

Factores de riesgo cardiovascular en docentes universitarios

Luz Elena Jurado Ortiz¹
María Teresa Uribe Escalante²
Ana Cristina Montoya Arboleda³
Cleidy Marcela Otálvaro Álvarez³
Adriana Marcela Quintana Guerra³

Resumen

Se realizó una investigación cualitativa en 21 docentes de la Universidad para percibir el conocimiento de algunos factores de riesgo cardiovascular (FRCV). A través de una encuesta estructurada, se identificaron algunas variables relacionados con problemas cardiovasculares. Por medio de entrevista en profundidad, se indagó sobre la experiencia personal, su conocimiento y relación con problemas cardiovasculares, controles y prevención.

Predominó el tabaquismo, la hipertensión, la herencia de problemas cardiovasculares, el colesterol alto y la diabetes mellitus. Además, el estrés y el sedentarismo. Un solo docente presenta estrés, tabaquismo y alcoholismo; otro, colesterol alto, estrés y tabaquismo y 7 docentes, cada uno con dos factores de riesgo.

¹ Enfermera especialista Docente de la Facultad de Enfermería (UPB) y Coordinadora de área

² Enfermera magíster directora de la Facultad de Enfermería (UPB) maria.uribe@upb.edu.co

³ Estudiantes de la Facultad de Enfermería en el desarrollo de su trabajo de investigación.

Para los docentes, los FRCV se conciben como «efectos al corazón, prácticas dañinas, hábitos de vida insana, problemas, causas, no hay diferencia con un factor de riesgo, es un enfoque, situación de alerta, relacionado con las venas». Sentimientos expresados: «situaciones cotidianas, inconformismo, rebeldía, promesa de mejoría, conciencia de sobrepeso, reconocimiento de falta de ejercicio, consumo de grasa, sedentarismo, sobrepeso, satisfacción al dejar de fumar, manifestación de ser hipertenso, responsabilidad de sus propios actos».

Promoción de la salud: «costos, acciones, información, mejoría, manejo de situaciones, mantenimiento de la salud, desconocimiento, conductas saludables, prácticas de autocuidado, ejercicios y alimentos, propaganda, socialización, programas preventivos». Estilo de vida: «orden, control, buena docencia, educación de los hijos, organización económica, cotidianidad, acciones, adición, intranquilidad, equilibrio, integración, relaciones con los demás». Autocuidado: «felicidad, cuidado, tranquilidad, convicción, costumbres sanas, cuidarse de uno mismo».

Palabras Clave: Conocimiento - Factor de riesgo - Enfermedades cardiovasculares - Promoción de la salud - Estilo de vida - Autocuidado

Abstract

It has made a qualitative research in 21 teachers from the University, to perceive the knowledge about some cardiovascular risk factors. It was identified through structure investigation to know variables related to cardiovascular problems. By means of deep interview, was inquired about whom have been their personal experience, that teachers have about cardiovascular problems, controls and prevention.

The results predominated found were: smoking, inheritance on cardio-vascular problems, hypertension, hypercholesterolemia and diabetes mellitus. Moreover were also found sedentary and stress. Only one teacher presented tobacco addition, alcoholism, and stress; another teacher show, hypercholesterolemia, stress and tobacco addition, and seven teachers presented each one, two risk factors.

They claimed that cardiovascular risk factors are *«heart conditions, practices that hurt, unhealthy habits, problems, causes, there is none difference with risk factors, it's a point of view, locations, alertness situation, there is not enough knowledge, and it's related to the veins»*. The feelings related to risk factors, were expressed as *«everyday situations, conformism, rebellion, promises to improve, to be conscious of overweight problems, awareness of lack of exercise and fat consumption, no cardiovascular risk factors, acknowledge of sedentary, overweight, satisfaction at giving up smoking, to have high blood pressure, to be responsible of one's and they own acts»*.

About the meaning of health promotion, they said that it was «*costs, actions, information, improvement, and situations management, to be healthy, ignorance, action to get better, self-care practices, exercise and diet, publicity, socialization, prevention campaigns*». For teachers, lifestyle was «*order, control, good teaching practices, children's education, economic organization, routine, actions, additions, equilibrium, mental and physical balance, self-care practice, relations with others*». About the self-care, the teachers said «*happiness, care, calm, convictions, sanest costumers and self-care.*»

Key words: Knowledge - Risk factors - Cardiovascular disease - Health promotion - Lifestyle - Self-care

