

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Seminario para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES DE LA SALUD EN PERSONAS
ADULTAS CON RIESGO CARDIOVASCULAR: UN ANÁLISIS DESDE LA TEORÍA
DE AUTOCAUIDADO EN ENFERMEDAD CRÓNICA

Sustentantes:

Priscilla Herrera Araya B43340

Melisa Ramírez Alméciga B45579

Silvia Salazar Villegas B36373

Comité Asesor

Dra. Vivian Vílchez Barboza

Dra. Ana Laura Solano López

MSp. María Nielszen Rojas Muñoz

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **25 de enero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **María Priscilla Herrera Araya**, carné **B43340**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Vivian Vilchez Barboza, Directora
Ana Laura Solano López, Lectora
María Nielssen Rojas Muñoz, Lectora
Rebeca Gómez Sánchez, Quinto miembro
Jerik Andrade Espinales, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **María Priscilla Herrera Araya** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **María Priscilla Herrera Araya**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Determinantes sociales estructurales de la salud en personas adultas con riesgo cardiovascular: un análisis desde la teoría de autocuidado en enfermedad crónica"**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.





Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
25 de enero 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado con distinción

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

Vivian Vilchez Barboza, Directora

Ana Laura Solano López, Lectora

María Nielsen Rojas Muñoz, Lectora

Rebeca Gómez Sánchez, Quinto miembro

Jerik Andrade Espinales, Preside

Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **25 de enero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Silvia Salazar Villegas**, carné **B36373**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Vivian Vílchez Barboza, Directora
Ana Laura Solano López, Lectora
María Nielssen Rojas Muñoz, Lectora
Rebeca Gómez Sánchez, Quinto miembro
Jerik Andrade Espinales, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Silvia Salazar Villegas** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Silvia Salazar Villegas**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: "**Determinantes sociales estructurales de la salud en personas adultas con riesgo cardiovascular: un análisis desde la teoría de autocuidado en enfermedad crónica**"

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.





Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
25 de enero 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado con distinción

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

Vivian Vilchez Barboza Vivian Vilchez Barboza, Directora
Ana Laura Solano López Ana Laura Solano López, Lectora
María Nielssen Rojas Muñoz María Nielssen Rojas Muñoz, Lectora
Rebeca Gómez Sánchez Rebeca Gómez Sánchez, Quinto miembro
Jerik Andrade Espinales Jerik Andrade Espinales, Preside
Silvia Salazar V. Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **25 de enero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Yenny Melisa Ramírez Alméciga**, carné **B45579**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Vivian Vílchez Barboza, Directora
Ana Laura Solano López, Lectora
María Nielssen Rojas Muñoz, Lectora
Rebeca Gómez Sánchez, Quinto miembro
Jerik Andrade Espinales, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Yenny Melisa Ramírez Alméciga** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Yenny Melisa Ramírez Alméciga**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: "**Determinantes sociales estructurales de la salud en personas adultas con riesgo cardiovascular: un análisis desde la teoría de autocuidado en enfermedad crónica**"

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.





Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
25 de enero 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado con distinción

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

Vivian Vilchez Barboza, Directora
 Ana Laura Solano López, Lectora
 María Nielssen Rojas Muñoz, Lectora
 Rebeca Gómez Sánchez, Quinto miembro
 Jerik Andrade Espinales, Preside
 Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Dedicatoria

Quiero dedicar este seminario de graduación principalmente a **Dios** por darme el don de la vida y bendecirla durante todos estos años de mi formación profesional.

A mis papás, **Silvia Araya** y **William Herrera**, por ser mí apoyo en todo momento, por estar presentes de diferentes formas, mostrándome que con esfuerzo se puede llegar a cumplir las metas y sueños. Por enseñarme a ser una mejor persona y profesional cada día. A **mis hermanos** por el apoyo mostrado durante todos estos años de carrera.

A mi **familia** más cercana, por las demostraciones de cariño que tuvieron en los diferentes años de la carrera y durante el proceso de la investigación. Así como a mis familiares que ya no están presentes en la vida terrenal, los cuales me guiaron y bendijeron desde el cielo.

Agradezco a mis amigas y compañeras de investigación **Silvia Salazar** y **Melisa Ramírez**, las cuales estuvieron presentes durante todos los años de la carrera, mostrándome su apoyo y amistad incondicional hasta en los momentos difíciles. Las mejores compañeras que se puede tener, formamos un equipo excelente donde la motivación y el optimismo siempre estuvieron presentes durante todo el proceso de investigación.

A todos mis **amigos y compañeros de carrera**, por hacer mis días en la universidad más agradables y divertidos, por enseñarme el valor del compañerismo y la empatía.

A la directora del presente seminario **Dra. Vivian Vílchez** por su orientación y consejos durante el proceso de realización. Así como a los diferentes **docentes** de la Universidad de Costa Rica que estuvieron presentes durante toda mi formación universitaria, por haber compartido sus conocimientos y experiencias y, por último, pero no menos importante a la **Universidad de Costa Rica** por darme las herramientas y abrir sus aulas, para convertirme en una profesional universitaria.

Priscilla Herrera Araya

Dedicatoria

Quiero dedicar el resultado del trabajo de varios años, primero a Dios por darme la resiliencia para afrontar cada prueba y ayudarme en todos esos momentos en que parecía imposible seguir.

A mi mamá y mi papá, **Grisel Villegas y Luis Salazar** por su apoyo incondicional a pesar de la distancia, y nunca perder la esperanza en mí, por sus palabras y ejemplos de vida, los cuales fueron mi principal motivación para dar lo mejor de mí.

A mi hermana **Susan** por ayudarme tanto en los momentos que más lo necesitaba, ser una hermana ejemplar y amiga solidaria. Porque al final quien más necesitó aprender de la otra fui yo.

A mis compañeras de este Seminario de Graduación, **Priscilla Herrera y Melisa Ramírez** a quienes admiro y me siento afortunada de que sean mis amigas. Así como, a todos los amigos y amigas que hice en la universidad con los que compartí diferentes momentos.

A los profesores que, a lo largo de la carrera, además de esforzarse por enseñarme la disciplina de Enfermería, también me enseñaron valores para la vida por medio de su actuar. Al personal administrativo de la Escuela de Enfermería y especialmente a los misceláneos por crear un entorno limpio y ameno para estar en la escuela.

Finalmente, a la Universidad de Costa Rica por darme tantas oportunidades, experiencias, conocimiento, y la oportunidad de tener un título universitario.

Silvia Salazar Villegas

Dedicatoria

Dedico el fruto del trabajo realizado a **Dios** por sus tiempos y planes perfectos, a la **Virgen María** por ser mi guía y alivianar las cargas.

A mi mamá **Clara Alméciga** y mi papá **Félix Ramírez** por su por enseñarme con su ejemplo de tenacidad la capacidad de salir adelante ante cualquier situación, por su amor y entrega durante todo mi proceso educativo.

A Cristian Ramírez, Dayana Venegas, Juan José Rivera y María José Herrera por ser incondicionales y demostrarme su apoyo.

A mis compañeras y amigas Priscilla Herrera y Silvia Salazar, por todo lo que compartimos en la universidad y en el proceso de realización de este seminario, agradezco su comprensión y haber hecho este proceso ameno.

A los docentes, compañeros, usuarios y demás personas que durante toda la carrera aportaron sus conocimientos, valores y experiencias en mi formación personal y profesional.

Por último, agradezco a la Universidad de Costa Rica por abrir tantas oportunidades en sus aulas, por todas las experiencias que me permitió, apuntando siempre a la excelencia.

Melisa Ramírez Alméciga

Contenido

Capítulo I.....	1
1.1 Introducción	1
1.2 Objetivos.....	4
1.2.1 General	4
1.2.2 Específicos	4
1.3 Justificación	5
1.4 Problema de investigación	8
Capítulo II.....	11
2.1 Marco referencial	12
2.2 Marco teórico	13
2.3 Marco conceptual.....	20
2.3.1 Riesgo cardiovascular:	20
2.3.1.1 Factores de riesgo conductuales	21
2.3.1.1.1 Tabaquismo	21
2.3.1.1.2 Dieta	22
2.3.1.1.3 Inactividad física.....	23
2.3.1.2 Factores de riesgo metabólicos.....	25
2.3.1.2.1 Concentración de lípidos	25
2.3.1.2.2 Hipertensión	27
2.3.1.2.3 Obesidad	29
2.3.1.2.4 Diabetes Mellitus.....	30
2.3.2 Determinantes sociales de la salud.....	31
2.3.2.1 Determinantes estructurales:.....	32
2.3.2.1.1 Posición social:	33
2.3.2.1.2 Ocupación	33
2.3.2.1.3 Nivel educativo.....	36
2.3.2.1.4 Ingresos.....	37
2.3.2.1.5 Género	38
2.3.2.1.6 Etnia/raza:	40
2.4 Marco empírico	42
2.4.1 Internacionales	42

2.4.2 Nacionales:	52
2.4.3 Local.....	61
2.4.4 Síntesis del marco empírico	64
2.5 Marco legal	65
Capítulo III	67
3.1 Metodología	67
3.1.2 Modalidad Seminario	67
3.1.2.1 Componente Investigativo.....	70
3.1.2.1.1 Enfoque de la Investigación	70
3.1.2.1.2 Tipo de la Investigación	70
3.1.2.1.3 Lugar de la Investigación	71
3.1.2.1.4 Población y Muestra	71
3.1.2.1.4.1 Criterios de inclusión.....	72
3.1.2.1.5 Método de Recolección de datos.....	72
3.1.2.1.6 Sistema de variables.	74
3.1.2.1.7 Método de análisis de datos.....	80
3.1.2.2 Componente Reflexivo.....	80
3.1.2.2.1 Foro Presencial	81
3.1.2.3 Consideraciones éticas	82
Capítulo IV	87
4.1 Resultados	87
4.1.1 Factores de riesgo cardiovascular:	87
4.1.2 Determinantes sociales estructurales.....	97
4.1.3 Resultados de la fase reflexiva.....	100
Capítulo V	102
5.1 Discusión	102
5.1.1 Factores de riesgo cardiovascular	102
5.1.1.1 Edad.....	102
5.1.1.2 Tabaquismo	103
5.1.1.3 Concentración de lípidos	106
5.1.1.3.1 Colesterol total.....	106
5.1.1.3.2 HDL.....	108

5.1.1.3.3 LDL	110
5.1.1.3.4 Triglicéridos	112
5.1.1.4 Hipertensión	114
5.1.1.5 Diabetes mellitus	117
5.1.1.5 Obesidad	121
5.1.2 Determinantes estructurales de la salud	123
5.1.2.1 Género	123
5.1.2.2 Ocupación.....	127
5.1.2.3 Nivel educativo.....	131
5.1.2.4 Ingresos.....	133
5.1.3 Teoría del autocuidado en la enfermedad crónica.....	134
5.1.3.1 Mantenimiento del autocuidado	134
5.1.3.2 Monitoreo del autocuidado.....	136
5.1.3.3 Gestión del autocuidado	136
6. Conclusiones:	139
7. Recomendaciones:	140
7.1 Futuras investigaciones:.....	140
7.2 COOPESAIN:.....	140
7.3 Escuela de enfermería:	141
8. Limitaciones:.....	141
9. Referencias	142
10. Anexos	160
Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	160
Anexo 2: Invitación al foro.....	164

Figura 1 Ranquin de mortalidad según causa de muerte, Costa Rica, 2008 y 2017	9
Figura 2 Esquema del marco referencial	12
Figura 3 Modelo de la teoría	14
Figura 4 El marco conceptual de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud	32
Figura 5 Tabla de predicción de riesgo AMR B de la OMS/ISH para los contextos en el que se puede medir el colesterol sanguíneo	57
Figura 6 Preguntas básicas para la valoración de los riesgos psicosociales en la práctica .	58
Figura 7 Diagnósticos de morbilidad en Medicina General más frecuentes en personas de 24 a 64 años de la Clínica Integrada de Tibás, Lic. Rodrigo Fournier del 2017	61
Figura 8 Distribución de la población femenina que asistió a consulta según estado nutricional y grupo étnico de la Clínica Lic. Rodrigo Fournier Guevara. 2017	62
Figura 9 Distribución de la población masculina que asistió a consulta según estado nutricional y grupo étnico de la Clínica Lic. Rodrigo Fournier Guevara. 2017	62
Figura 10 Nivel educativo de la población en el 2015	63

Tabla 1 Parámetros para clasificación de los indicadores del perfil lipídico según la AHA	26
Tabla 2 Parámetros para clasificación de la presión arterial.	28
Tabla 3 Clasificación de los niveles de presión arterial según la CCSS	28
Tabla 4 Clasificación de los niveles de presión arterial según la American Heart Association (AHA).	29
Tabla 5 Funciones del equipo en el foro.....	69
Tabla 6 Operacionalización de las variables	74
Tabla 7 Distribución de funciones.....	82
Tabla 8 Distribución de datos por factores de riesgo cardiovascular tabaquismo y perfil lipídico(N=9792).	88
Tabla 9 Distribución de datos por factores de riesgo cardiovascular: hipertensión y nivel de presión arterial(N=9792).	89
Tabla 10 Distribución de datos por factores de riesgo cardiovascular diabetes y hemoglobina glicosilada(N=9792).	90
Tabla 11 Distribución de datos por factores de riesgo cardiovascular índice de masa corporal(N=9792)	91
Tabla 12 Resultados de máximos y mínimos según factor de riesgo cardiovascular(N=9792).	91
Tabla 13 Distribución de datos correspondientes a mujeres por perfil lipídico (N=6086). 92	
Tabla 14 Distribución de datos correspondientes las mujeres por hipertensión y niveles de presión arterial (N=6086)	94
Tabla 15 Distribución de datos correspondientes a hombres por perfil lipídico(N=3706). 95	
Tabla 16 Distribución de datos correspondientes hombres por presión arterial(N=3706).. 96	
Tabla 17 Distribución de datos por determinantes sociales estructurales(N=9792)	98

