autoeficacia en las personas es fundamental para que se puedan cambiar las conductas nocivas por conductas promotoras de la salud y que, para lograrlo, es indispensable realizar aproximaciones a las características individuales y a los contextos reales en que las personas se desenvuelven cotidianamente (15).

## METODOLOGÍA

Estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y corte transversal, población conformada por 355 personas mayores de 45 años e inscritas en el programa de prevención secundaria de enfermedades cardiocerebrovasculares del municipio de Envigado en 2013. La muestra fue probabilística, aleatoria y representativa de los pacientes inscritos voluntariamente al programa, pero no de todas las personas con riesgo de enfermedad cardiocerebrovascular que residen en el municipio. Su tamaño se estimó en Epidat versión 2.5, con una  $p = 5\%$  y un 95% de confianza. Los criterios de inclusión fueron: ser habitante del municipio de Envigado, mayor de 45 años, estar inscrito en el programa en 2013, y tener la condición física y mental necesarias para participar del estudio; como criterios de exclusión: haber ingresado hace menos de 6 meses al programa y no haber estado activo en él en los últimos 12 meses, a pesar de estar inscrito.

Se consideraron dos variables dependientes: conductas de riesgo y conductas promotoras de

la salud; las conductas de riesgo fueron definidas como personas que consumían café, alcohol o cigarrillo; las conductas promotoras fueron definidas por personas que realizaban ejercicio rutinariamente o tenían hábitos nutricionales saludables. Las variables independientes se resumieron en dos grupos, el primero compuesto por determinantes sociodemográficos y el segundo por determinantes de salud, definidas según literatura, donde se consideraron como determinantes sociodemográficos el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación, estado civil, ingresos familiares, disponibilidad a acceder a alimentos saludables, apoyo familiar y problemas de orden público que limitan asistencia al programa; y por determinantes de la salud se consideró: años de diagnóstico de la enfermedad, clasificación del RCV, estado de salud, conocimiento de la enfermedad y cumplimiento de recomendaciones médicas. Con estas variables se diseñó un instrumento de recolección de información, validado con personas expertas en el tema y con conocimiento del programa de prevención.

Fuente de información primaria: la técnica utilizada fue el cuestionario estructurado aplicado de forma dirigida. El proceso de recolección de información se realizó luego de los avales institucionales, éticos y análisis de la prueba piloto. Antes de aplicar la encuesta se socializó consentimiento informado, se explicó el objetivo, propósitos y beneficios del proyecto, se hizo claridad sobre la confidencialidad, anonimato y respeto por información de las personas. La información fue procesada en el software estadístico SPSS versión 21.

Se realizó análisis estadístico descriptivo a cada una de las variables incluidas en el estudio; adicionalmente, a través de un análisis bivariado, se determinó la asociación entre las conductas promotoras y de riesgo con cada una de las variables consideradas como determinantes sociodemográficos y de salud, a través de pruebas

Chi-cuadrado, para las que se utilizó un nivel de significación del 5%; asimismo, se establecieron razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas y sus respectivos intervalos de confianza, para determinar la fuerza de la asociación de los determinantes con las variables dependientes; las medidas de fuerza de asociación crudas se ajustaron por potenciales variables de confusión a través de análisis multivariado por medio de regresión logística binaria utilizada con fines explicativos.

## RESULTADOS

### Determinantes sociodemográficos

El sexo masculino fue el más representativo con el 51% (181); la mayoría tenía entre 65 y 74 años; la condición de pensionado o jubilado fue la más representativa con el 28,7% (102), el 23,9% (85) refirió no tener ocupación. El estado civil casado prevaleció con el 34,6% (123). Un 56,3% (200) con básica primaria y analfabetismo en el 4,8% (17). La estratificación social de la vivienda para el 39,2% (140) era nivel tres (medio bajo), el 53,2% (189) reportó entre uno y dos salarios mínimos mensuales como ingresos familiares, y el 26,8% (95) menos de un salario mínimo.

El 41,7% (148) siempre tenía apoyo familiar para asistir al programa de riesgo cardiocerebrovascular y el 37,2% (132) nunca. El 70,4% (250) siempre contaba con apoyo de su familia para mantener conductas de autocuidado y un 73,5% (261) tenía la posibilidad económica para acceder a alimentos saludables.