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares del adulto, tienen una elevada prevalencia y pueden prevenirse. Las enfermedades cardiovasculares representan una de las principales causas de muerte y la mayoría de los factores de riesgo han demostrado su relación con este tipo de problemas, por lo tanto, se requiere evaluar los riesgos para categorizar a los pacientes y poderlos intervenir a tiempo. En relación con los factores de riesgo cardiovasculares en Colombia, la prevalencia anual de tabaquismo es de 22%, el 47% de los colombianos no practica con regularidad ningún tipo de ejercicio físico y el 12.3% de la población ha sido informada de tener presión arterial alta ⁴

El Framingham Heart Study ⁵ ha documentado en numerosos estudios la cardiopatía coronaria asociada a los factores de riesgo como la edad avanzada, el género masculino, los antecedentes familiares de cardiopatía coronaria, la hipercolesterolemia, colesterol de lipoproteínas de baja densidad, tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus y estilo de vida sedentaria.

La Organización Mundial de la Salud -OMS ⁶- puso de manifiesto que las enfermedades de más riesgo eran: la subalimentación, la obesidad, prácticas sexuales peligrosas, la hipertensión, el colesterol, el tabaco, el alcohol, la mala calidad del agua, la carencia de hierro y el humo de combustibles en los hogares. De estos 10 ítems se encuentra que la obesidad, la hipertensión, el colesterol, el tabaco y el alcohol, son factores de riesgo asociados a problemas cardiovasculares.

Es así que la hipertensión es responsable de 7.1 millones de muertes por año (13% de la mortalidad total); del 62% de los accidentes vasculares cerebrales y del 49% de los ataques cardíacos. El colesterol es responsable de 4.4 millones de muertes, es el 7.9% de la mortalidad total y del 18% de los accidentes cerebrales vasculares. El tabaco causó 4.9 millones de muertes que es el 8.8% de la mortalidad total. Aumento que se da en los países en vía de desarrollo y según la OMS en el 2020 matará 8.4 millones de personas por año. El alcohol es responsable de 1.8 millones de decesos por año. Los continentes más afectados son América y Europa⁷.

En este estudio sobre FRCV en los docentes⁸, se tuvieron en cuenta los factores de riesgo cardiovascular modificables, a través de los cambios en la conducta y en los estilos de vida. Esto requiere motivación, introyección y conciencia de luchar por el bienestar integral y su autocuidado a través de factores protectores. Además es interesante conocer e indagar sobre las percepciones que tienen los docentes ajenos a las profesiones de salud, acerca de lo que son los factores de riesgo y si los tienen, cómo los manejan y qué experimentan al desarrollarlos, ya que son hábitos, costumbres o condiciones que se adquieren a través del ambiente, los amigos y su propia existencia.

FACTORES DE RIESGO (FR)

Un factor de riesgo es una característica que lleva a un problema, es un comportamiento, hábito o costumbre (la obesidad, el tabaco, el sedentarismo), un rasgo heredado (problema cardiovascular), una variable paraclínica o medida del laboratorio (niveles altos de colesterol en sangre), un tratamiento farmacológico u otro hallazgo encontrado en una persona, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad aterosclerótica⁹. La mayoría de los factores de riesgo cardiovasculares muestran patogénesis de enfermedad cardiovascular o simplemente ser un marcador de riesgo para su desarrollo. La forma en que se manifiesta es con las muertes súbitas, el infarto del miocardio y una carga económica de millones de dólares al año.¹⁰

Los factores de riesgo tienen que ver con los factores nutricionales, metabólicos,

psico-afectivos, hemodinámicos, genéticos entre otros. Algunos FR modificables, intervienen en los procesos de desarrollo de enfermedad cardiovascular, niveles altos de colesterol total y la lipoproteína LDL, niveles de colesterol HDL bajo, tabaquismo, hipertensión, diabetes y el tipo de alimentación.^{11,12}

Los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, que pueden ser corregidos a través de cambios en el estilo de vida son: el tabaquismo, la hipertensión arterial sistémica y la hipertrofia ventricular izquierda, la dislipoproteinemia (HDL menor de 35 mg/dl), la diabetes mellitus, la obesidad, los factores trombogénicos (fibrinógeno elevado o factor I, anti-trombina III, proteína C y S, factor de Von Willebrand o factor VIII y factor proconvertina o factor VII), la deficiencia de estrógenos (menopausia), los factores psicosociales (estrés por liberación de catecolaminas, estímulo simpático y aumento de la presión arterial -HTA) y sedentarismo¹³.