Resumen

Introducción: Las cardiopatías son la causa principal de mortalidad en todo el mundo desde hace 20 años y en Costa Rica representan tres de las cinco principales causas de muerte. Los determinantes sociales estructurales influyen en los factores de riesgo cardiovascular. La teoría de autocuidado en la enfermedad crónica se enfoca en tres conceptos principales: mantenimiento del autocuidado, monitoreo del autocuidado y gestión del autocuidado, además es un sustento teórico novedoso y específico para la población. **Objetivo:** Analizar desde la teoría de autocuidado en enfermedad crónica los determinantes sociales estructurales en salud en personas adultas con riesgo cardiovascular. **Metodología:** Modalidad seminario conformado por un componente investigativo, de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo-transversal y un componente reflexivo: llevado a cabo por medio de un foro mediante la modalidad virtual. Población conformada por datos secundarios de 9792 registros digitales anonimizados de la consulta de crónicos de una cooperativa de salud nacional. Los datos se analizaron con estadística descriptiva. **Resultados:** Con relación a los determinantes estructurales de salud, se evidenció que las mujeres representaban el mayor porcentaje de la población (62,15%), en cuanto a la ocupación los grupos mayores 2 y 10 fueron los que obtuvieron un mayor porcentaje (22,58%) y (34,70%) respectivamente, con respecto al nivel educativo el (63,23%) tenían secundaria completa o más. Acerca de los resultados asociados a los factores de riesgo cardiovascular, el mayor porcentaje de la población (49,9%) en cuanto al colesterol total se ubicaban en el rango alto y limite alto, los niveles de triglicéridos se encontraban en un mayor porcentaje en el rango normal (49,89%), la población presentó un promedio de 47,31 mg/dl con relación al HDL, la población presentó un mayor porcentaje en la suma de los rangos limite alto, alto y muy alto (44,2%) con relación a los niveles de LDL. En el tabaquismo predominó el porcentaje de personas que no eran tabaquistas (89,17%), patrón que se repetía en cuanto a la hipertensión y diabetes donde el mayor porcentaje de la población no presentaba estas patologías. La obesidad y el sobrepeso representaban el mayor porcentaje de la población (79,59%). Los resultados sugieren que la población presenta características favorables para el mantenimiento y la gestión del autocuidado, específicamente por la representación de los determinantes sexo y nivel educativo. **Conclusiones:** La población tiene características favorables para la gestión y el mantenimiento del autocuidado desde los determinantes sociales estructurales de sexo y nivel

educativo, debido al predominio de mujeres y el nivel educativo de secundaria completa. Además, el factor de riesgo cardiovascular predominante corresponde al de obesidad y sobre peso.

Descriptores: gestión de autocuidado, mantenimiento de autocuidado, monitoreo de autocuidado, determinantes estructurales, riesgo cardiovascular, enfermedad crónica.

Abstract

Introduction: Heart disease has been the leading cause of mortality worldwide for 20 years and in Costa Rica it represents three of the five leading causes of death. Structural social determinants influence cardiovascular risk factors. The theory of self-care in chronic disease focuses on three main concepts: self-care maintenance, monitoring self-care and self-care management, is also a novel and specific theoretical basis for the study population.

Objective: To analyze from the theory of self-care in chronic disease the structural social determinants in health, in adults with cardiovascular risk. **Methodology:** Seminar modality,

made up of a quantitative investigative component, descriptive-transversal design and a reflective component: carried out through a forum through the virtual mode. Population made up of secondary data from 9792 anonymized digital records from the chronic consultation of a national health cooperative. The data were analyzed with descriptive statistics. **Results:**

Regarding the structural determinants of health, it was evidenced that women represented the highest percentage of the population (62,15%), in terms of occupation, the groups 2 and 10 were those that obtained a higher percentage (22, 58%) and (34,70%) respectively, with respect to educational level, (63,23%) had completed high school or more. Regarding the results associated with cardiovascular risk factors, the highest percentage of the population (49,9%) in terms of total cholesterol were located in the high range and high limit, triglyceride levels were in a higher percentage in the normal range (49,89%), the population presented an average of 47,31 mg / dl in relation to HDL, the population presented a higher percentage in the sum of the high, high and very high limit ranges (44,2%) in relation to LDL levels. The percentage of people who were not smokers (89,17%) predominated in smoking, a pattern that was repeated in terms of hypertension and diabetes where the highest percentage of the population did not present these pathologies. Obesity and overweight represented the highest percentage of the population (79,59%). The results suggest that the population presents favorable characteristics for the maintenance and management of self-care, specifically due to the representation of the determinants of sex and educational level.

Conclusions: The population has favorable characteristics for the management and maintenance of self-care from the structural social determinants of sex and educational level, due to the predominance of women and the complete secondary education level. In addition, the predominant factor corresponds to the cardiovascular risk of obesity and overweight.

Descriptors: self-care, structural determinants, cardiovascular risk, chronic disease.

Capítulo I

1.1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2020) en la actualidad siete de las 10 principales causas de muerte son no transmisibles y las cardiopatías son desde hace 20 años la causa principal de mortalidad en todo el mundo. En Costa Rica las enfermedades crónicas no transmisibles representaron para el 2005 un 61% de los Años de Vida Perdidos (AVP) debido a la discapacidad o muertes prematuras, además de un gran impacto en el estilo de vida y el ámbito económico debido a los altos costos que estas generan, esto según el Ministerio de Salud (2014). Asociado a lo anterior la Caja Costarricense de Seguro Social (2015), afirma que, de las causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el año 2012, el primer lugar lo ocupan las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de enfermedades cerebrovasculares y en tercer lugar la enfermedad hipertensiva. Dentro de estas enfermedades, las cardiovasculares representan el 72,85%. Para el año 2012 se registraron 4.117 muertes por estas enfermedades.

Las enfermedades crónicas cardiovasculares pueden estar asociadas a los determinantes sociales de la salud, que muestran como el entorno social de la persona influye en la salud. Además, el manejo de estas enfermedades puede ser explicado desde la teoría de enfermería de mediano rango “autocuidado en enfermedad crónica”, lo que permitiría la aproximación a la naturaleza en el fenómeno a estudiar: los determinantes estructurales en el riesgo cardiovascular.

La teoría de autocuidado desarrollada por Barbara Riegel, Tiny Jaarsma y Anna Stromberg, (2012), tiene como suposiciones que “existen diferencias entre el autocuidado general de promoción de la salud y el autocuidado específico de la enfermedad”. (Riegel, Jaarsma & Stromberg, 2018), además que la interacción entre el proveedor del cuidado y la persona con enfermedad crónica tiene como objetivo empoderar a este de su autocuidado diario. Dicha teoría se enfoca en tres conceptos principales: mantenimiento del autocuidado, monitoreo del autocuidado y gestión del autocuidado, los cuales serán ampliamente explicados en el segundo capítulo.

Tomando en cuenta lo anterior, el objetivo del presente seminario fue analizar desde la teoría de autocuidado en enfermedad crónica, los determinantes sociales estructurales de la salud en personas adultas con riesgo cardiovascular entre los 35 a 64 años, adscritas a la Clínica Integrada de Tibás durante el 2020, mediante un estudio cuantitativo, el cual busca comprender los fenómenos estudiados desde la perspectiva de los participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Este seminario se suscribe dentro del proyecto de investigación dirigido por la Dra. Vivian Vílchez, titulado: “Determinantes sociales estructurales de las inequidades en salud y factores de riesgo cardiovascular en personas adultas con enfermedad crónica”. Proyecto número Pry01-1372-2017.

El estudio se realizó siguiendo la modalidad de seminario, según el reglamento de trabajos finales de graduación de la Universidad de Costa Rica (2003), la organización del seminario se hace por medio de la discusión reiterada de un tema, su estudio intensivo en reuniones de trabajo que deben ser planificadas con anterioridad, además se considera un grupo de aprendizaje activo, ya que los miembros no reciben información elaborada si no que indagan por sus propios medios y se forma una elaboración recíproca.

El Seminario de Graduación de modo general está constituido por dos componentes según la Guía de Presentación de la Propuesta bajo la Modalidad Seminario de Graduación (2018): 1) Componente investigativo: la investigación es de carácter cuantitativo, descriptivo y transversal, en la que se realizó una recolección de datos pertenecientes a los expedientes de la población adscrita a la Clínica Integrada de Tibás y la búsqueda bibliográfica de antecedentes, conceptos, teorías y leyes. 2) Componente reflexivo: Se realizó un foro para enriquecer la discusión e intercambio de experiencias sobre el tema de interés, entre las investigadoras, participantes, y profesionales afines al tema.

La realización de este estudio estuvo bajo la guía y el acompañamiento del comité asesor conformado por la Dra. Vivian Vílchez como tutora, como lectoras la Dra. Ana Laura Solano y MSp. María Nielssen Rojas. El tema corresponde al área de investigación Sociedad, Cultura y Salud, y a la línea Construcción Social de la Salud y la Enfermedad, las cuales están estrechamente relacionadas con los ejes transversales del plan de estudios de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica: ética, género, derechos

humanos e investigación. Enmarcado desde el objetivo de desarrollo sostenible número 3: “Salud y bienestar” de la Organización de las Naciones Unidas, ya que como lo menciona Ramírez (citado por Briancesco, 2020), la visión de enfermería lleva a saber e identificar que los problemas de salud van más allá de una problemática de tipo biológico, lo que permite entrar en el plano social, cultural, económico y sobre todo en determinantes estructurales de las inequidades de la salud.

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Analizar desde la teoría de autocuidado en enfermedad crónica los determinantes sociales estructurales en salud en personas adultas con riesgo cardiovascular entre los 35 a 64 años, con enfermedad crónica adscritas a la Clínica Integrada de Tibás durante el 2020.

1.2.2 Específicos

1. Describir a la población de acuerdo con los determinantes sociales estructurales en salud (ocupación, sexo, nivel educativo, ingresos) en personas adultas entre los 35 y 64 años con enfermedad crónica adscritas a la Clínica Integrada de Tibás durante el 2020.
2. Identificar los factores de riesgo cardiovascular en personas adultas entre los 35 y 64 años con enfermedad crónica adscritas a la Clínica Integrada de Tibás durante el 2020.
3. Reflexionar desde la teoría para el autocuidado de enfermedades crónicas, los determinantes sociales estructurales en salud en personas adultas entre los 35 y 64 años con enfermedad crónica adscritas a la Clínica Integrada de Tibás durante el 2020.

1.3 Justificación

La Organización Panamericana de la Salud (2007) plantea como principales enfermedades no transmisibles: las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas y según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2018), las principales 5 causas de muerte en Costa Rica en el 2017, en orden descendente, fueron el infarto agudo de miocardio, tumor maligno del estómago, bronconeumonía, enfermedad esclerótica del corazón y enfermedad isquémica del miocardio.

Se han considerado tradicionalmente las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) como la consecuencia de factores modificables y no modificables, estilo de vida y factores de riesgo genéticos. Havranek et al. (2015) indican que se debe ampliar el enfoque e incorporar un tercer aspecto; los determinantes sociales de la salud, pues es fundamental demostrar el conocimiento de estos con respecto a las enfermedades cardiovasculares. Lang, Lepage, Schieber, Lamy & Kelly-Irving (2012), sostienen que los determinantes sociales no solo deben estar asociados con los factores de riesgo tradicionales, que actúan directamente sobre las enfermedades cardiovasculares, sino también ser examinados como factores determinantes de algunas enfermedades cardiovasculares, que influyen en la incidencia y la gestión de factores de riesgo tradicionales, así como la gestión de los eventos coronarios agudos.

La presente investigación tiene como fundamento teórico la teoría del autocuidado en la enfermedad crónica, la cual es un sustento teórico novedoso y es específica para la población a la que va dirigida el seminario; al abordar el tema de autocuidado es necesario mencionar a Dorotea Orem quien es su principal exponente, sin embargo, la teoría de Orem no está enfocada en enfermedades crónicas, como la teoría de rango medio (Riegel, Jaarsm & Stromberg, 2012). Orem define el autocuidado como “la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar” (Orem, 1983, p. 55). Sin embargo, el cuidado personal puede tener otro significado para las personas con una enfermedad crónica, ya que vivir de manera óptima con una enfermedad crónica a menudo requiere un conjunto de comportamientos para controlar el

proceso de la enfermedad, disminuir la carga de los síntomas y mejorar la supervivencia. (Riegel, Jaarsm & Stromberg, 2018).