### Determinantes de salud

El 36,3% (129) hacía menos de 5 años había sido diagnosticado con enfermedad cardiocerebrovascular, la percepción del estado de salud era satisfactoria para el 44,8% (159) y muy satisfactoria para el 31,8% (113). Un 88,7% (315),



84,2% (299) y 74,4% (264) siempre consumía correctamente los medicamentos prescritos por el médico, asistía a los controles médicos y cumplía con las recomendaciones del personal de salud, respectivamente. El 38,6% (137) siempre asistía a las actividades educativas del programa, mientras que el 31,8% (113) nunca lo hacía. Un 29% (103) conocía bien la enfermedad cardiocerebrovascular que presentaba, mientras que el 52,7% (195) conocía poco o nada sobre ella.

### **Conductas de riesgo y conductas promotoras de la salud**

En cuanto a las conductas promotoras de la salud, se encontró que el 54,4% (193) realizaba ejercicio continuamente; el 55,2% (196) presentó hábitos nutricionales saludables. El 89,3% (317) dedicaba entre 1 y 5 horas semanales a actividades de ocio y recreación. Con respecto a las conductas de riesgo, se halló que el 25,6% (91) consumía cigarrillo, un 28,7% (102) alcohol, el 1,4% (5) sustancias psicoactivas y el 44,2% (157) café de manera constantemente.

### **Conductas de riesgo para la salud asociadas a determinantes sociodemográficos y determinantes de salud**

Se halló asociación estadísticamente significativa entre la presencia de conductas de riesgo y los determinantes sociodemográficos: sexo, edad y estrato socioeconómico de la vivienda de los participantes ( $p = 0,000$ ,  $0,001$  y  $0,037$ , respectivamente). Por su parte, no se halló asociación estadísticamente significativa entre las conductas de riesgo de los participantes y sus determinantes de salud.

### **Conductas promotoras para la salud asociadas a determinantes sociodemográficos**

En la Tabla 1 se describen los resultados de la asociación entre las conductas promotoras para la salud y algunos determinantes sociodemográficos de los participantes; los cuales dan cuenta de que el

sexo, la ocupación y la disponibilidad económica para acceder a alimentos saludables fueron los determinantes que se asociaron estadísticamente con este tipo de conductas.

### **Conductas promotoras para la salud asociadas a los determinantes de salud**

Con relación a la asociación entre la presencia de conductas promotoras y la asistencia a actividades educativas del programa por parte de los participantes, se encontró que el 53,4% (173) siempre lo hacía, seguido del 29% (94) que nunca asistía y el 17,6% (57) que lo hacía algunas veces. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de estas conductas y la asistencia a actividades educativas del programa de RCV ( $p = 0,001$ ).

Por su parte, de los usuarios que presentaron conductas promotoras para la salud el 89,2% (288) siempre cumplía las recomendaciones médicas, el 7,1% (23) algunas veces y el 3,7% (12) nunca lo hacía. Hallándose asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ) entre la presencia de conductas promotoras para la salud y el cumplimiento de las indicaciones médicas de autocuidado.

### **Determinantes sociodemográficos y de salud que mejor explican las conductas de riesgo y las conductas promotoras para la salud de los usuarios del programa**

Para identificar las variables que mejor explicaran la presencia de conductas de riesgo y conductas promotoras para la salud en los usuarios del programa de prevención secundaria de riesgo cardiocerebrovascular del municipio de Envigado, se tuvo en cuenta el criterio de Hosmer-Lemeshow; el cual, consiste en una prueba estadística de bondad de ajuste para los modelos de regresión logística, que permite incluir en el modelo explicativo, variables independientes con un valor de asociación menor a 0,25 ( $p < 0,25$ ).

**Tabla 1. Asociación entre los determinantes sociodemográficos y las conductas promotoras de los usuarios del programa de prevención secundaria de riesgo cardiocerebrovascular del municipio de Envigado en 2013**

DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS		CONDUCTAS PROMOTORAS						P	Razón de Prevalencias	IC	
		SÍ		NO		TOTAL				INF	SUP
		Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Sexo											
	Femenino	157	48,5	24	77,4	181	51,0	0,002	1		
	Masculino	167	51,5	7	22,6	174	49,0		1,106	1,037	1,180
Edad											
	Menores de 65	211	65,1	16	51,6	227	63,9	0,134	1		
	Mayores de 65	113	34,9	15	48,4	128	36,1		0,950	0,883	1,021
Escolaridad											
	Ninguna	14	4,3	3	9,7	17	4,8	0,436	0,283	0,043	1,882
	Primaria	181	55,9	19	61,3	200	56,3		0,577	0,128	2,597
	Secundaria	96	29,6	7	22,6	103	29,0		0,831	0,164	4,202
	Pregrado o posgrado	33	10,2	2	6,5	35	9,9		1		
Estrato socioeconómico de la vivienda											
	Bajo	231	71,3	25	80,6	256	72,1	0,267	0,961	0,901	1,024
	Alto	93	28,7	6	19,4	99	27,9		1		
Ocupación											
	Ninguna	4	1,2	4	12,9	8	2,3	0,001	0,109	0,023	0,503
	Labores domésticas/ Desempleado	93	28,7	5	16,1	98	27,6		2,022	0,665	5,144
	Empleado/Oficios varios	28	8,6	2	6,5	30	8,5		1,522	0,315	7,359
	Independiente/Agricultor/ Otra ocupación	107	33,0	10	32,3	117	33,0		1,163	0,464	2,918
	Pensionado (a) o jubilado (a)	92	28,4	10	32,3	102	28,7		1		
Disponibilidad económica para acceder a alimentos saludables											
	Sí	25	7,7	7	22,6	32	9	0,006	1		
	No	299	92,3	24	77,4	323	91		1,185	0,984	1,427

*Fuente: elaboración propia*

En la Tabla 2 se presentan los determinantes sociodemográficos y de salud que mejor explican las conductas de riesgo para la salud en los participantes, cada uno de ellos ajustado por: sexo, edad, estrato socioeconómico de la vivienda, estado civil, ingresos familiares mensuales, disponibilidad económica para acceder a alimentos saludables, problemas de orden

público que limitan la asistencia al programa, cumplimiento de las recomendaciones médicas de autocuidado, asistencia a actividades educativas del programa y conocimiento de su enfermedad cardiocerebrovascular.

Del mismo modo, en la Tabla 3 se presentan los determinantes sociodemográficos y de salud



que mejor explicaron la presencia de conductas promotoras de la salud en los participantes del estudio, cada uno de ellos ajustado por el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación, la disponibilidad económica para acceder a alimentos saludables, el

cumplimiento de las recomendaciones médicas de autocuidado, la asistencia a actividades educativas del programa y el conocimiento de la enfermedad cardiocerebrovascular.

**Tabla 2. Determinantes sociodemográficos y de salud que mejor explican las conductas de riesgo, en los usuarios de programa prevención secundaria de riesgo cardiocerebrovascular del municipio de Envigado en 2013**

DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD		CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD		
		Razón de Prevalencias Ajustado	IC 95%	
			INF	SUP
Sexo	Femenino	1		
	Masculino	2,743	1,648	4,564
Edad	Menores de 65	1		
	Mayores de 65	2,214	1,295	3,786
Estrato socioeconómico de la vivienda	Bajo	0,730	0,423	1,258
	Alto	1		
Estado civil	Soltero	1,137	0,620	2,086
	Viudo, Separado	1,054	0,581	1,913
	Casado, Unión libre	1		
Ingresos familiares mensuales	Menos de 2 SMLVM	1,517	0,752	3,061
	Más de 2 SMLVM	1		
Disponibilidad económica para acceder a alimentos saludables	Sí	0,757	0,416	1,376
	No	1		
Problemas de orden público que limitan la asistencia al programa	Sí	0,430	0,117	1,585
	No	1		
Cumplimiento de las recomendaciones médicas de autocuidado	Siempre	1		
	Algunas veces	1,931	0,729	5,114
	Nunca	1,463	0,425	5,039
Asistencia a actividades educativas del programa	Siempre	1		
	Algunas veces	1,503	0,745	3,031
	Nunca	0,943	0,529	1,682
Conocimiento de su enfermedad cardiocerebrovascular	Sí	1		
	No	0,883	0,542	1,439

Fuente: elaboración propia

**Tabla 3. Determinantes sociodemográficos y de salud que mejor explican las conductas promotoras para la salud, en los usuarios de programa prevención secundaria de riesgo cardiocerebrovascular del municipio de Envigado en 2013**

DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD		CONDUCTAS PROMOTORAS PARA LA SALUD		
		Razón de Prevalencias Ajustado	IC 95%	
			INF	SUP
<b>Sexo</b>				
	Femenino	1		
	Masculino	0,469	0,149	1,479
<b>Edad</b>				
	Menores de 65	1		
	Mayores de 65	0,550	0,227	1,334
<b>Estado civil</b>				
	Soltero	1,183	0,341	4,102
	Viudo, Separado	0,800	0,265	2,413
	Casado, Unión libre	1		
<b>Ocupación</b>				
	Ninguna	0,310	0,046	2,073
	Labores domésticas/Desempleado	0,951	0,237	3,807
	Empleado/Oficios varios	1,621	0,272	9,653
	Independiente/Agricultor/Otra	0,826	0,289	2,361
	Pensionado (a) o jubilado (a)	1		
<b>Disponibilidad económica para acceder a alimentos saludables</b>				
	Sí	1		
	No	1,844	0,618	5,501
<b>Cumplimiento de las recomendaciones médicas de autocuidado</b>				
	Siempre	1		
	Algunas veces	0,155	0,055	0,434
	Nunca	0,184	0,049	0,686
<b>Asistencia a actividades educativas del programa</b>				
	Siempre	1		
	Algunas veces	2,396	0,459	12,496
	Nunca	0,597	0,228	1,562
<b>Conocimiento de su enfermedad cardiocerebrovascular</b>				
	Sí	1		
	No	0,589	0,237	1,460

Fuente: elaboración propia

## DISCUSIÓN

Son llamativos los resultados de algunas condiciones sociales de los participantes, por ejemplo el estrato socioeconómico, los ingresos económicos y la escolaridad en general fueron bajos, lo que podría relacionarse con lo encontrado en un estudio

desarrollado por la OMS, que demuestra que la pobreza está estrechamente relacionada con las enfermedades cardiocerebrovasculares, además refiere que las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social (16). Asimismo, el estudio realizado por Ferrera et

al. destacó la influencia desfavorable del factor socioeconómico no satisfactorio en el control de la enfermedad cardiocerebrovascular (17).

Se encontró que la mayoría de los participantes conocían poco o nada de su enfermedad cardiocerebrovascular, además de no asistir a las actividades educativas que el programa de prevención secundaria les ofrecía; teniendo en cuenta que la capacidad que tienen las personas de empoderarse de su autocuidado depende en gran medida de la cantidad y calidad de información que tengan al respecto, resultan muy importantes estos resultados; al respecto, Fuster y Sinai refieren que la información que el paciente recibe, sobre todo los ancianos, personas con bajos ingresos y habitantes de zonas rurales, que se encuentran en una situación especialmente vulnerable, puede beneficiar significativamente su adherencia a los tratamientos (18).

La mayoría de los participantes no presentó hábitos relacionados con el consumo de cigarrillo, alcohol o sustancias psicoactivas; por el contrario, la rutina de ejercicio físico, la alimentación balanceada y la presencia de actividades de ocio y recreación se encontraron en la mayoría de los encuestados; información que no se asemeja a la hallada en otras investigaciones que describen cómo los hábitos o conductas nocivas para la salud son, en la mayoría de la veces, muy frecuentes. Así se demostró en el estudio “Estimación de la carga de las enfermedades cardiocerebrovascular es atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina”, donde se encontró que el 46,2% de las personas eran inactivas físicamente, el 53,4% presentó exceso de peso y el 25,4% tenía hábitos alimenticios inadecuados (19, 20).

Con respecto la asociación entre las conductas de riesgo para la salud y los determinantes sociodemográficos y de salud de los participantes, se halló relación de éstas con el sexo masculino, la edad avanzada, el estrato socioeconómico de la vivienda bajo y el cumplimiento de las

recomendaciones médicas para el autocuidado; asociación que coincide con algunos estudios que ratifican que las enfermedades crónicas no transmisibles se presentan con mayor frecuencia en adultos mayores y están determinadas por condiciones socioeconómicas desfavorables, las cuales representan para el sistema de salud una carga asistencial y financiera constante (21-23).

No obstante, es relevante mencionar que la enfermedad cardiovascular no es exclusiva de la población adulta mayor, por el contrario, cada vez se hace más relevante la necesidad de realizar estudios en grupos poblacionales más jóvenes, como el caso del “Estudio poblacional de la muerte súbita cardiovascular extrahospitalaria: incidencia y causas de muerte en adultos de edad mediana”, realizado por Morentin y Audicana en 2011, los cuales concluyen que el desarrollo de estrategias para identificar a las personas con mayor riesgo dentro de la población general con bajo riesgo es esencial para la prevención de este tipo de enfermedades (24).