Algunos factores se han relacionado a través de los estudios epidemiológicos o clínicos y no intervienen directamente en la génesis de enfermedades cardiovasculares como el sedentarismo, la obesidad, el estrés, el consumo de anticonceptivos orales. De acuerdo con los estudios realizados, también se identifican circunstancias especiales como haber padecido accidente cardiovascular, hipertrofia ventricular izquierda o apnea del sueño (insomnio).¹⁴

Factores no modificables, son los constitutivos de la persona: edad (hombres mayores de 45 años y mujeres mayores de

55 años); historia familiar de enfermedad coronaria (hombres menores de 55 años y mujeres menores de 65 años) y enfermedad cardiovascular preexistente. Factores no tradicionales: niveles elevados de homocisteína (mayor de 10 nmol/L), infección o inflamación de arterias coronarias asociados a un evento coronario agudo (proteína C reactiva), niveles elevados de lipoproteína (a) mayor de 20 mg/dl, niveles aumentados de t-P.A (índice de función fibrinolítica, niveles elevados de ferritina).¹⁵

De acuerdo con el estudio de Framingham¹⁶, considera FRCV, la edad, la presión arterial, el tabaquismo, los niveles de HDL y el colesterol total, de los cuales, cuatro son modificables. Además, entre ellos se incluye la historia familiar de enfermedad cardiovascular y el LDL mayor de 60 mg/dL para ser factores de riesgo mayores. Otros factores independientes los considera el FHS que tienen que ver con el estilo de vida: obesidad, inactividad física y dieta aterogénica; los factores emergentes como la lipoproteína A, la homocisteína, la protrombina y los factores proinflamatorios como alteraciones metabólicas de la glucosa y la evidencia de enfermedad aterosclerótica subclínica.

PROMOCIÓN

La promoción es la capacitación dada a las personas para que aumenten el control de la salud y la mejoren mediante un mayor control de los factores de riesgo. Para ello es importante tener en cuenta que hay influencias de las condiciones sociales como el saneamiento, la alimentación, la higiene

personal, la estabilidad emocional, el empleo y sus salarios acordes con las necesidades básicas.

La carta de Ottawa¹⁷ hace suya la definición de promoción de la salud y pone de relieve unos requisitos previos como la paz, el albergue, la educación, el alimento, los ingresos, el ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad para promocionar la salud. Propone además establecer una política que tenga en cuenta la salud, crear ambientes que apoyen la salud, reforzar la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales para tomar decisiones adecuadas y reorientar los servicios sanitarios. Para lograr la salud se debe abogar, capacitar y mediar entre los diferentes intereses de la sociedad.

Por otra parte en la Conferencia de Yakarta en Indonesia, 1997¹⁸, la salud es un derecho humano fundamental y un factor esencial para el desarrollo social y económico. Por lo tanto la promoción de la salud, es un modo de conseguir mayor equidad en salud, cambios en los estilos de vida y las condiciones sociales, ambientales y económicas. A los requisitos para la salud establecidos por la carta de Ottawa, se le adiciona seguridad social, relaciones sociales, apoderamiento de la mujer, un sistema económico estable y respeto a los derechos humanos.

En San Juan de Puerto Rico, 1998 «Nuevos Horizontes para la Salud» se retoma la Alianza Global de Promoción de la Salud, citada en Yakarta¹⁹ e inicia sus actividades centrándose en cuatro grandes áreas que influyen en las condiciones y estilos de vida: viajes, turismo y ocio,

recursos naturales, comunicaciones y agua e infraestructura. Así la promoción de la salud, debe tener en cuenta las tendencias sociales y es por eso que la formación de los profesionales estará encaminada más que al conocimiento y habilidades, a las actitudes relacionadas a favorecer el apoderamiento, la equidad y la participación de las personas, aumentando su autoestima, potenciando su capacidad decisoria, eliminando la tendencia a la dependencia y devolviéndoles la responsabilidad por la salud individual y colectiva.

Hay cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social respecto de la salud. Hacer uso sostenible de los recursos, proteger la salud del trabajador, valorar la salud y la equidad como parte del desarrollo.
- Aumentar las inversiones para el fomento de la salud. Responder a las necesidades prioritarias, teniendo en cuenta un enfoque multisectorial.
- Consolidar y aumentar, a todos los niveles de la sociedad, las asociaciones para la salud basadas en principios éticos acordados en la comprensión y el respeto mutuo. Permitir intercambios de conocimientos, habilidades y recursos.
- Aumentar la capacidad de la comunidad y del individuo (apoderamiento). Esto requiere educación, formación en liderazgo y toma de decisiones y tener acceso a los recursos.

- Afianzar la infraestructura para el desarrollo de la salud. Nuevos mecanismos de financiación y desarrollo de incentivos, creación de redes sociales y ambientes políticos, legales, educativos, sociales y económicos.