Este seminario adquiere valor teórico al emplear la teoría del autocuidado en enfermedades crónicas desarrollada por Riegel, Jaarsm & Stromberg en el 2012, como principal referente para el análisis.

La teoría de mediano rango de autocuidado en la enfermedad crónica aborda el proceso de mantenimiento de la salud con prácticas de promoción de la salud en el contexto de la gestión requerida de una enfermedad crónica (Riegel, Jaarsm & Stromberg, 2012). Tiene 3 conceptos claves: el mantenimiento de autocuidado, el monitoreo de autocuidado y la gestión de autocuidado. Dentro de los supuestos de esta teoría se especifica la diferencia entre el autocuidado general y el autocuidado específico de la enfermedad, donde se describe que el autocuidado que se produce en asociación con una enfermedad crónica tiene en común con el autocuidado general lo siguiente: es un proceso dinámico y subjetivo influenciado por la edad, el género, la cultura, la educación, el estado socioeconómico, entre otros. Pero el autocuidado en la enfermedad también se ve influenciado por otras personas; por ejemplo; los proveedores de la salud, los cuales repercuten directamente en la condición de la persona, incluyendo el alivio de los síntomas, la calidad de vida y la supervivencia, lo cual no se especifica en la teoría de Orem. (Riegel, Jaarsm & Stromberg, 2018).

El utilizar la teoría de enfermería como un modelo de cuidado que es aplicable a un grupo poblacional específico (personas con enfermedades cardiovasculares) sugiere implicaciones prácticas para la profesión y permite ampliar la evidencia sobre la importancia que ejerce el personal de enfermería en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, “los modelos de manejo de casos llevados por personal de enfermería, más intensivos y con más contacto, se asocian a mejores resultados, como regresión de la esclerosis y disminución de eventos cardíacos” (CCSS, 2015, p. 78)

La evidencia indica que los programas multidisciplinarios de manejo y prevención para la reducción del riesgo cardiovascular coordinados por el personal de enfermería son más efectivos que la atención médica convencional, y que dichos programas pueden adaptarse a diferentes contextos sanitarios (CCSS, 2015).

El seminario también responde a la Política Nacional de Enfermería (2011) ya que en el eje de investigación la política plantea el desarrollo de investigaciones que permitan generar evidencia científica para mejorar el ser y el quehacer de Enfermería y contribuir al mejoramiento de la salud de la población; se espera que el análisis de la investigación permita evidenciar la importancia de la teorizante de enfermería y del análisis de los determinantes estructurales de la salud como otro factor a considerar en las personas con riesgo cardiovascular.

La indagación en el tema de enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo ha aumentado en los últimos años debido a su creciente impacto a nivel de salud pública, este seminario es conveniente porque constituye un aporte más en el análisis de esta problemática que generaría conocimiento valioso para la disciplina de enfermería; los determinantes estructurales en relación a las personas con riesgo cardiovascular fueron descritos desde el enfoque cuantitativo el cual “ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista basado en los conteos y magnitudes” (Hernández, Fernández y Baptista. 2014, p.15).

Adicionalmente, los resultados de este seminario permitirán generar conocimiento en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, donde se pueda evidenciar el problema de las enfermedades crónicas como un tema de interés social y de salud pública, además, que permita sentar bases para generar políticas, protocolos y modelos de intervención a los y las profesionales en enfermería, para la promoción de estilos de vida saludables para el mantenimiento de condiciones óptimas a pesar de la enfermedad.

El aporte de los datos obtenidos y el análisis de estos pueden contribuir al desarrollo de estrategias ya existentes a nivel de Costa Rica como la “Estrategia Nacional para el Abordaje integral de la Enfermedad Crónica no transmisible y Obesidad 2013-2021”, perteneciente al Ministerio de Salud de Costa Rica, la cual tiene como objetivo “reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad, mediante el abordaje integral de los factores protectores, los factores de riesgo y la prestación de servicios de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población nacional” (Ministerio de Salud, 2014. p. 16).

El fenómeno estudiado en este seminario se ubica en el área sociedad, cultura y salud y la línea temática construcción social de la salud y la enfermedad de la Escuela de Enfermería UCR “esta área de investigación se define como aquella que estudia el fenómeno salud-enfermedad como proceso humano y social desde una perspectiva disciplinar, multi, inter y transdisciplinar”.

Así mismo, la línea de investigación corresponde a “Construcción Social de la salud y enfermedad”, ya que en este seminario se analizaron los determinantes estructurales de un grupo de personas con riesgo cardiovascular, profundizando en identificar esos determinantes, además, en el componente reflexivo del seminario profundiza en la discusión de estos riesgos cardiovasculares con un grupo de profesionales afines a la temática. Enmarcado desde el objetivo de desarrollo sostenible número 3: “Salud y bienestar” de la Organización de las Naciones Unidas, ya que como lo menciona Ramírez (citado por Briancesco, 2020), la visión de enfermería lleva a saber e identificar que los problemas de salud van más allá de una problemática de tipo biológico, lo que permite entrar en el plano social, cultural, económico y sobre todo en determinantes estructurales de las inequidades de la salud.

1.4 Problema de investigación

Este seminario se dirige al análisis de los determinantes sociales estructurales en salud en personas adultas con riesgo cardiovascular, desde la teoría de mediano rango de enfermería “autocuidado en la enfermedad crónica”.

Los determinantes estructurales son las características que “generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente” (Organización Panamericana de la Salud, 2012) y los cuales son descritos en el presente seminario de graduación como ocupación, género, nivel educativo e ingresos; esto en asociación con lo establecido por la OPS, quien se basó en las definiciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) para desarrollarlos.

La Organización Panamericana de la Salud (2017) plantea como principales enfermedades no transmisibles: las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades

respiratorias crónicas, además fueron responsables del 81% de todas las muertes en el 2016, esto según datos de la Organización Panamericana de la salud (2019).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2018^c), se asocia un mayor número de muertes por enfermedades no transmisibles a los países que presentan ingresos altos, representando un 88% y siendo en países de ingresos bajos responsable de solamente 39%, aunque en cifras absolutas el 78% de las defunciones por estas enfermedades ocurrió en los países de ingresos medianos y bajos.

Para el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2018), las principales 5 causas de muerte en Costa Rica en el 2017 en orden descendente fueron el infarto agudo de miocardio, tumor maligno del estómago, bronconeumonía, enfermedad esclerótica del corazón y enfermedad isquémica del miocardio.

Figura 1

Ranquin de mortalidad según causa de muerte, Costa Rica, 2008 y 2017.



Nota. Los datos presentados se encuentran en tasas por cada 10.000 habitantes. *INEC (2018, p.81)*

Se presenta la asociación entre las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo modificables, no modificables, genética y estilos de vida. Sin embargo, Havranek et al. (2015) indican que se debe ampliar el enfoque e incorporar un tercer aspecto, los determinantes sociales de la salud; pues es fundamental demostrar el conocimiento de éstos con respecto a las enfermedades cardiovasculares. Por lo que se hace necesario, profundizar

en las causas que están detrás de los riesgos cardiovasculares, específicamente los determinantes estructurales.

En cuanto a la factibilidad del estudio y la disposición de recursos, se considera que este seminario cumple con estos requisitos ya que se contará con los recursos humanos constituidos por el comité asesor y las propias proponentes, así como las personas participantes y en cuanto a los materiales para cumplir con cada uno de los objetivos, éstos serán suministrados por las sustentantes.

Todo lo mencionado anteriormente refleja que, en Costa Rica, así como en la Clínica Integrada de Tibás (COOPESAIN), no se conoce cuáles son los determinantes sociales estructurales de la salud (ocupación, género, nivel educativo e ingresos) en personas con riesgo cardiovascular; por lo tanto la necesidad de abordar la temática desde una teorizante de enfermería que promueve estrategias eficaces para el adecuado manejo y control de la enfermedad, mejorando así la calidad de vida de las personas que padecen dichas enfermedades.

Tomando en cuenta la teoría de “autocuidado en enfermedad crónica” planteada por Barbara Riegel, Tiny Jaarsma y Anna Stromberg, en la cual las personas asumen su autocuidado por medio de tres conceptos claves “mantenimiento de autocuidado, el monitoreo de autocuidado y la administración de autocuidado”, de la mano con los conocimientos adquiridos en el plan de estudios de la carrera de licenciatura de enfermería. Lo anterior evidencia la relevancia social que aporta la realización del presente seminario al contribuir a fortalecer los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidades.

Dado lo anterior, se plantea la pregunta de investigación para el componente investigativo del presente seminario, en los siguientes términos:

¿Cuáles son los determinantes sociales estructurales de las personas adultas con riesgo cardiovascular entre los 35 a 64 años adscritas a la Clínica Integrada de Tibás durante el 2020?

Capítulo II

El presente capítulo corresponde a la presentación de los principales supuestos teóricos-conceptuales empíricos que fundamentan el análisis del fenómeno que se va a realizar en el transcurso del seminario, sin pretender que se haya abarcado en su totalidad el fenómeno a estudiar, sino más bien corresponde a una aproximación al tema de estudio, por el análisis reiterativo alrededor de este problema científico que nos hemos planteado y que de acuerdo al reglamento general de trabajos finales de graduación de la Universidad de Costa Rica, nos permitirá familiarizarnos con las teorías y métodos de investigación propios de la disciplina y aplicarlos a los casos específicos, como lo son riesgos cardiovasculares y determinantes estructurales de la salud, para así contribuir a la salud de la población (Universidad de Costa Rica, 2003).

Esta búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos de Scielo, EBSCO, Access Medicine, Science Direct, de la biblioteca de salud de la Universidad de Costa Rica. Además, se utilizaron tesis de graduación de la Universidad de Costa Rica y libros afines a la temática. Para lo anterior las sustentantes participaron en dos capacitaciones brindadas por la Licda. Melania Pérez, los temas expuestos fueron: Búsqueda en bases de datos y citación en formatos APA.

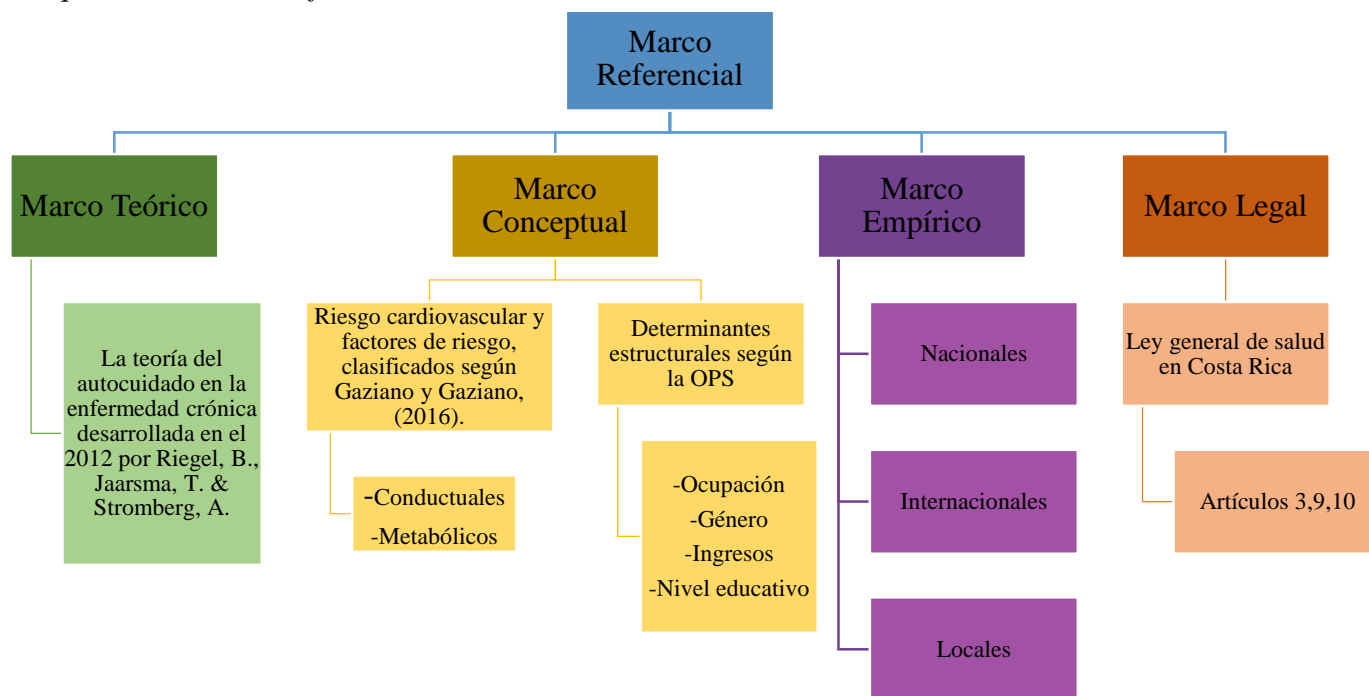
A continuación, se presenta el Marco Referencial.

2.1 Marco referencial

De manera concreta, en primera instancia se presenta un diagrama de los principales elementos que consideramos pertinentes incluir en este marco referencial. La selección se hizo basados en el objetivo general y los específicos del seminario. Se inicia con el marco teórico que sustenta el trabajo, el marco conceptual que explica cada uno de los principales constructos a contemplar en el proceso investigativo, los elementos empíricos conformados por los estudios previos o antecedentes sobre el fenómeno en estudio, a nivel internacional, nacional y local, y por último se presenta el marco legal.