Por su parte, el sexo masculino que prevaleció en el estudio por su relación con las conductas de riesgo para la salud, también ha sido documentado por otros investigadores que han demostrado que las enfermedades no transmisibles han ocupado las primeras causas de muerte en la población de ambos sexos, con desventajas para los hombres en la mayoría de veces, ya que en éstos es 40% más alto el riesgo de sufrir enfermedades cardiocerebrovasculares que en las mujeres, exceso que está asociado al consumo excesivo de alcohol, alimentos poco saludables y mayores porcentaje de sedentarismo (25).

En cuanto a la disponibilidad económica para acceder a alimentos saludables con que cuenta la mayoría de encuestados, podría interpretarse como un factor que favorece su autocuidado, puesto que como lo mencionan Zavala et al. a medida que mejora el nivel socioeconómico, las personas hacen más actividad física y consumen más alimentos

saludables; en este caso, el acompañamiento que debe hacer el personal de salud también resulta relevante, puesto que no es suficiente con tener acceso a alimentos saludables, es necesario saber cuáles son o cómo se deben consumir, puesto que así como la carencia de alimentos perjudica el estado de salud, el exceso de estos también puede resultar perjudicial para el equilibrio que representa un buen estado de salud (26).

El cumplimiento de las recomendaciones médicas de autocuidado se asoció estadísticamente con las prácticas promotoras de la salud en los participantes; lo que podría relacionarse con la credibilidad que tiene el personal de salud en las personas, relación que debería privilegiar el acto educativo como único medio para lograr la participación activa de las personas en su autocuidado. Al respecto, Velandia et al. afirman que la relación con el equipo de salud y la credibilidad en los mismos, es un factor determinante para que los pacientes acepten y cumplan los tratamientos ordenados; consideran primordial la relación asertiva entre médico y paciente para proveer su participación siendo un factor que determina su adherencia (27).

A pesar de que la mayoría de los participantes del estudio eran mayores de 65 años, esto no significa que las intervenciones de prevención primaria y secundaria se deban focalizar solo en este grupo poblacional, por el contrario, si se desean desarrollar estrategias que puedan mejorar los datos que reflejan la alta morbilidad como consecuencia de las enfermedades cardiocerebrovasculares, será necesario diagnosticar tempranamente el riesgo de presentarlas, así como tratarlo adecuadamente; algunos estudios han encontrado, por ejemplo, que los factores de riesgo cardiovasculares se presentan en el 9% de las personas entre los 35 y 49 años, el 36% entre las de 50 a 64 años, el 43% en las personas de 65 a 79 años y el 12% en los mayores de 80 años (27). Por su parte, Mazón refiere que cuando ya hay evidencia de enfermedad cardiovascular establecida, se deben reforzar las medidas preventivas, aplicando todas las

estrategias terapéuticas, pero siempre insistiendo en la necesidad de mantener unos hábitos de vida saludables en todas las etapas evolutivas de la enfermedad (28).

Por último, el consumo de café en un porcentaje importante de los participantes y considerado como factor de riesgo para la salud en este estudio, es necesario confrontarlo con literatura que explica que una cantidad mínima de café al día pueda ayudar a equilibrar el ánimo y en ese sentido mejora el funcionamiento cardiovascular; sin embargo, el exceso de su consumo puede resultar perjudicial para la salud e incrementar los niveles de hipertensión; así lo refiere Valenzuela cuando declara que el consumo excesivo de café, o de cafeína, se asocia con un mayor riesgo de hipertensión y por consiguiente con un mayor riesgo cardiovascular, aspecto que puede ser debatible si se compara con los efectos benéficos de la cafeína que han sido observados más recientemente. En efecto, estos resultados pueden conducir a romper mitos establecidos sobre el café, haciéndose necesario orientar a las personas sobre la importancia de su consumo moderado (29).

## CONCLUSIONES

Los determinantes sociodemográficos de los usuarios del programa de prevención secundaria de enfermedades cardiocerebrovasculares del municipio de Envigado, dan cuenta de una población adulta mayor con condiciones socioeconómicas poco favorables; demostrando que las intervenciones en salud deben tener una visión amplia en cuanto al alcance y factores relacionados con las condiciones familiares y sociales que pueden incidir en el estado de salud, así como en las posibilidades de autocuidado de estas personas.