El modelo de promoción de la salud como teoría de la Dra. Nola J. Pender²⁰, enfermera que ha tenido una influencia notable en este conocimiento, define la asistencia sanitaria como la obtención de la salud óptima de las personas. En su planteamiento del modelo identifica los factores cognoscitivos-perceptivos del individuo que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y que se traducen en la participación de conductas que favorecen la salud, cuando hay una clave de acción. Finalmente indica que la promoción de la salud es un objetivo para el siglo XXI, como lo fue la meta de la prevención de la enfermedad en el siglo pasado.

Para Pender, la definición que da cada individuo de su propia salud, tiene más importancia que una definición documentada, igual su percepción estimula el deseo de conseguir dicho estado de salud. El convencimiento de una conducta en salud, hace que se alcance y en ocasiones se modifique la conducta. El estado actual de sensación de bienestar o malestar puede determinar la probabilidad de que se adopten dichas conductas. Si se tiene una conducta benéfica, se siente más inclinada a continuar con ella. La convicción de cada persona de que una actividad o conducta

es difícil o imposible de conseguir, puede influir en su propósito de comprometerse.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

El estilo de vida es la forma individual en la que cada persona interactúa con la naturaleza, la manera cómo siente, piensa y actúa. Lo saludable son conductas que no influyen negativamente en la salud de acuerdo con la cultura y el contexto de vivencia. Estos hábitos se manifiestan en cada uno o en cada grupo; unos favorecen la salud y deben ser promovidos para mejorar la calidad de vida, otros no son saludables y pueden aumentar el riesgo de padecer la enfermedad. Estos últimos requieren modificaciones en el comportamiento y dependen de una férrea disciplina, voluntad y conocimiento de qué implicaciones producen y cómo disminuirlos.

Los estilos de vida saludable están de acuerdo con lo que Sócrates escribió en el Siglo V A.C.: «Todas las partes del cuerpo que ejercen una función, si son utilizadas con moderación y ejercitadas en trabajos en los cuales cada una está acostumbrada, se vuelven saludables, bien desarrolladas y envejecen más lentamente. Pero si no son utilizadas y se les deja ociosas, se vuelven propensas a la enfermedad, defectuosas en su crecimiento y envejecen rápido.» Además, la lógica indica que uno debería preservar la vida y cuidarse. Pero también se podría concluir que cada persona tiene el derecho de hacer con su vida lo que quiera: «¿para qué preocuparse por la muerte si no la conocemos?». Y es una

buena forma de aliviar el padecimiento que significa que somos mortales.²¹

Para ello hay que promover los factores protectores o estilos saludables que sustenten el bienestar, prevengan la enfermedad o sus complicaciones, prevalezca el autocuidado, la rehabilitación y el ajuste para lograr una habilidad personal, un enfrentamiento de buena condición física y un entrenamiento en análisis conductual que lo lleve a una vida estable y productiva.

Hoy se reconoce que el ejercicio produce beneficios para mejorar el estado físico en general y es requisito para la prevención y promoción de la salud sobre todo de enfermedades cardiovasculares. Por seguridad se debe formular como si fuera un medicamento, para definir la dosis, tipo, duración, frecuencia, y las pruebas de tolerancia.²² El ejercicio lleva a diferentes adaptaciones a mediano plazo cuando ello es con entrenamiento progresivo, controlado, y dosificado, lo que induce a un beneficio en forma amplia. Estos cambios orgánicos beneficiosos para el cuerpo y la mente se tendrán en cuenta para lograr un adecuado cuidado, lo que lleva a la prevención primaria, secundaria y terciaria y lograr así hacer parte de la medicina del ejercicio.²³

Los programas de rehabilitación cardiovascular constituyen una herramienta para el manejo integral de los padecimientos cardiovasculares e influyen de manera positiva en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes que han presentado un evento cardiovascular y han sido manejados a través de medios médicos o quirúrgicos.²⁴

Igualmente, La Asociación Americana de Rehabilitación Cardiovascular destaca: «el mejoramiento de las funciones psicológicas con menos ansiedad, depresión y mayores sentimientos de esperanza, control y autoestima, son el beneficio fundamental en el programa integral de rehabilitación, en el que el ejercicio es un componente importante.» El ejercicio es un tranquilizador de la propia naturaleza. El efecto tranquilizador se debe en parte a que la ejecución de los ejercicios liberan endorfinas (hormonas de la glándula pituitaria), cuando circula por la sangre hay euforia, sensación de que todo está bien, hay estado físico, se siente saludable y se pueden manejar los asuntos con entusiasmo.²⁵

Así que el acondicionamiento físico hace parte de los estilos de vida saludable, juega un papel primordial en la prevención de enfermedades. Hay un consenso universal que implica lo relacionado con la nutrición adecuada, la práctica de ejercicios traducido en acondicionamiento físico, la liberación de estrés, la eliminación de hábitos nocivos (tabaco, sedentarismo, malnutrición, agresividad, ingesta excesiva de alcohol y/o sustancias psicoactivas), una buena higiene personal, salud sexual, el sueño adecuado, para adoptar un estilo de vida acorde con la Modernidad que permita vivir con calidad ²⁶.