Figura 2

Esquema del marco referencial.



Nota. Representación gráfica de los componentes del marco referencial. Elaboración propia.

2.2 Marco teórico

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el presente seminario se fundamenta desde lo disciplinar en la teoría del autocuidado en la enfermedad crónica. Es una teoría de construcción reciente que es muy pertinente para el abordaje del fenómeno en estudio. Se trata de una teoría desarrollada en el 2012 por Riegel, Jaarsma, & Stromberg. Es catalogada como una teoría de rango medio ya que es específica en un tema. Tiene como antecedente a la teoría del autocuidado en la insuficiencia cardiaca con la que comparten conceptos; las autoras determinaron que la teoría podía ampliarse a todas las enfermedades crónicas. También encuentran que la población con una enfermedad crónica tiene un manejo diferente del autocuidado respecto a la población que no las tiene. Y si bien, desde la teoría de autocuidado de D. Orem, está el llamado a los/as profesionales en enfermería a contemplar éstos aspectos en los requisitos de alteración de la salud, para la promoción del autocuidado, el aporte del enfoque que les da las teorizantes Riegel, Jaarsma, & Stromberg es centrarse en las capacidades de la persona para autorregular su condición, lo que les permitiría potencializar el autocuidado, logrando mayores beneficios para la salud de la persona y mejorando así su calidad de vida.

Estas teorizantes explican que vivir de manera óptima con una enfermedad crónica a menudo requiere un conjunto de conductas para controlar el proceso de la enfermedad, disminuir la carga de los síntomas y mejorar la supervivencia (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012).

Para lograr la vivencia óptima que se menciona, se presentan 4 conceptos pilares en la teoría: el autocuidado, el mantenimiento de autocuidado, el monitoreo de autocuidado y la gestión de autocuidado. (Ver figura 3) Estos conceptos están interrelacionados y no representan un orden lineal, además, podría no presentarse alguno. A continuación, se detalla cada uno según Riegel, Jaarsma, & Stromberg (2018).

Figura 3

Modelo de la teoría



Nota. Conceptos pilares de la teoría de autocuidado en la enfermedad crónica (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012).

El autocuidado:

El autocuidado es el concepto general o "paraguas" creado a partir de los tres conceptos clave de mantenimiento del autocuidado, monitoreo del autocuidado y gestión del autocuidado. El autocuidado se define como un proceso de mantenimiento de la salud a través de prácticas de promoción de la salud y manejo de enfermedades. El autocuidado se realiza en estados sanos y enfermos. Es importante tener en cuenta que todos se involucran en algún nivel de autocuidado de promoción de la salud diariamente con el cepillado de dientes, la elección de alimentos, etc. Sin embargo, el cuidado personal puede tener otro significado para los pacientes con una enfermedad crónica, ya que vivir de manera óptima con una enfermedad crónica a menudo requiere un conjunto de comportamientos para controlar el proceso de la enfermedad, disminuir la carga de los síntomas y mejorar la supervivencia. (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2018).

El mantenimiento de autocuidado:

El mantenimiento por cuenta propia es un comportamiento que utilizan las personas con una enfermedad crónica para preservar la salud, para mantener la estabilidad física y emocional, o para mejorar el bienestar. Estos pueden ser comportamientos que promueven la salud (por ejemplo, dejar de fumar, preparar alimentos saludables, sobrellevar el estrés) o comportamientos relacionados con la enfermedad (por ejemplo, tomar medicamentos según lo prescrito). Participar en los beneficios de mantenimiento del autocuidado de la reflexión sobre la utilidad del comportamiento, la vigilancia en la realización del comportamiento, una evaluación continua de los beneficios y la eficacia de las actividades. Además, la adaptación a menudo entra en juego para adaptarse a las condiciones cambiantes. Por ejemplo, una persona a la que se le prescribe un nuevo medicamento con restricciones alimenticias deberá revisar su rutina para integrar los cambios en un nuevo estilo de vida. (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2018).

El monitoreo de autocuidado:

Es el proceso de observar cambios en los signos y síntomas, el cual debe ser sistematizado y parte de la rutina de la vida diaria para lograr mejores resultados. Se explica que es un comportamiento humano normal (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2018).

Según estas mismas autoras son necesarios 3 criterios para un monitoreo de autocuidado efectivo, estos tienen como objetivo el reconocimiento del cambio que ha ocurrido:

1. Los cambios clínicamente importantes en la enfermedad deben ser posibles a lo largo del tiempo.
2. Debe existir un método de detección confiable a estos cambios.
3. Debe haber una acción razonable como respuesta.

El monitoreo del autocuidado es el proceso de observarse a sí mismo en busca de cambios en los signos y síntomas. El monitoreo del autocuidado es un proceso de rutina, monitoreo del cuerpo, monitoreo o escucha corporal (Dickson, Deatrck y Riegel, citado por Riegel, Jaarsma & Stromberg, 2018). El objetivo del monitoreo de autocuidado es reconocer que se ha producido un cambio. El reconocimiento es facilitado por la conciencia somática (Jurgens, Fain, y Riegel, citado por Riegel, Jaarsma & Stromberg, 2018) o la percepción somática

(Jurgens, Lee y Riegel, 2015 citado por Riegel, Jaarsma & Stromberg, 2018), definida como sensibilidad a las sensaciones físicas y la actividad corporal.

El monitoreo de los cambios relacionados con la salud o el bienestar es un comportamiento humano normal, pero en el cuidado personal de las enfermedades crónicas, el monitoreo debe ser más sistemático y parte de una rutina diaria. Las actividades de monitoreo, como el control del azúcar en la sangre en personas con diabetes, el seguimiento de la presión arterial en personas con hipertensión y el monitoreo de los niveles de ira en personas con esquizofrenia, ayudan a lograr la estabilidad física y emocional.

El monitoreo de los síntomas es efectivo cuando la persona o un cuidador informal es capaz de reconocer e interpretar el signo o síntoma. En otras palabras, solo verificar los cambios en los síntomas o signos sin interpretar el significado o la importancia del cambio no es suficiente. La interpretación de los síntomas es un reto para las personas con enfermedad crónica cuando la enfermedad influye en su interocepción o la capacidad de percibir sensaciones internas como el dolor (por ejemplo, neuropatía sensorial en personas con diabetes). La disfunción cognitiva es otra condición que puede dificultar la interpretación de los síntomas debido a las dificultades para recordar o interpretar. Las personas con depresión también pueden tener distintos problemas para monitorear los cambios debidos a una motivación deficiente.

El monitoreo del autocuidado incluye tanto el proceso de recopilar información sobre un determinado aspecto del autocuidado mediante la observación objetiva (p. Ej., La toma de muestras de sangre para medir la glucosa en sangre o el tiempo de coagulación, el pesaje, el flujo espiratorio máximo) o la observación subjetiva como la escucha del cuerpo observando que algo está mal e interpretar el significado del cambio. Para esta teoría de rango medio se utilizó el comportamiento genérico de la monitorización.

La administración o gestión de autocuidado:

Es la evaluación de los cambios en los signos y síntomas físicos y emocionales para determinar si son necesarias diferentes acciones. Se requiere tomar conciencia de la situación, y la comprensión de esta.

En todo el proceso del autocuidado se involucran dos aspectos de gran relevancia: la reflexión o contemplación, la cual está vinculada a la adquisición de conocimiento; las teorizantes explican que el autocuidado puede ser suficiente o insuficiente, intencional o involuntario, razonado o reflexivo, o automático y no observador.

Lo anterior conlleva a un segundo punto, que es la toma de decisiones, el cual es un proceso complejo ya que puede ser un proceso metódico, analítico y sistemático o un proceso natural implicando el automatismo, las decisiones impulsivas y contextuales. También influyen las metas que se tengan, si estas son realistas o no.

En el 2018 las mismas autoras realizan una segunda publicación sobre la teoría, explicando aspectos de esta y evidenciando los estudios e investigaciones que se han realizado poniendo en práctica dicha teoría. Además, se amplía el concepto de gestión incluyendo que los cambios en los signos y síntomas físicos y emocionales pueden deberse a una enfermedad, tratamiento o al medio ambiente. En este contexto, conocimiento de la situación implica el estado de alerta a las sensaciones corporales (conciencia somática o percepción) y la capacidad de determinar con fiabilidad cómo estas sensaciones cambian en respuesta a los tratamientos.

Riegel, Dickson y Topaz citado por Riegel, Jaarsma & Stromberg (2018), mencionan que lo que poseen una adecuada percepción de sus cambios, pueden simular mentalmente las opciones y decidir un curso de acción del cómo debe ser el tratamiento.

Los tratamientos a menudo son específicos para los signos y síntomas de una enfermedad crónica particular. Por ejemplo, la fatiga debido al asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica puede requerir el uso de un broncodilatador, pero la fatiga debido a la insuficiencia cardíaca puede requerir un diurético adicional. Otro punto importante sobre la gestión del autocuidado es que puede hacerse de forma autónoma o en consulta con un proveedor de atención médica, dependiendo de los mensajes que el proveedor le dé a la persona sobre las modificaciones independientes de las terapias. Con las personas con insuficiencia cardíaca, algunos proveedores alientan a las personas a valorar sus propios diuréticos, pero otros proveedores requieren que la persona llame a la oficina para recibir orientación. Las personas con diabetes que toman insulina habitualmente titulan sus medicamentos según las comidas y el ejercicio. La gestión del autocuidado requiere atención

a la efectividad de un tratamiento para evaluar si ese enfoque debe o no intentarse nuevamente en el futuro. (Riegel, Jaarsma & Stromberg, 2018)

Por otra parte, la teoría ha sido citada en diversas investigaciones y ha permitido desarrollar instrumentos que miden el autocuidado en enfermedades como la hipertensión, la diabetes y la enfermedad cardíaca coronaria. En los informes de la puesta en práctica de la teoría se ha evidenciado la importancia de la reflexión, ya que va de la mano con el proceso de toma de decisiones, además implica considerar la utilidad de un comportamiento, la vigilancia de realizarlo y una evaluación continua de sus beneficios y efectividad asociados. (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012).

Con relación a lo anterior en el 2018 se creó el instrumento “The Self-Care of Chronic Illness (SC-CII)” Riegel, Barbaranellim Sethares, Daus, Moser, Miller, Haedtke, Feinberg, Lee, Stromberg y Jaarsma, el cual está basado en la teoría en cuestión y evalúa con 3 escalas el mantenimiento, el monitoreo y la administración del autocuidado. El mantenimiento del autocuidado con 7 ítems: mide comportamientos de promoción de la salud y los comportamientos relacionados a la enfermedad. El monitoreo del autocuidado tiene 5 ítems, mide la habilidad para reconocer los signos y síntomas y la administración del autocuidado con 7 ítems, mide la habilidad de reconocer signos y síntomas e implementar un tratamiento. Para efectos de la investigación dicho instrumento no será usado, ya que cuando se creó el proyecto, este no había sido publicado aún.

Los factores que afectan el autocuidado son la experiencia y la habilidad, la motivación, las creencias culturales y valores, la confianza, los hábitos, las habilidades funcionales y cognitivas, el apoyo de otros y el acceso a la atención.

Supuestos de la teoría:

1. Hay diferencias entre el autocuidado general y el autocuidado específico de la enfermedad.
2. La toma de decisiones requiere la capacidad de centrar la atención, pensar, y tener la capacidad suficiente para la memoria del trabajo, comprender y ponderar la información.
4. El autocuidado para personas con múltiples morbilidades puede generar un conflicto cuando el autocuidado es considerado para cada enfermedad por separado. Riegel, Jaarsma, & Stromberg. (2012).

Proposiciones:

1. Hay similitudes en el autocuidado de diferentes enfermedades crónicas.
2. La experiencia personal con la enfermedad o el cuidado de alguien con una enfermedad similar, aumentan la calidad del autocuidado realizado. Ya que son procesos aprendidos.
3. Las personas que se involucran en el autocuidado intencionado pero irreflexivo, tienen una habilidad limitada para dominar el autocuidado en situaciones complejas.
4. Los malentendidos, los conceptos erróneos y la falta de conocimientos contribuyen a un autocuidado insuficiente.
5. El dominio del mantenimiento del autocuidado precede al dominio de la gestión de autocuidado.
6. El monitoreo de autocuidado es necesario para una efectiva gestión de autocuidado.
5. Los individuos que realizan autocuidados basados en la evidencia tienen mejores resultados que aquellos que realicen autocuidados no basados en evidencia. Riegel, Jaarsma, & Stromberg. (2012).

La implementación de esta teoría en el seminario nos permitirá analizar los factores de riesgo cardiovascular en personas con enfermedades crónicas, ya que la teoría contempla la experiencia de las personas con procesos de enfermedad crónica y como puede llevar a cabo acciones para mantener y mejorar su condición.

2.3 Marco conceptual

En el presente apartado se evidencian los diferentes exponentes conceptuales asociados a la temática, lo cual brinda mayor conocimiento para el desarrollo de la discusión en temas como riesgo cardiovascular y determinantes sociales estructurales.