Aunque la mayoría de los usuarios dicen gozar de un buen estado de salud y participar de casi todas las actividades que les ofrece el programa,

la mayoría presentan conocimientos deficientes sobre su patología, pero tampoco asisten a las actividades educativas orientadas a tal fin; por eso es necesario que se generen más y mejores formas de educación para la salud, que permeen la subjetividad de los pacientes y les permita empoderarse de su bienestar.

Se encontró asociación entre algunos determinantes sociodemográficos y de salud con la presencia de conductas de riesgo y conductas promotoras para la salud en los participantes; lo que corrobora la importancia de retomar modelos como el propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, para tratar de comprender la complejidad de los fenómenos de salud-enfermedad; especialmente los relacionados con las enfermedades cardiocerebrovasculares que representan un reto social difícil de comprender e intervenir.

Tanto determinantes sociodemográficos, como aspectos relacionados con la adherencia al programa de prevención secundaria de riesgo cardiocerebrovascular, explican la presencia de conductas de riesgo y conductas promotoras para la salud en los usuarios; resultados que podrían ser de mucha utilidad si se integran a los esfuerzos que actualmente se dedican desde la Dirección Local de Salud del municipio de Envigado para controlar lo que se considera una pandemia con implicaciones personales, familiares y sociales.

## AGRADECIMIENTOS

A mi madre y a mi hermana, por ser la luz de mi vida. (Francy).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Limón MR, Ortega MC. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos. *Revista de Psicología y Educación* [revista en Internet] 2012. [acceso 19 de enero de 2013]; 6. Disponible en: [www.revistadepsicologiayeducacion.es/index.php/descargasj/.../129.html](http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/index.php/descargasj/.../129.html)
2. Colombia, Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Boletín No. 1; 2013. [acceso 9 de abril de 2015]. Disponible en: [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)
3. OMS. Enfermedades cardiovasculares; 2013. [acceso 10 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
4. Nájera Gutiérrez G, Rodríguez Morales MC, Arriola Morales G, Galicia Aguilar RM. Factores biológicos, socioculturales y apoyo social en personas con antecedentes de infarto agudo al miocardio. *Desarrollo Científ Enferm* [revista en Internet] 2009. [acceso 22 de febrero de 2013]; 17(4). Disponible en: [http://www.atmosfera.unam.mx/editorial/informes\\_anuales/2012.pdf](http://www.atmosfera.unam.mx/editorial/informes_anuales/2012.pdf)
5. OMS. Envejecimiento activo: un marco político de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles y promoción de la salud, envejecimiento y ciclo vital. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [revista en Internet] 2002. [acceso 12 de marzo de 2013]; 37(2). Disponible en: [http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/oms_envejecimiento_activo.pdf)
6. Colombia, Congreso de la República. Ley 797 de 2003. Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales. Bogotá: El Congreso; 2003.
7. Colombia, Presidencia de la República. Decreto 569 DE 2004. Por el cual se reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad Pensional. Bogotá: La Presidencia; 2004.
8. Colombia, Presidencia de la República. Decreto 4112 de 2004. Por el cual se modifican los artículos 12, 13, 14, 15, 17, 18 y 19 y se deroga el inciso segundo del párrafo del artículo 9° del decreto 569 de 2004. Bogotá: La Presidencia; 2004.
9. Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social 70. El nuevo papel del fondo de solidaridad pensional. Bogotá: CONPES; 2003.
10. Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social 78. Ajustes a los requisitos del Programa de Protección Social al Adulto Mayor Subcuenta de Subsistencia – Fondo de Solidaridad Pensional. Bogotá: CONPES; 2004.
11. Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social 82. Ampliación de cobertura y criterios para la distribución de recursos del fondo de solidaridad pensional – subcuenta de subsistencia. Bogotá: CONPES; 2004.
12. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
13. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 2000: guía de atención de la hipertensión arterial. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
14. Castrillón Quintero RA., Montoya Grajales DA. Eficacia del programa de prevención secundaria de enfermedades cardiocerebrovasculares del Municipio de Envigado en el periodo 2006-2011. Medellín: CES; 2012.



15. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 6. ed. Ámsterdam: Elsevier; 2006.
16. Ferrera, N, Moine D, Yanez D. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. *Rev. Fed. Arg. Cardiol* [revista en Internet] 2010. [acceso 22 de septiembre de 2014]; 39(3): 194-203. Disponible en: [http://scholar.google.es/scholar?q=apoyo+familiar+y+adherencia+al+tratamiento+cardiocerebrovascular&btnG=&hl=es&lr=lang\\_es&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2010&as\\_yhi=2014](http://scholar.google.es/scholar?q=apoyo+familiar+y+adherencia+al+tratamiento+cardiocerebrovascular&btnG=&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2010&as_yhi=2014)
17. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria, bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Rev Esp Cardiol, Madrid España* [revista en Internet] 2012. [acceso 24 de septiembre de 2014]; 65(2): 10-6. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/un-problema-alarmante-prevencion-secundaria/articulo/90151726/>
18. Bardach A, Caporale J, García Martí S, Kopitowski K et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiocerebrovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Rev Panam Salud Pública* [revista en Internet] 2010. [acceso 28 de septiembre de 2014]; 27(4): 237-45. Disponible en: [www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/.../encuesta-nacional.pdf](http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/.../encuesta-nacional.pdf)
19. Murray RE, Ridner E, Munner M, Marzó A, Roviroso A. Estudio hábitos de vida en Argentina y su relación con las enfermedades prevenibles. 2011. [acceso 28 de septiembre de 2014]. Disponible en: [www.sanutricion.org.ar/.../Estudio\\_habitos\\_de\\_Vida\\_en\\_Argentina\\_Doc...](http://www.sanutricion.org.ar/.../Estudio_habitos_de_Vida_en_Argentina_Doc...)
20. Díaz P, Fernández G, Bacallao J, Alemañy E. Relación entre la dimensión socioeconómica y la dimensión salud en familias cubanas. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet] 2012. [acceso 27 de septiembre de 2014]; 38(3): 403-413. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300007&lng=es)
21. Farias N, Souza JM, Pacheco de Laurenti R, Alencar Soraya M. Mortalidad cardiocerebrovascular por sexo y grupo etario en São Paulo, Brasil: 1996 a 1998 y 2003 a 2005. *Arq. Bras. Cardiol.* [revista en Internet] 2009. [acceso 30 de noviembre de 2014]; 93(5): 498-505. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2009001100010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001100010&lng=en) <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001100010>
22. Corral Martín A, Castañeda Abascal IIE, Barzaga Torres M, Santana Espinosa MC. Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet] 2010. [acceso 8 de diciembre de 2014]; 36(1): 66-77. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100008&lng=es)
23. Aranda Reyes R, Forcelledo Llano CR, Núñez Díaz B, Méndez Romero G, García Alúm NE. Intervención educativa en adultos mayores para una longevidad satisfactoria. San Luis. *Rev Ciencias Médicas* [revista en Internet] 2011. [acceso 8 de diciembre de 2014]; 15(2): 184-195. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942011000200017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200017&lng=es)
24. Morentin B, Audicana C. Estudio poblacional de la muerte súbita cardiovascular extrahospitalaria: incidencia y causas de muerte en adultos de edad mediana. *Rev Esp Cardiol* [revista en Internet] 2011. [acceso 9 de abril de 2015]; 64(1): 28-34. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893210000199>
25. Ochoa Montes LA. Exclusión social y muerte súbita cardíaca. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet] 2010. [acceso 8 de diciembre de 2014]; 36(3): 266-270. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000300012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300012&lng=es)
26. Zavala JP, Leraç L, Vio F. Actividad física y dieta saludable, percepción de peso y estrés en población adulta de Chile: Análisis de la encuesta de calidad de vida y salud 2006. *Arco Latinoam Nutr.* 2010. [acceso 1 de diciembre de 2014]; 60(4): 319-324. Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2010-4/art1.asp>

27. Velandia Arias A, Rivera Álvarez LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiocerebrovascular. Rev. Salud pública [Internet] 2009. [acceso 8 de diciembre de 2014]; (4): 538-548. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en) - <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000400005>
28. Mazón Ramos P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI: Cómo detectarlo en prevención primaria, cómo controlarlo en prevención secundaria. Rev Esp Cardiol. [Internet] 2012. [acceso 10 de abril de 2015]; 65(2): 3-9. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/riesgo-cardiovascular-el-siglo-xxi-/articulo/90151725/>
29. Valenzuela A. El café y sus efectos en la salud cardiovascular y en la salud materna. Rev. chil. nutr. [revista en Internet]. 2010. [acceso 5 de febrero de 2015]; 37(4): 514-523. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182010000400013&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000400013&lng=es) - <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182010000400013>