El convencimiento de una conducta en salud y el estado actual de sensación de bienestar o malestar puede determinar la probabilidad de que se adopten conductas protectoras. Si se tiene una conducta

benéfica, se siente más inclinado a continuar con ella. La convicción de cada persona de que una actividad o conducta es difícil o imposible de conseguir, puede influir en su propósito de comprometerse.

AUTOCAUIDADO

Para la teorista en Enfermería, Dorotea E. Orem en su teoría déficit de autocuidado²⁷ define el autocuidado como la práctica de actividades que las personas emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

Los requisitos del autocuidado se derivan de una reflexión interior formulada según se sabe o se cree, son necesarios para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano, el desarrollo permanente y las circunstancias específicas. Ellos son: el mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente. La prestación de la asistencia que se asocian con la eliminación y evacuación de excrementos. La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo, entre soledad e interacción social. La prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal. La promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- define la salud²⁸ como algo más que la ausencia de enfermedad, se podría hablar de un estado perfecto a nivel físico, mental, espiritual y social, no solo la ausencia de lesión o enfermedad, donde la persona

siente alegría de vivir y gran entusiasmo para la vida, sensación de realización y una mayor conciencia de armonía con sí mismo y con el entorno. Es la integración física y el bienestar

La ciencia de la salud según el maestro oriental Ramacharaka está en la observancia de las leyes naturales del cuerpo comprendidas en la rectitud de pensamiento y de la conducta, es decir tiene que ver con estilos de vida saludable. El corolario es que, para muchos, *cambiar de estilo de vida*, para que éste sea lo más *saludable* posible, es una necesidad vital y un paso importante para evitar correr el riesgo de desarrollar un número importante de factores de riesgo cardiovascular.

Deepak Chopra habla de la conexión psicofisiológica y manifiesta: «Para cada estado de conciencia existe un estado correspondiente de la fisiología». Si usted tiene pensamientos hostiles, se reflejará en su humor, en su expresión facial, en su comportamiento social y en su bienestar físico. En otros apartes «Pensamientos felices de toda índole como los de amor, paz, tranquilidad, bondad, amistad, amabilidad, generosidad, producen por medio de neurotransmisores y hormonas que ellos han estimulado, una buena salud»²⁹ Otros autores han realizado trabajos para tener pensamientos positivos (W. Dyer, Og Mandino, Leo Buscaglia, Louise Hay, Milton Ericsson) y proponen talleres sobre el manejo de los sentimientos de rabia, culpa, rencor, perdón, que sirven para cambiar los pensamientos negativos.

Una adecuada salud se maneja por lo tanto desde el punto de vista nutricional, cantidad y calidad de los nutrientes que favorecen el

bienestar. Si a las comidas se les da sabores naturales, se ingieren cuando se tiene hambre, con el tiempo adecuado, sin tener disgustos y realizar este momento como una de las mejores actividades del día, se disfrutará y se tendrá paz y armonía. Igualmente es necesario mantener una adecuada hidratación del cuerpo, con el buen uso de los líquidos y en especial del agua. Una correcta respiración, proporciona fuerza vital o energía.

METODOLOGÍA

Diseño Metodológico:

El abordaje a los docentes se estableció con entrevistas en profundidad, utilizando la experiencia vivida y dando así privilegio al análisis del conocimiento intersubjetivo, descriptivo y comprensivo de los factores de riesgo relacionados con los problemas cardiovasculares. La Fenomenología como estrategia de indagación en Enfermería, permite investigar «con rigor», los factores de riesgo cardiovasculares que no son posibles indagar con la investigación positivista, ya que pretende conocer dimensiones subjetivas experimentadas, frente a situaciones de la vida diaria en contacto con estos factores de riesgo. Y, a través de una indagación fenomenológica se le puede poner significado a lo complejo dentro de la práctica cotidiana y de la interacción humana.