2.3.1 Riesgo cardiovascular:

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2018c), las enfermedades no transmisibles representan un 78% del total de muertes a nivel mundial, asociando un mayor número de muertes por enfermedades no transmisibles a los países que presentan ingresos altos, siendo en estos un 88% a diferencia de los países de ingresos bajos en los cuales son responsables de solamente 39%.

El término de factores de riesgo es definido como: “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”, en este caso una enfermedad cardiovascular. (OMS, 2018^a)

En la actualidad el riesgo cardiovascular se puede establecer mediante un método de puntuación llamado “Riesgo de Framingham”, el cual según Álvarez (2001) utiliza un método de puntuación en base a las siguientes variables: edad (35-74 años), sexo, HDL colesterol, colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) e hipertrofia ventricular izquierda (sí/no); con ello podemos calcular el riesgo coronario a los 10 años. Los puntajes obtenidos pueden ir de menos 1 hasta los 32, por lo cual a medida que aumenta el puntaje, el riesgo también aumenta.

El método elaborado por Framingham es hasta el momento uno de los más utilizados para determinar el riesgo cardiovascular. La Organización Mundial de la salud en el 2008, mediante su “Guía para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular”, realizaron una adecuación del método de Fremingham, con el propósito de que los resultados obtenidos sean más certeros y adecuados a la población. La OMS (2008) establece diferentes tablas por subregiones epidemiológica, de las cuales se establecen 14. Costa Rica se encuentra en la

subregión “Las Américas” y se le indicó la tabla “AMR B”, esto basado en las características de la población.

Las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no (infarto de miocardio o ataque apoplético), en un periodo de 10 años según la edad, el sexo, la presión arterial, el consumo de tabaco, el colesterol total en sangre y la presencia o ausencia de diabetes mellitus en 14 subregiones epidemiológicas de la OMS (OMS, 2008, p.7)

Existen diversas clasificaciones de los factores de riesgo cardiovascular, por ejemplo, según Gaziano y Gaziano, (2016, sección factores de riesgo) se clasifican en factores de riesgo conductuales tales como: tabaquismo, dieta e inactividad física y metabólicos como: concentración de lípidos, hipertensión, obesidad y diabetes mellitus.

2.3.1.1 Factores de riesgo conductuales

2.3.1.1.1 Tabaquismo

El tabaquismo aumenta la incidencia de enfermedades coronarias y su mortalidad, a raíz de esto el dejar de fumar reduce el riesgo en un lapso de meses y posterior a 3 o 5 años, el riesgo descende a niveles similares al de personas que nunca han fumado (Kasper et al. 2017).

A nivel mundial más de 1300 millones de personas consumen tabaco, cifra que puede aumentar en el 2030 a 1600 millones, siendo esta práctica la responsable de aproximadamente 5 millones de fallecimientos cada año, de las cuales 1.6 se generan por enfermedades cardiovasculares (Gaziano y Gaziano, 2016).

En Costa Rica según la Caja Costarricense del Seguro Social el porcentaje de la población mayor a 19 años que fuma es de 13,3%, siendo la población entre los 20 y 39 años la cual presentaba el mayor índice de prevalencia de fumado seguida del grupo de población entre los 40 y 64 años (Wong, 2016).

Por otra parte “el tabaquismo pasivo es otra fuente perfectamente definida de cardiopatía coronaria y, en 2011, causó 600 000 muertes entre personas no fumadoras” (Gaziano y Gaziano, 2016, sección factores de riesgo, párr. 2).

El humo del tabaco favorece la enfermedad coronaria por varios mecanismos. El monóxido de carbono causa lesiones en el endotelio vascular, lo que potencia el depósito de colesterol. La nicotina estimula la liberación de catecolaminas, lo que aumenta la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno en el miocardio. La nicotina constriñe las arterias, lo que limita la perfusión tisular (flujo de sangre y aporte de oxígeno). Además, la nicotina reduce las concentraciones de HDL y estimula la agregación plaquetaria, con el consiguiente riesgo aumentado de formación de trombos. (LeMone y Burke, 2009^b).

2.3.1.1.2 Dieta

En cuanto a la relación entre la dieta y el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular salen a relucir dos aspectos generales, los alimentos beneficiosos como las frutas y vegetales y los perjudiciales entre ellos las grasas saturadas, para las enfermedades cardiovasculares (Bercianoa y Ordovás, 2014).

Por otra parte, Gaziano y Gaziano (2016), presentan esta asociación a raíz de un cambio en la forma de alimentación de la población, en el cual se ve un aumento del consumo de grasas animales saturadas y grasas vegetales hidrogenadas que contienen ácidos grasos trans aterógenos, en conjunto con la disminución a la ingestión de alimentos de origen vegetal y un aumento en la cantidad de carbohidratos sencillos.

En el ámbito de Costa Rica, este factor de riesgo fue medido por la cantidad de consumo de frutas y vegetales, esto basándose en la iniciativa global de la OMS y de la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura, de aumentar el consumo de frutas y vegetales, la cual según Wong (2016) arrojó como resultado que el grupo de 65 años de edad o más, fue la población que evidenció mayor consumo de frutas con 4,1 días, seguido del grupo entre los 40 y 64 años con un promedio de 3,6 días. Datos que muestran un comportamiento similar en el caso del consumo de vegetales, siendo la población del grupo de edad de 65 años o más la que presentó mayor consumo.

2.3.1.1.3 Inactividad física

Según la OMS, (2018^b, párr. 1), “se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”.

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad mundial y causante de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (OMS, 2018^b).

Sin embargo, es importante rescatar la diferencia en los términos de actividad física vs ejercicio, el cual “es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física” (OMS, 2018^b, párr. 6).

Para la población en el grupo de edad entre los 18 y 64 años, las recomendaciones diarias de actividad física según OMS, (2010) son las siguientes:

- Dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
- A fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, las personas adultas de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

“Los beneficios cardiovasculares del ejercicio incluyen una mayor disponibilidad de oxígeno para el músculo cardíaco, una reducción de las necesidades de oxígeno y el esfuerzo cardíaco

y un aumento de la función del miocardio y la estabilidad eléctrica”. (LeMone, y Burke, 2009^b, p.964).

En Costa Rica los datos relacionados a este factor de riesgo fueron obtenidos por medio del cuestionario global de actividad física (GPAQ), el cual “clasifica la actividad física en baja, alta o moderada según los MET” (Wong, 2016, p.42) el cual fue aplicado en la encuesta para la vigilancia del riesgo cardiovascular. Los datos revelaron que la población con mayor prevalencia de actividad física alta fue la del grupo de edad mayor a 20 años, por otra parte, la población que presento mayor prevalencia de actividad física baja fue la población entre los 65 años o más (Wong, 2016).

Se puede notar como los factores de riesgo conductuales tienen un gran impacto en la salud, los datos a nivel internacional y nacional evidencian la problemática situación.

2.3.1.2 Factores de riesgo metabólicos

2.3.1.2.1 Concentración de lípidos

“La hiperlipidemia es un aumento patológico de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre” (LeMone y Burke, 2009^b, p.963). Por lo cual, al relacionar concentración de lípidos a eventos cardiovasculares, se debe tomar en cuenta el colesterol, los triglicéridos, las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y las de baja densidad (LDL), esto con relación a que cada uno de ellos interviene en dicha enfermedad.

Las bajas concentraciones de HDL y las altas concentraciones de LDL son predisponentes de un episodio cardiovascular. “El incremento de 1 mg/100 ml de las LDL séricas se correlaciona con un aumento de 2 a 3% del riesgo de cardiopatía coronaria” (Kasper et al., 2017, sección factores de riesgo establecidos, párr. 2), esto debido a que “esta lipoproteína estimula la aterosclerosis porque deposita el colesterol en las paredes arteriales” (LeMone y Burke, 2009^b, p.963).

Por otra parte “cada 1 mg/100 ml que disminuyen las HDL se eleva el riesgo de 3 a 4%” (Kasper et al., 2017, sección factores de riesgo establecidos, párr. 2), relacionado al funcionamiento de la lipoproteína de HDL en el cuerpo la cual “ayudan a eliminar el colesterol de las arterias, ya que lo transportan hacia el hígado para su excreción” (LeMone y Burke, 2009^b, p.963).

A nivel mundial, “se ha calculado que la hipercolesterolemia interviene en 56% de las cardiopatías isquémicas y en 18% de las apoplejías, lo cual equivale cada año a 4.4 millones de fallecimientos” (Gaziano, y Gaziano, 2016, sección factores de riesgo metabólico, párr. 2), esto se relaciona con el depósito de colesterol que realiza la LDL en las paredes arteriales como se indicó anteriormente.

Por último, los triglicéridos, los cuales están “constituidos por ácidos grasos unidos a glicerol, se utilizan para almacenar grasas en el cuerpo y se transportan en las lipoproteínas de densidad muy baja (VLDL). El aumento de los triglicéridos contribuye también al riesgo de CC”. (LeMone y Burke, 2009^b, p.963).

La American Heart Association (2012) establece parámetros para cada uno de los indicadores del perfil lipídico, los cuales son similares a los utilizados por la Caja Costarricense del Seguro Social (2004), en su guía para el diagnóstico de las dislipidemias

Tabla 1

Parámetros para clasificación de los indicadores del perfil lipídico según la AHA.

	Parámetros	Clasificación
Colesterol total	< 200	Deseable
	200-239	Límite alto
	≥ 240	Alto
Triglicéridos	< 150	Normal
	150-199	Límite alto
	200-499	Alto
	≥500	Muy alto
Colesterol-LDL	< 100	Óptimo
	100-129	Deseable
	130-159	Límite alto
	160-189	Alto
	≥190	Muy Alto
Colesterol HDL	< 40	Bajo
	≥ 60	Alto

Nota. American Heart Association (2012).

Derivado de las concentraciones de colesterol total, HDL y LDL, se establece el índice el cual también es conocido como índice de Castelli (Peláez y Tapia, 2014)

es el riesgo coronario de que se tape una arteria por problemas relacionados con el colesterol LDL, este está determinado por el cociente colesterol total/ colesterol HDL y colesterol LDL/ colesterol HDL; lo que muestra si los niveles de HDL son suficientes para manejar la carga total de colesterol; esto es utilizado para evaluar el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular estimando que a mayor índice aterogénico mayores son las posibilidades de que se forme una placa de ateroma en las arterias y de origen a la aterosclerosis.

Para el índice aterosclerótico Peláez y Tapia (2014, p.17) establecen los siguientes parámetros:

- Entre 5-6 riesgo promedio
- Entre 3-5 menos del riesgo promedio
- Entre 6-9 doble del riesgo promedio
- Mayor a 9 triple del riesgo promedio

2.3.1.2.2 Hipertensión

La hipertensión es definida como “el aumento de los valores de presión arterial por encima de 140 mm Hg de presión sistólica o 90 mm Hg de presión diastólica de forma sostenida” (LeMone y Burke, 2009^b, p.963), en relación con las enfermedades cardiovasculares el aumento de presión y la alteración del flujo que se produce tienden a producir lesiones en las células endoteliales de las arterias, las cuales estimular el desarrollo de las placas de aterosclerosis esto según (LeMone y Burke, 2009^b).

Gijón-Conde et al. (2018) establecen los siguientes parámetros para la clasificación de la presión arterial:

Tabla 2*Parámetros para clasificación de la presión arterial.*

	PAS	PAD
Normal	<120	<80
Elevada	120-129	<80
Hipertensión Estadio 1	130-139	80-89
Estadio 2	≥140	≥90

Fuente: Elaboración propia a partir de Gijón-Code et al. (2018)

Los parámetros utilizados por la CCSS (2009) para el tratamiento de la hipertensión son expuestos en la guía para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, los cuales se presentan en la tabla 3.

Tabla 3*Clasificación de los niveles de presión arterial según la CCSS.*

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	120–129	80–84
Prehipertensión (normal alta)	130–139	85–89
Hipertensión		
Grado 1	140–159	90–99
Grado 2	160–179	100–109
Grado 3	≥ 180	≥ 110

Fuente: CCSS (2009).

Por otra parte, la American Heart Association (AHA) establece diferentes parámetros para indicar la clasificación de los niveles de presión arterial, los cuales se presentan en la tabla 4.

Tabla 4

Clasificación de los niveles de presión arterial según la American Heart Association (AHA).

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Elevada	120-129	80
Hipertensión estadio 1	130-139	80-89
Hipertensión estadio 2	> 140	>90
Crisis Hipertensiva	>180	>120

Fuente: Elaboración propia a partir de American Heart Association (2020)

2.3.1.2.3 Obesidad

“La obesidad (exceso de tejido adiposo) se define en general como un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m² o superior y tanto ella como la distribución de la grasa influyen en el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular” (LeMone y Burke, 2009^b, p.963).

Según la OMS (citada por Labraña et al., 2017), las personas pueden ser clasificadas según su estado nutricional en:

- Bajo peso: IMC < 18,5
- Normal: $\geq 18,5$ y < 24,9
- Sobrepeso: ≥ 25
- Obesidad ≥ 30

A diferencia de los anteriores factores de riesgo, la obesidad, es considerada como uno de ellos por la influencia que ejercen otros sobre este, como hipertensión, diabetes mellitus y desequilibrios del conjunto de lípidos en las personas que presentan obesidad (Gaziano y Gaziano, 2016).