La encuesta fenomenológica según R. Wuthnow y otros³⁰, tiene en cuenta los significados individuales de una situación, pero más, la intersubjetividad de la experiencia humana y los significados compartidos que actúan como una base

para la interacción social. La adaptación de la fenomenología a las preguntas que se tienen en Enfermería y que tienen que ver con la persona, considera, no sólo las cosas materiales, ni lo fácilmente observable o medible entre la dualidad mente-cuerpo, conocimiento corporal o cuerpo vivido, sino el cuerpo vivo fenomenal, el que recuerda las pasadas heridas y dolores, las caídas, olores, sofocos, desalientos, cansancio, es decir la experiencia humana llena de vida.

Entrevistas en profundidad:

Las entrevistas en profundidad se realizaron a 21 de los docentes en dos ocasiones. Se programó una encuesta semiestructurada para permitir que tuviesen una orientación sobre los datos a indagar. Estas entrevistas tuvieron frecuentes variaciones de acuerdo con las interpretaciones realizadas inmediatamente se sucedían y hasta agotar los datos indagados. Fueron realizadas en general en los sitios de trabajo o de descanso, previa lectura y aceptación del consentimiento informado y por escrito, con autorización incluida para el uso de grabadora y teniendo en cuenta los sesgos del instrumento de recolección, de los encuestadores y del encuestado.

En una primera entrevista en profundidad, hubo preguntas sutiles encaminadas a describir libremente la percepción de lo que significa para cada uno, los factores de riesgo cardiovasculares, su presencia, sentimientos, conocimientos y así sucesivamente de acuerdo con lo que iban expresando acerca de todo lo relacionado al tema, y sutilmente se cambiaba de

temática en la medida en que se iba agotando la vivencia. Se elaboró un primer borrador en las primeras 24 a 48 horas tratando de describir la grabación y las impresiones recibidas.

La segunda entrevista se dejó en libertad recordando el objetivo de la investigación. Previamente se le expresó a cada docente lo que había comentado en la primera, permitiendo que mencionara lo que más le había impactado, sin tener ninguna intervención a menos que desviara el tema; se le permitió manifestar sus ideas y se estaba pendiente para orientar sutilmente con preguntas alusivas al respecto.

Se trató de interpretar lo más inmediatamente posible, y con esta segunda descripción se pretendió realizar comparaciones con el fin de ajustar o verificar cada uno de las unidades establecidas para deducir los códigos y las categorías definitivas y si era necesario, se preguntaba alguna información faltante para complementar. No fue necesario tener una tercera entrevista en los docentes. Se realizó una descripción interpretativa acerca del conocimiento de los FRCV que expresaban los docentes de acuerdo con su experiencia vivida y la lectura fenomenológica.

Se permitió dar espacio y tiempo para narrar las experiencias vividas en contacto con algunos factores de riesgo cardiovasculares. En el proceso de interacción con el docente, el conocimiento se construyó teniendo en cuenta su mundo material, simbólico y social, donde interactuaban los aspectos teóricos y prácticos. Al trascender y reflexionar sobre los factores de riesgo, se desarrolló un conocimiento teórico que tiene valor

siempre y cuando se interprete dentro del contexto cultural, histórico, social, político y económico y así la teoría de los factores de riesgo cardiovascular conduce a una práctica transformada por la realidad.

Manejo de los datos:

El manejo de los datos se gestionó con la Universidad para seleccionar los docentes con edades entre 45 y 55 años, vinculados, internos y que no formaran parte del área de salud. Fueron seleccionados 46 docentes y de ellos participaron 21 que voluntariamente aceptaron hacer parte de la investigación. Los aspectos cuantitativos tuvieron una operacionalización de las variables socio-demográficas y de salud y fueron procesados en la base de datos del programa de Excel bajo Windows. Para lo cualitativo se privilegió el análisis y la interpretación del conocimiento, sus datos fueron procesados con cuadros guías con base en los diarios de campo y las grabaciones. UNIDAD / CÓDIGO / CATEGORÍA / INTERACCIONES / OBSERVACIONES. Las entrevistas en profundidad se analizaron y luego se interpretaron.

RESULTADOS SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS DOCENTES

Factor de riesgo FR

Los docentes manifestaron: «Son causas, peligros, acontecimientos, eventos, alteraciones y riesgos». De lo anterior, se puede deducir que el conocimiento de los docentes acerca de lo que es un factor de

riesgo es deficiente, ya que por factor de riesgo se entiende todas aquellas circunstancias que aumentan las posibilidades de que un individuo desarrolle un trastorno o enfermedad específica.