Por otra parte “la obesidad central, se asocia a un mayor riesgo cardiovascular. El mejor indicador de esta obesidad central es el perímetro de la cintura. El cociente cintura-cadera

superior a 0,8 (mujeres) o 0,9 (varones) aumenta el riesgo de cardiovascular” (LeMone y Burke, 2009^b, p.964).

2.3.1.2.4 Diabetes Mellitus

Cambios en los hábitos alimenticios y el poco ejercicio realizado diariamente por la población, generan un aumento en el número de personas que padecen diabetes mellitus. “Se calcula que 346 millones de personas a nivel mundial tienen diabetes. La International Diabetes Foundation anticipa que la cifra en cuestión llegará a 522 millones en 2030” (Gaziano, y Gaziano, 2016, sección factores de riesgo metabólico, párr. 5).

Su influencia en el riesgo cardiovascular se genera por diversas razones, entre las cuales LeMone y Burke, (2009^b), menciona su contribución en la aparición de otros factores de riesgo como lo son el aumento de las concentraciones de lípidos en la sangre, mayor incidencia de hipertensión y de obesidad, por otra parte se asocia al proceso de aterosclerosis por el daño que produce la diabetes en el endotelio de los vasos, esto ocasionado por la hiperglucemia, la hiperinsulinemia, las alteraciones de la función plaquetaria, el aumento de las concentraciones de fibrinógeno y la inflamación.

Para el control de la diabetes se realizan diversas pruebas diagnósticas entre las cuales LeMone y Burke, (2009^a) mencionan la glucosa plasmática en ayunas la cual en sus parámetros normales indica valores entre 70 y 110 mg/dl. Por otra parte, la hemoglobina glucosilada “determina la media de los niveles de glucosa sanguínea durante aproximadamente los últimos 2 a 3 meses” (LeMone y Burke, 2009^a, p.569) en estos valores superiores a 7% y 9% se consideran elevados.

Dado lo expuesto anteriormente, es que los factores de riesgo conductuales (tabaquismo, dieta e inactividad física) y los metabólicos (concentración de lípidos, hipertensión, obesidad y diabetes mellitus) tienen repercusiones evidentes en el sistema cardiovascular y, por tanto, son un insumo para considerar en el análisis de este seminario. Adicionalmente, para profundizar en el tema, estos factores deben ser analizados tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud, en este seminario se hace referencia específicamente a los estructurales, que influyen en su manifestación, y por tanto se explican a continuación:

2.3.2 Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud “abarca las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece” (Organización mundial de la salud, 2011, p. 2). La OMS en el 2017 distingue tres determinantes los estructurales, intermedios y proximales; sin embargo, en el Documento de trabajo de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud 2011 indicaron que:

Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. (Organización mundial de la salud, 2011, p. 2)

El modelo conceptual de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud centra la atención en las causas detrás de las causas, esto quiere decir, centrarse principalmente en la esencia de la jerarquía social del mundo y de cada país, las cuales determinan la situación en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen CDSS, (2011). La salud está determinada por diferentes factores y no solo por un elemento biológico. Como se observa en la imagen 4, todos los elementos se encuentran intrínsecos unos con otros, resultado de esto se da la distribución de la salud y el bienestar de las personas.

En consecuencia, no se puede asumir que las desigualdades en cuando a experiencias perjudiciales para la salud son producto de la naturaleza, sino más bien el resultado de la puesta en práctica de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política (CDSS, 2008)

Por otra parte, Blas, Sivasankara Kurup & World Health Organization. (2010) indica que los determinantes estructurales influyen en la forma en que se prestan y reciben los servicios y, por lo tanto, dan forma a los resultados y las consecuencias de la atención médica.

“Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” Blas, Sivasankara Kurup & World Health Organization (2010, p. 1).

2.3.2.1.1 Posición social:

La OPS (2012) afirma que “se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud.” (p.16) Además, indica que la ocupación es pertinente para la salud, no solo por los riesgos que representa cada trabajo sino por la jerarquía en las que ubica a las personas.

En la posición social de una persona media el acceso a los recursos, como las oportunidades laborales y de educación y la exposición a los riesgos, por eso tienen una asociación duradera con la salud durante el tiempo y a través de diferentes enfermedades. Estos determinantes estructurales se entrelazan y todos ocupan diversas posiciones sociales, por ejemplo, un hombre blanco homosexual en una ocupación manual o una mujer india, heterosexual en una ocupación gerencial. Se considera la posición social como la causa fundamental de la salud, porque es en la cadena causal donde los determinantes se conectan e influyen en la salud de las personas. (Graham y Kelly, 2004)

2.3.2.1.2 Ocupación

Tener trabajo influye en la salud de las personas, según la labor que desempeñe y los riesgos a los que se encuentren expuestas; de igual manera la salud de las personas se ve determinada al encontrarse desempleada. La OPS (2012) señala que, contar con una ocupación les da una

posición en la jerarquía social a las personas. Actualmente se ha identificado que determinados grupos se encuentran más desfavorecidos, como se evidencia en las diferencias entre el trabajo remunerado con el no remunerado donde las mujeres tienen una jornada laboral mayor que los hombres, siendo la atención domiciliar asumida principalmente por ellas, limitando en gran medida sus posibilidades de participar en la economía. Sumado a esto, los trabajos donde predominan las mujeres son los de sectores de baja productividad, limitando nuevamente sus opciones de aspirar a un trabajo de ingreso elevado, lo que aumenta la brecha entre las diferencias de ingresos que ya existen entre los sexos.

Siguiendo con la misma línea Marmot & Wilkinson citados por CDSS (2008) señala que el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes sobre el estado de salud y la equidad sanitaria. Cuando los empleos son buenos, aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales, características que son importantes para la salud.

Según la CDSS (2008), la mortalidad es considerablemente mayor entre los trabajadores temporeros que entre los fijos, además el estrés laboral está relacionado con el 50% de las cardiopatías coronarias; aunado a lo anterior los datos de que se dispone muestran invariablemente que los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental (CDSS, 2008).

Acorde con lo expuesto anteriormente Zimmermann, González y Galán (2010), concuerdan con que determinadas ocupaciones predisponen a diferentes factores de riesgo cardiovascular. Por ejemplo; la exposición a tóxicos como disulfuro de carbono, nitroglicerina y el monóxido de carbono, siendo este último el más frecuente y generado en muchas actividades laborales de tipo industrial y durante la combustión. Otros factores de la ocupación ligados con la enfermedad cardiovascular son el trabajo por turnos o los sobreesfuerzos extremos. El desempleo también ha sido considerado como un factor de riesgo cardiovascular. Además de estos factores de riesgo clásico, están las condiciones propias de trabajo, como los factores de riesgo psicosociales generadores de estrés y clasificados como un riesgo cardiovascular desde hace mucho tiempo.

Las repercusiones sobre la equidad sanitaria podrían ser mucho mayores debido a que el trabajo puede disminuir las desigualdades de género, étnicas y raciales, entre otras inequidades sociales, que tienen, en conjunto, implicancias importantes para la consecución del ODM 3 (CDSS, 2008). Según un estudio realizado por Heymann y colaboradores, citado por la (CDSS, 2008) donde se analizaron un conjunto de encuestas por hogares en Botswana, el Brasil, los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, México, Sudáfrica y Vietnam, se obtuvo como resultados que: la protección y los beneficios que aporta el trabajo son menores para las mujeres que para los hombres.

Puesto que hay un vínculo estrecho entre el trabajo precario y la pobreza, las mujeres y su familia obtendrían beneficios importantes si se aplicaran políticas encaminadas a resolver los problemas de inseguridad laboral, el bajo nivel de los salarios y la discriminación de género en los entornos laborales no estructurados (CDSS, 2008).

Para la clasificación de la ocupación se usará la Clasificación de Ocupaciones de Costa Rica (COCR) 2011, la cual es una adaptación de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) elaborada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

La estructura general tiene 9 grupos mayores, 42 subgrupos primarios, 130 subgrupos secundarios y 441 subgrupos menores, estos están conformados según el grado de similitud en términos de competencias y especialización de estas. (Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2014. p.20)

Para fines de la investigación se tomarán en cuenta los 9 grupos mayores y se agrega el número 10 como grupo sin clasificación:

- Grupo mayor 1: directores y gerentes
- Grupo mayor 2: profesionales científicos e intelectuales
- Grupo mayor 3: técnicos y profesionales de nivel medio
- Grupo mayor 4: personal de apoyo administrativo
- Grupo mayor 5: trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados
- Grupo mayor 6: agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros
- Grupo mayor 7: oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios

- Grupo mayor 8: operadores de instalaciones, máquinas y ensambladores.
- Grupo mayor 9: ocupaciones elementales
- Grupo 10: otros/ no clasificados

2.3.2.1.3 Nivel educativo

Los ingresos, sexo y residencia rural influyen de manera significativa con la finalización de la escuela secundaria, donde la clase más adinerada tiene una mayor tasa de finalización que los pobres. Este tipo de desigualdades dan lugar a un ciclo de pobreza que se perpetúa a sí mismo, ya que las familias con menos educación presentan un mayor riesgo de desnutrición infantil y de embarazos entre adolescente. La educación también determina las oportunidades de acceder a un empleo, programas de protección social como los servicios de salud, y los ingresos familiares; es por esta razón que las familias más pobres con menor nivel educativo poseen peores condiciones de salud (OPS, 2012).

Afirmando lo expuesto anteriormente Ross & Wu; Cutler & Lleras-Muney; Bloom (citados por CDSS, 2008), exponen que el nivel educativo deriva en mejores resultados sanitarios, en parte debido a los efectos que tiene sobre el ingreso, el empleo y las condiciones de vida de los adultos.

Sin embargo, a pesar de que la educación es presentada como sinónimo de niveles de vida más altos, confiere mayores beneficios a algunos grupos étnicos que otros. “El contraste más marcado es entre el blanco y Grupos de Bangladesh: un bangladesí con un título tiene el mismo riesgo de pobreza que una persona blanca sin calificaciones”. (Graham & Kelly, 2004, p. 5).

La riqueza es un punto importante en cuanto a tener mejores condiciones sanitarias, sin embargo, países considerados de ingresos bajos han generado políticas sociales enfocadas en la educación, principalmente de niñas y mujeres, tales como Costa Rica, la India (Kerala), Sri Lanka con lo cual han logrado una excelente situación sanitaria pese a que no contaban con una gran riqueza nacional (CDSS, 2008).

La educación tiene características intergeneracionales muy importantes, ejemplo de ello es que el nivel de formación de la madre, el cual es un factor que determina la salud, la

supervivencia y el nivel educativo de sus hijos Caldwell, Cleland & Van Ginneken (citado por CDSS, 2008).

Además, muchos de los problemas de la sociedad adulta se originan durante los primeros años de vida, entre otros, las cuestiones de salud pública muy importantes como la obesidad, las cardiopatías y los problemas de salud mental. Las experiencias de la primera infancia también están relacionadas con la delincuencia, las dificultades de lectoescritura y la destreza numérica, y la participación en las actividades económicas (CDSS, 2008, p. 50).

Basado en lo expuesto anteriormente, las políticas de salud, en las cuales se promueva la educación en los grupos menos favorecidos, por su género, raza, nivel económico y ubicación geográfica, explican una mejora en los niveles sanitarios, no solamente de los individuos, sino también de sus futuras generaciones.

2.3.2.1.4 Ingresos

En relación con este determinante según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) “en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud”.

Lynch citado por Álvarez-Castaño, menciona que los ingresos son un medio por el cual se puede cuantificar los recursos materiales a los que se puede acceder y que guardan relación con la salud, ya que el ingreso permite adquirir la alimentación, los servicios públicos, la vivienda y otros bienes, cuya ausencia se ha demostrado que deteriora la salud; además, mediante la determinación de los ingresos se puede identificar fácilmente la posición socioeconómica (2014). Existen datos que reflejan las diferencias de ingresos por región, en el 2012 la OPS determinó que en los últimos 30 años la brecha de ingresos aumentó, ilustrando las inequidades en todo el gradiente social. La pobreza persiste en muchos quintiles, por ejemplo; en Nicaragua se calcula que 42,5% de la población vivía con menos de US\$ 2,5 por día en 2009, y en el vecino país de Honduras, 39,4% de la población vivía con esa cantidad. (Álvarez-Castaño, 2014).

Para el 2017 la OPS menciona que particularmente en América Latina y el Caribe son de las regiones con mayor inequidad social y sanitaria en el mundo, particularmente en términos de desigualdad distributiva de los ingresos, siendo esto un referente de la desigualdad que existe según región.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) menciona algunas propuestas alternativas que apuntan hacia una distribución equitativa de los recursos, con el fin de reducir la pobreza y mejorar la salud.

Los estudios realizados en América Latina muestran con claridad que incluso una redistribución mínima de los ingresos mediante imposición progresiva y programas sociales selectivos pueden reducir la pobreza en mucha mayor medida que muchos años de sólido crecimiento económico, debido a que la distribución del ingreso y la riqueza es sumamente desigual en la mayor parte de los países de la región (Paes de Barros et al.; de Ferranti et al.; Woodward & Simms citados por la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2008)

2.3.2.1.5 Género

Es relevante que las mujeres tienen factores asociados a su sexo (condición biológica), como lo es el metabolismo de grasas, factores hormonales que la predisponen a los problemas cardiovasculares, entre otros. Y factores en su condición genética debido a la construcción de la feminidad, componentes sociales y culturales que acentúan los riesgos. (García, 2018).

Para Borrell (2015, p. 15), “las diferencias en salud entre hombres y mujeres no son solo diferencias biológicas, sino que son también desigualdades de género debidas a las diferencias sociales que se dan entre los sexos”. Esas diferencias se asocian a desigualdades en el poder, acceso a los recursos y a una gran división sexual del trabajo lo que da como resultado peores condiciones de trabajo para las mujeres, menores salarios y una doble carga laboral fuera y dentro de su hogar afectando su estado de salud.

Como se mencionó anteriormente el género tiene influencia en el tipo de ocupación que se desempeñe, así mismo, esa ocupación determina el acceso a recursos protectores como la

educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social. En América Latina se ha registrado una matrícula escolar de mujeres superior a la de los hombres, sin embargo, esto no se refleja en otras áreas como la representación política o los ingresos. Los ingresos de las mujeres corresponden al 62 y 81% de los ingresos de los hombres según el país donde viva, su participación en el mercado de trabajo es inferior y cuando forman parte de la fuerza laboral, tiende a ser principalmente en el sector de trabajo informal, donde el acceso a las prestaciones de seguridad social por lo general es inferior (OPS,2012). A pesar de estos hallazgos, los hombres no siempre se ven favorecidos por las diferencias de género, la tasa de mortalidad asociada a accidentes y violencia es superior en hombres siendo de 106 por cada 10000 habitantes en comparación a las mujeres de 28,7 por cada 10000 habitantes (OPS, 2012).

Además, las desigualdades entre los sexos son omnipresentes en todas las sociedades. Los prejuicios sexistas en el reparto del poder, los recursos y las prestaciones sociales, en las normas y los valores, y en la organización de los servicios son injustos y generan ineficiencia. Las desigualdades entre los sexos influyen en la salud de distintas formas, mediante pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra las mujeres, falta de acceso a los recursos y las oportunidades, y falta de poder de decisión sobre la propia salud, entre otras cuestiones. (CDSS, 2008).

Con respecto a la generación de nuevos conocimientos sobre las inequidades de los sexos mujer y hombre es probable que la investigación médica no siempre trate objetivamente las cuestiones de género (Begin citado por CDSS, 2008). “Los prejuicios sexistas impregnan muchas de las investigaciones: tanto en relación con los temas que se estudian como al método de investigación que se emplea” (Williams & Borins; Eichler, Reisman & Borins citado por CDSS, 2008)

Es por tal motivo que es importante que sean conscientes del modo en que influye el género en los resultados sanitarios y en los comportamientos saludables, para lo cual es preciso incorporar las cuestiones de género en los programas de estudios de los profesionales sanitarios como parte de su formación en materia de determinantes sociales de la salud (CDSS, 2008).

2.3.2.1.6 Etnia/raza:

La OPS (2012) explica que no es fácil conseguir la información sobre los grupos raciales o étnicos, por esa razón las pruebas actualizadas y empíricas de la discriminación en este tema son limitadas y fragmentadas.

Las evidencias de como la etnia o raza puede favorecer o no a las poblaciones hacen importante este aspecto, por ejemplo, en Bolivia la población indígena constituye un alto porcentaje de la población total pero un bajo porcentaje en los ingresos totales; la mortalidad materna entre 1980 y 2007 en Estados Unidos mejoró en las mujeres blancas, pero aumentó dos o tres veces en las mujeres afroestadounidenses. (OPS, 2012)

Finalmente, según Borrell (2015) los distintos ejes de desigualdad, como los determinantes estructurales, determinan jerarquías de poder en la sociedad, que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud a través de la exposición a los llamados determinantes intermedios. A pesar de que los determinantes intermedios y los determinantes proximales no competen a este seminario, es de importancia mencionarlos, debido a que estos tres se encuentran subsumidos uno en el otro y además de brindan una perspectiva más amplia para la comprensión de los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Estos incluyen las circunstancias materiales, las psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el sistema de salud. Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios (OPS, 2012).

Sumado a lo anterior según el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS, el determinante intermedio está dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar laboral o social de la persona, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades, un ejemplo de ello son los servicios de salud, los cuales constituyen un determinante intermedio. (Hernández, Ocampo, Ríos, y Calderón, 2017).

Por otro lado, esos mismos autores explican que “el determinante proximal está representado por factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia” (Hernández, Ocampo, Ríos, y Calderón, 2017, p. 394). Sin embargo, debido a la estrecha relación entre determinantes, las categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud.

2.4 Marco empírico

En esta sección se encuentran los referentes internacionales, nacionales y locales sobre los temas en cuestión; diferentes investigaciones y trabajos finales de graduación que tratan sobre riesgos cardiovasculares, determinantes sociales y estructurales de la salud. Además, como antecedentes locales se presentan datos epidemiológicos sobre Tibás, donde se realizará el presente seminario.

2.4.1 Internacionales

A nivel internacional se encontró diversos antecedentes de investigaciones asociadas a los determinantes estructurales de la salud, riesgo cardiovascular y la teoría de autocuidado en enfermedad crónica, a continuación, se enumeran:

1. El artículo “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health”, Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor (2008) los autores exponen los diferentes determinantes sociales, lo que se debe hacer en los países y a nivel internacional para cerrar la brecha de desigualdad existente, analizan este tema y plantean si es posible cerrarla. Se afirma que, a menor nivel socioeconómico, peor estado de salud. Además, se explica que el trabajo es el origen de muchos determinantes de salud ya que este provee de seguridad financiera, estatus social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, también que en estos factores influyen las condiciones de empleo y el tipo de trabajo. Según los autores la inversión en los primeros años de vida es crucial para reducir las inequidades en salud, esto incluye desarrollo físico, cognitivo, de lenguaje, social y emocional, estos aspectos tendrán efecto en las oportunidades de desarrollo de habilidades, educación y empleo, también reducen los riesgos de obesidad, malnutrición, problemas mentales y enfermedades cardíacas.

Concluyen que si se continua de la manera que se ha hecho (con cambios importantes en las políticas sociales, arreglos económicos y acción política) no será posible, pero si se cambia la visión y se piensa en un mundo justo, podrá lograrse.

2. El estudio realizado por Kreamsoulas & Anand (2010) es un ejemplo de la explicación a diversos fenómenos gracias a la aplicación de los determinantes estructurales de la salud, en este se evidencia el impacto de los determinantes sociales sobre las enfermedades cardiovasculares. Se expone el fenómeno de “transición epidemiológica”, la tendencia conocida como el “gradiente social inverso” y de qué manera los determinantes como educación, nivel socioeconómico y lugar de habitación van a influir en el padecimiento de enfermedades cardiovasculares a nivel mundial. Entre los resultados se evidencia que a medida que las poblaciones avanzan en las etapas de la transición epidemiológica, mejorando el acceso a los servicios de salud y por ende una mayor esperanza de vida, estas se van industrializando lo que genera una población más sedentaria, la cual consume un mayor número de grasas, aumentando los factores de riesgo cardiovascular. Se determina que a medida que la transición epidemiológica afecta a la región, la población con mayor ingreso es la más afectada, pero esta tendencia tiende a cambiar en el momento que la epidemia está establecida en la región, ocasionando que la población con menor ingreso sea la más afectada, este fenómeno es conocido como “el gradiente social inverso”.

Los autores finalmente se proponen posibles soluciones y propuestas para reducir el impacto de los factores sociales en la salud cardiovascular, mediante los diez consejos tradicionales para mantener la salud de Donaldson y diez consejos para una mejor salud de Gordon. Este artículo además buscaba incentivar el interés por desarrollar estudios enfocados en los factores de riesgo; buscar las causas de las causas, lo cual incluye los determinantes sociales de la salud.

3. Otra pareja de investigadores, Jeemon & Reddy, (2010), en su estudio “Social determinants of cardiovascular disease outcomes in Indians”, hacen referencia al fenómeno de gradiente social y la asociación entre los determinantes sociales y las enfermedades cardiovasculares, en población de la India. Se describen las enfermedades cardiovasculares como una epidemia la cual al inicio solo afectaba la clase alta de la India, sin embargo, a medida que fue avanzando afecta más la clase media y baja, evidenciando la influencia de la inversión del gradiente social. Por otra parte,

determinaron que el nivel educativo es el determinante socioeconómico que más influye en la adquisición de enfermedades cardiovasculares. Dichos autores exponen la asociación entre el padecimiento de diabetes en personas de estatus económico bajo en la India, debido a la pobre conciencia sobre la patología y el mal manejo del tratamiento, por lo cual indican la importancia de un programa de detección y seguimiento de la diabetes, como el que fue implementado en Estados Unidos para el control y tratamiento de la hipertensión, el cual al generar mayor conciencia sobre la patología eliminó la asociación de mortalidad por hipertensión en bajos estatus socioeconómico.

4. Tareen, Shafique, Mirza, Arain, Ahmad & Vart, (2011), realizaron un estudio transversal de 2495 sujetos de entre 30 y 75 años en la provincia de Punjab, los cuales fueron clasificados como urbanos y rurales, y se les asignó una clase social relacionada con su ocupación. El estudio tenía como objetivo la asociación de clase social con la ubicación de residencia en la distribución de los factores de riesgo cardiovascular (principalmente hipertensión y diabetes mellitus) en Pakistán, los datos fueron obtenidos por medio de cuestionarios detallados aplicados por enfermeras capacitadas, medidas antropométricas y muestras de sangre de los participantes. Entre los resultados obtenidos se estableció una mayor prevalencia de hipertensión con un de 24.2% con respecto al 16.6% encontrado en la diabetes, por otra parte, del total de participantes, 56.8% eran residentes rurales y 43.2% eran urbanos. Los individuos urbanos fueron significativamente más propensos para ser hipertensos y diabéticos que los habitantes rurales, luego de ajustes multivariados por edad, sexo, IMC y clase social. La clase social no fue significativamente asociada con la prevalencia de hipertensión o diabetes, estableciendo que el lugar de residencia es un factor de riesgo más poderoso para enfermedades como la hipertensión y diabetes que la clase social.

La influencia de residir en una zona urbana con el aumento de la probabilidad de desarrollar diabetes e hipertensión es explicada por los autores por la transición dietética (dieta rica en grasas, carnes, mayor consumo de comidas rápidas, baja ingesta de verduras y frutas), menos actividad física y ambientes laborales más estresantes en la población urbana, asociado a esto la calidad y el acceso a la atención médica son mejores en las zonas urbanas y pueden haber

llevado a un aumento en la detección de las enfermedades estudiadas en dicha población produciendo subestimación para aquella en áreas rurales.

5. Marchionni, Caporale, Conconi y Porto (2011), realizaron un análisis sobre enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención, se llevó a cabo mediante una encuesta autoadministrada por lo que sus variables fueron de carácter autorreportado; por tanto, no se realizaron mediciones físicas ni bioquímicas; la población objetivo del análisis fueron personas mayores de 18 años. Dentro de los resultados se obtuvo que las principales enfermedades crónicas no transmisibles que contribuyen a la mortalidad y morbilidad mundial son las enfermedades cardiovasculares y diabetes, su presencia puede deberse principalmente a factores de riesgo evitables como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, una dieta inadecuada, insuficiente actividad física, altos niveles de presión arterial, colesterol y glucosa, sobrepeso y obesidad. La mortalidad es mayor en hombres que en mujeres, tanto en enfermedades transmisibles como no transmisibles. También se observó que a mayor ingreso o educación los factores de riesgo son menores según la edad, en personas de alrededor de 60 años el sedentarismo disminuye, no siendo así en personas menores de 30 años, donde a mayor ingreso y educación la prevalencia de mala alimentación aumenta. En general los hombres tienden a combinar más factores de riesgo que las mujeres.

6. Fleischer y Roux (2013), resumen diversos estudios empíricos sobre inequidades sociales y el riesgo de enfermedades cardiovasculares que se han realizado en América Latina, dicha compilación fue realizada mediante una revisión de artículos publicados desde el 2000 en PubMed y Sciencedirect sobre la relación entre el nivel socioeconómico y las ECV o sus factores de riesgo en la población adulta latinoamericana. Los resultados de la revisión se distribuyeron según factores de riesgo, en Brasil “un nivel socioeconómico bajo presenta un peor perfil de riesgo de enfermedad cardiovascular y con un mayor síndrome metabólico y sus componentes” (Fleischer y Roux, 2013, p.644), caso contrario a lo encontrado en México, en el cual “un nivel educativo bajo actuaba como agente

protector contra el riesgo elevado de ECV, mientras que un trabajo remunerado se asoció con un mayor riesgo” (Fleischer y Roux, 2013, p.643).