Factor de riesgo cardiovascular FRCV

Su percepción: «Alto riesgo, afectación cardiaca, causas cardiacas. Todo lo relacionado con el corazón y causas». Se pudo concluir que los docentes desconocen o no identifican el término de FRCV. Lo anterior llama la atención, ya que muchas de las personas entrevistadas presentan uno o varios FRCV, además se encuentran en edades avanzadas, lo que predispone aún mas a sufrir de eventos cardiacos potencialmente mortales.

Sentimiento relacionado con los FRCV

Se encontró lo siguiente: «Fumar me libera del estrés, satisfacción, distracción, perjuicios, sin afección, razonamiento, ansiedad en el fumador pasivo». En general, se detectó que los docentes no han tomado una conciencia real del FRCV que presentan, pues muchos de ellos se mostraron evasivos o reacios al momento de aceptar que poseen un FRCV, lo cual llama la atención, pues son personas muy capacitadas en diferentes áreas, pero al mismo tiempo «analfabetas» en lo relacionado con su propia salud. De igual forma, se pudo constatar que son muy pocos los docentes que muestran interés o disposición para modificar sus hábitos o conductas y así lograr la prevención de patologías cardiovasculares.

FR Modificable y no modificable

Aquí resaltan algunas categorías tales como: «cambio, conciencia, suspensión, necesidad, FR y de salud, modificación». De lo anterior se concluye, que son pocos los docentes que identifican la diferencia existente entre FR modificable y no modificable, esto teniendo en cuenta que factores hereditarios, la edad, la raza y el sexo, determinan que la modificación de ciertos FR sea posible o no. Situación que llama la atención, pues este punto es determinante para adquirir una disciplina de vida que permita lograr la prevención de diferentes patologías de origen cardiaco, que de no ser controladas a tiempo, deterioran la calidad de vida en las personas.

Promoción de la salud

Al indagar se encontró que para ellos tenía un significado de: «información, divulgación, disposición, educación, medida, jornadas de salud y algunos otros no identifican el concepto». Lo anterior llama la atención ya que la mayoría de los docentes tienen un gran desconocimiento del tema, es educar para favorecer un mejor estilo de vida y así puedan mejorar sus factores de riesgo.

Estilo de vida saludable

Para los docentes son: «hábitos, conciencia de realizar ejercicio, satisfacción, hábitos saludables». En general los docentes tienen un buen concepto de lo que es estilo de vida saludable, ya que esto son todos aquellos hábitos o comportamientos cotidianos que no influyen negativamente en la salud de una persona.

Autocuidado

Manifestaron que era: «cuidado, autoestima, evasión, madurez, precaución, prevención, indiferente al cuidado, costumbres sanas, cotidianidad, hábitos». Por lo que cabe resaltar que tienen un conocimiento mínimo ya que por autocuidado se entiende el cuidado de sí mismo como un ser biopsicosocial.

CONCLUSIONES

Al percibir el conocimiento sobre factores de riesgo de los docentes universitarios, se puede deducir que hay necesidad de mayor información, educación y control, porque se tienen antecedentes de factores de riesgo que se repiten de generación en generación, como el tabaco, el alcohol y la presión alta. Quizás hay el conocimiento de su riesgo o daño en algunos docentes o que hayan producido ya enfermedad o complicaciones, pero no hay un verdadero discernimiento para evitar la adicción y controlar los riesgos. Es necesario realizar programas de capacitación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad para buscar bienestar, estilos de vida saludable y autocuidado.

Las concepciones que se tienen desde la promoción y la prevención son muy valiosas y verdaderamente se debe trabajar por ellas, más que curar y tener que sanar una situación que no es reversible. El mejoramiento de la calidad de vida en los docentes es algo que debe proponerse para obtener un estilo de vida saludable y un bienestar integral. ■

REFERENCIAS

1. Sivigila Boletín OPS Colombia. Reporte epidemiológico semanal Ministerio de Salud No. 47, 1999 [edición digital] disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/sivigila/1999/BOLE4799.zip>, (citada en octubre de 2003)
2. Framingham Heart Study: 50 Years of Research Succes [edición digital] disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/about/framingham/index.html>, (citada el 9 de septiembre de 2003)
3. OMS. Las enfermedades más riesgosas del mundo [edición digital] disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter6/es/index1.html>, (citada el 9 de septiembre de 2003)
4. OMS. Las enfermedades más riesgosas del mundo [edición digital] disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter6/es/index1.html>, (citada el 9 de septiembre de 2003)
5. Jurado Ortiz LE, Montoya Arboleda AC, Otálvaro Alvarez C, Quintana Guerra AM y Uribe Escalante MT. Percepción del conocimiento sobre algunos factores de riesgo cardiovascular en los docentes vinculados del campus universitario de la UPB Laureles, con edades entre 45 a 55 años, Medellín, Julio de 2004 a Julio de 2005. [Investigación aprobada por el CIDI] Medellín: ECS-UPB, 2005. 41 p. y anexos.
6. El Manual merck (1994). Cardiología. 9ª.ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; p. 403 – 65
7. Vogel RA y Miller M. Epidemiología y prevención de la cardiopatía coronaria. Adult Clinical Cardiology Self-Assessment Program. Barcelona: Educación Médica Continua, 1999. 1.1p.
8. Factores de riesgo cardiovascular: Artículos de revisión, disponible en URL: <http://www.iladiba.com.co/enfermedades/facriesgcardio.asp>, (citado en agosto y septiembre de 2004)
9. Factores de riesgo cardiovascular: Ficha 17, disponible en URL: <http://www.uned.es/guia/cardiovascular/factoresderiesgo.htm>, (citado en marzo de 2005)
10. Enfermedades del corazón: Factores de riesgo, disponible en URL: <http://www.msd.es/enfermedades/corazon/inicio.html>, (citado en agosto de 2004)
11. UNED Nutrición y dietética. Factores de Riesgo [edición en URL], disponible en <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-guia/cardiovascular/factores.htm>, (citada en febrero, 2004)
12. UNED Nutrición y dietética. Factores de Riesgo [edición en URL], disponible en : <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/cardiovascular/factores.htm>, (citada en febrero de 2004)
13. Framingham Heart Study: 50 Years of Research Succes [edición digital], disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/about/framingham/index.html>, (citada el 9 de septiembre de 2003)
14. Ottawa. Conferencia: Hacia una nueva salud pública. Ottawa: Asociación Canadiense de Salud Pública/OMS, 1986. En: Nájera M P. Enfermería Comunitaria 3. Madrid: McGraw-Hill, 2000. p. 143
15. Cuarta Conferencia Internacional en Yakarta. Promoción de la salud. Yakarta, República de Indonesia, 1997 [edición digital], disponible en: http://www.who.int/health_promotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf, (citada el 14 de Octubre de 2003)
16. Cuarta Conferencia Internacional en Yakarta. Promoción de la salud. Yakarta, República de Indonesia, 1997 [edición digital], disponible en: http://www.who.int/health_promotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf (citada el 14 de octubre de 2003)
17. Marriner T.A. y Raile A.M. Modelos y teorías en Enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcourt, 1999. p. 463 - 481
18. Sócrates, siglo V (a.C) [edición digital], disponible en: http://www.cuerpodiet.com/EDITORIAL_y_vida_sana, (citada el 18 de octubre de 2003)

19. Ramírez-Hoffmann H. Medicina del ejercicio, disponible en URL: <http://colombia-medica.univalle.edu.co/Vol128No2/medicinaejercicio.pdf>, (citado en marzo 2005)
20. Astrand PO. Exercise physiology and its role in disease prevention and in rehabilitation. Arch Physiol Med Rehabil 1987; 68: 305-09.
21. Báez LP, Camacho PA, Abreu P, Arenas IC y Jaimes G. La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. En: Rev. Colombiana de Cardiología 2006; Vol 13 (2), disponible en: <http://www.scc.org.co/revista.cfm?do=detalle&cidarticulo=79>.
22. Briger OK, Rasmussen R y Endrei L. Sedentarismo : Recomendaciones FAC '99, Prevalencia e Importancia. En : Rev Fed Arg Cardiol 1999; 28 : 525-528.
23. I Tercedor P, Delgado M. Modalidades de práctica de actividad física en el estilo de vida de los escolares. En: Digital 2000:5 (24) agosto de 2000, disponible en URL: www.efdeportes.com/efd24b/estilo.htm, (citado en marzo de 2005)
24. Marriner T.A. y Raile A.M. Modelos y teorías en Enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcourt, 1999. p. 175 - 194
25. Pardo A. ¿Qué es la Salud? En: Rev Med de la Universidad de Navarra, 1997; 41(2):4 - 9, disponible en: <http://www.unav.es/cdb/dhbasalud.html>.
26. Chopra D. Cómo crear salud: Más allá de la prevención y hacia la perfección. México: Grijalbo, 1990. p. 121 - 122
27. Wuthnow R H, Bergensen JD, Kurzweil E. Cultural analysis: The work of Peter L, Berger, Foucault, M, Habermas, And J. London: Routledge, Kegan Paul; 1984.