En cuanto a la hipertensión y colesterol en Perú, “las personas de clase social alta presentaron mayores niveles de hipertensión e hipercolesterolemia, mientras que las personas con mayor nivel educativo presentaron menores niveles de hipertensión y ninguna relación con el colesterol” (Fleischer y Roux, 2013) En Argentina, se evidencia el mismo patrón, “una mayor educación se asoció con menores posibilidades de hipertensión para ambos sexos con variaciones urbanas a nivel provincial” (Fleischer y Roux, 2013). Por otra parte, el riesgo de adquirir diabetes fue similar en la mayoría de los estudios aumentando su riesgo de adquisición en los estratos con mayores inequidades.

Siguiendo con la línea de factores de riesgo, la obesidad presentó mayor cantidad de investigaciones, en general, la relación inversa (a mayor nivel socio económico, menor obesidad) fue más común en las mujeres, con resultados más variados para los hombres, a excepción de las poblaciones más rurales. Asociado la actividad física y su relación con enfermedades cardiovasculares, “fueron más claros respecto a tipos específicos de actividad física: aquellos relacionados con trabajo y transporte fueron más frecuentes entre personas de nivel socioeconómico bajo, mientras que aquellos relacionados con deporte fueron más frecuentes entre individuos de nivel socioeconómico alto en Brasil y Perú” (Fleischer y Roux, 2013). Por último, un nivel socio económico alto se asoció con un mayor consumo de tabaco entre las mujeres (dependiendo del país y del indicador de un nivel socioeconómico alto), pero no entre los hombres en Centroamérica. A raíz de los pocos estudios realizados sobre el tema en Centroamérica se determina que existe una fuerte asociación entre los riesgos de enfermedad cardiovascular y las personas de bajo nivel económico en Latinoamérica.

7. Ausili, Masotto, Dall'Ora, Salvini, & Di Mauro en el 2014 realizaron una revisión literaria sobre el autocuidado de la enfermedad crónica, su definición, valoración y resultados relacionados. Dentro de los hallazgos mencionan como las enfermedades crónicas representan uno de los principales gastos para las organizaciones de salud en todo el mundo. Afirman que la sustentabilidad del sistema de salud dependerá principalmente de la habilidad de las personas en el manejo de sus condiciones crónicas.

Para comprender los factores que afectan el autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas y para implementar intervenciones eficaces de promoción del autocuidado, los autores subrayan la relevancia de:

- a) El desarrollo de teorías del autocuidado en enfermedades crónicas es necesario para explicar el significado del autocuidado y para guiar programas de promoción del autocuidado en la práctica clínica.
- b) Se necesitan herramientas de evaluación de autocuidado válidas y confiables para ayudar a los profesionales a determinar las habilidades de autocuidado de los individuos, para proporcionar intervenciones enfocadas en educación sanitaria y para monitorear los cambios de comportamiento de los pacientes a lo largo del tiempo.
- c) Las asociaciones documentadas entre los comportamientos de autocuidado y los resultados de los pacientes podrían contribuir a desarrollar políticas de salud y organización de servicios clínicos eficaces para la atención de enfermedades crónicas. (Ausili et al., 2014)

Los autores con la revisión realizan definiciones de los términos de autocuidado y los relacionados a este, destaca que hacen referencia específica y toman definiciones de la teoría a usar en la presente investigación.

8. Esteve-Ruiz, Grande-Trillo, y Acosta-Delgado, (2015). Hicieron un análisis de la relación entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el nivel educativo de una población de España, los participantes en el estudio fueron personas voluntarias a quienes se les valoraron los FRCV y de estos se escogieron a 143 quienes cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Se les realizó una valoración que incluyó una encuesta, y exploración física con toma de presión arterial, glucemia, hemoglobina glicosilada, talla, peso, perímetro abdominal y así se definieron variables estadísticas. Los resultados del estudio concluyeron en que las personas con un nivel educativo bajo tienen mayor riesgo cardiovascular, los autores expresan que donde se encuentran mayores diferencias es en la obesidad global y la obesidad abdominal, lo que se puede explicar por diferentes causas, entre estas los “menores conocimientos sobre la promoción de la salud o la dificultades económica del acceso a una dieta variada”. (p.36)

El factor de riesgo tabaquismo fue una excepción, ya que las personas con un mayor nivel educativo son quienes presentaron con mayor frecuencia este riesgo.

9. González-Sánchez, (2015) realizó un estudio que implicaba los factores de riesgo, este fue en Salamanca y tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo cardiovascular de los trabajadores de dicha provincia quienes estaban protegidos por servicios de prevención ajenos, relacionó el estudio con la exposición a cancerígenos laborales, por sector de actividad y sexo. La información la obtuvo de los expedientes clínicos de los 835 trabajadores, se logró evidenciar las diferencias en el riesgo cardiovascular en función de la exposición a cancerígenos laborales. El autor explica que los cambios en el mercado laboral propician la aparición de nuevos riesgos, y que no sean todos iguales; es fundamental la salud laboral para abarcar estos temas y poder realizar acciones preventivas.

10. López-González, Bennasar-Veny, Tauler, Aguiló, Tomàs-Salvà y Yáñez (2015), realizaron un estudio sobre desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad, el estudio fue de tipo transversal con una muestra de trabajadores activos de 20-65 años de las Islas Baleares. Para calcular el riesgo cardiovascular se utilizaron dos ecuaciones, Framingham y REGICOR. Las variables estudiadas fueron ocupación, clase social, edad, sexo, talla, peso, tabaquismo, presión arterial, perfil lipídico y glucosa. En los hallazgos obtenidos se observó diferencias por clase social en la mayoría de los factores de riesgo cardiovascular, y a su vez un patrón diferencial por sexo y edad. Algunas de las diferencias identificadas son los niveles del colesterol LDL, donde según clase social y grupo de edad tiende a ser inverso, por ejemplo; clases sociales desfavorecidas de edades tempranas presentan un nivel más elevados, mientras que a edades avanzadas se ven más afectados los de clase social alta. Además, se evidenció que los factores de riesgo cardiovascular son mayores en las mujeres que en los hombres en este grupo laboral seleccionado.

11. Buck, Dickson, Fida, Riegel, D'Agostino, Alvaro & Vellone (2015), desarrollaron un análisis de los predictores de hospitalización y calidad de vida en la insuficiencia cardíaca: un modelo de comorbilidad, autoeficacia y autocuidado. Para llevar a cabo este análisis se tomó un conjunto de datos existentes de 628 pacientes italianos con insuficiencia cardíaca sintomática de alrededor de 73 años, utilizando un modelo de ecuación estructural y un análisis de pendiente simple. Para la realización del análisis se partió de que la comorbilidad se asocia con una disminución de la autoeficacia para realizar el autocuidado en personas con insuficiencia cardíaca, así como peor calidad de vida y una mayor estancia de hospitalización. Esto se refuerza con los resultados obtenidos donde a mayor presencia de autocuidado se asociaba menor número y tiempo de hospitalización, así como una mejor calidad de vida; los niveles más bajos de gestión de autocuidado se relacionaban a mayor comorbilidad; pero la comorbilidad no moderó la relación con la gestión del autocuidado. Brindando así una mayor comprensión de este modelo.

12. Abarcando los determinantes sociales enfocados en las enfermedades cardiovasculares, en el 2015, Havranek, Mujahid, Barr, Blair, Cohen, Cruz-Flores, Davey-Smith, Denninson-Himmelfarb, Lauer, Lockwood, Rosal, & Yancy, realizaron un artículo denominado "Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: A Scientific Statement From the American Heart Association", el objetivo de este fue incrementar de la influencia de los factores sociales en la incidencia, el tratamiento y las respuestas de las enfermedades cardiovasculares, afirman que la posición socioeconómica es fundamental ya que de ahí se desprenden aspectos como la educación, ocupación, ingresos. También que la salud y la enfermedad no están distribuidas al azar en la sociedad como tampoco lo están la distribución de recursos para prevenir la enfermedad y sus efectos.

La educación es el indicador más usado para definir la posición socioeconómica en Estados Unidos, y también aporta resultados consistentes en la relación que tiene con las enfermedades cardiovasculares; un nivel educativo bajo está asociado a una mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares.

Havranek et al. (2015), muestran en su estudio la importancia de tomar en cuenta los determinantes sociales como un factor de riesgo relevante que contribuye al padecimiento de enfermedades cardiovasculares, en este estudio exponen la definición de determinantes sociales y los subclasifican en intersecciones de lo social, lo económico, lo ambiental y lo interpersonal efectivo. Con lo cual obtuvieron los siguientes resultados: los niveles más bajos de logro educativo están asociados con una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, así como una mayor evidencia de eventos cardiovasculares. Sin embargo, indican que no se puede reducir la prevención de las enfermedades cardiovasculares simplemente apuntar a comportamientos poco saludables porque los comportamientos son a su vez afectados por las circunstancias socioeconómicas en las que los individuos viven (es decir, patrones sociales de comportamientos). Hacen énfasis en que, aunque tradicionalmente hemos considerado las enfermedades cardiovasculares la consecuencia de ciertos factores modificables y no modificables, entre ellos fisiológicos, de estilo de vida y genéticos, debemos ahora ampliar el enfoque para incorporar un tercer brazo de riesgo, el de los determinantes sociales de la salud. No demostrar conciencia de esta tercera dinámica dará como resultado una carga creciente de enfermedades cardiovasculares, especialmente en aquellos con menos medios para participar en el Sistema de Cuidado de la Salud.

13. Celedón, Chávez y Delgado, (2016), realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el riesgo cardiovascular y las determinantes sociales estructurales de la salud en hombres entre 45-64 años, sin controles de salud, inscritos en el CESFAM Angachilla, durante el año 2015. Dicho estudio fue cuantitativo, de corte transversal y de asociación, en el cual se utilizó un universo de 350 hombres entre 45 y 64 años. A dicha población se le realizó toma de presión arterial, medida de circunferencia abdominal, índice glicémico, toma de exámenes de sangre para medir el nivel de colesterol en sangre, además de la aplicación de una encuesta socio demográfica elaborada por los autores, para determinar los determinantes sociales de la población. Entre los resultados se puede evidenciar la asociación estadísticamente significativa entre el riesgo cardiovascular y la variable rango etario, a mayor rango etario, mayor es el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular, el riesgo cardiovascular bajo se concentra en el grupo etario de 50 a 54 años de edad, así mismo el riesgo cardiovascular moderado

se encuentra en el rango de 55 a 59 años de edad, con respecto al el riesgo cardiovascular alto, este se encuentra en el rango de 60 a 64 años. Este estudio es de los primeros realizados en Chile sobre el tema, lo cual forma un precedente sobre la importancia de abordar la temática en próximas investigaciones.

14. En el estudio realizado por Kubota et al., en 2017, se muestra como la asociación entre el riesgo cardiovascular y el nivel educativo de las personas, entre mayor es el nivel educativo se asocia a hábitos de salud más saludables, sin embargo, también muestran cómo otros factores socioeconómicos importantes (ingresos, ocupación y educación de los padres) estaban relacionados con la asociación entre el nivel educativo y el riesgo de ECV de por vida. Individuos con educación secundaria o más, tenían un riesgo de por vida más bajo que aquellos con menos logro educativo, independientemente de sus ingresos, cambio de ingresos, ocupación o logro educativo de los padres. Estos resultados pueden sugerir que mientras las desigualdades en ECV pueden deberse en parte a la variación en el ingreso, ocupación y niveles de educación de los padres, propio de un individuo el logro educativo y el conocimiento y los comportamientos relacionados con la salud que promueve la educación pueden ser un determinante socioeconómico crítico del riesgo de ECV. Aquellos con mayor nivel educativo podrían haber seguido un estilo de vida saludable independientemente de sus cambios económicos personales. Por lo tanto, estos hallazgos parecen reforzar la importancia de la educación en el riesgo de ECV de por vida. El nivel educativo se asoció inversamente con el riesgo de ECV a lo largo de la vida, independientemente de otras características socioeconómicas importantes. Sus hallazgos enfatizan la necesidad de mayores esfuerzos para reducir las desigualdades de ECV relacionadas con disparidades educativas.

15. En el 2018, Pancani, Ausili, Greco, Vellone, & Riegel. Realizaron un estudio sobre la confianza y el mantenimiento del autocuidado en adultos con insuficiencia cardiaca. Destacan que los comportamientos de autocuidado pueden mejorar la calidad de vida en las personas con insuficiencia cardiaca, reducir hospitalizaciones, reducir los costos en la atención médica y las tasas de mortalidad, también que el autocuidado sigue siendo subóptimo en estos pacientes lo que revela una necesidad de mayor comprensión de los

comportamientos de autocuidado para desarrollar intervenciones sanitarias efectivas. (Pancani et al., 2018)

Los autores afirman que la alteración de la cognición, la edad avanzada, tener un cuidador, tomar menos medicamentos, ser hombre y tener insuficiencia cardiaca por un periodo más corto son determinantes del mantenimiento deficiente del autocuidado. (Pancani et al., 2018)

Lo señalado anteriormente, brinda evidencia que sustenta la realización de este estudio, ya que comprendiendo que la salud y la enfermedad no se distribuyen al azar en toda la sociedad ni tampoco los recursos para prevenir la enfermedad y sus efectos, y que por tanto en la salud influyen los aspectos políticos, sociales, económicos, ambientales e interpersonales. Además de los mecanismos psicológicos, conductuales y biológicos a través de los cuales los determinantes sociales precipitan y perpetúan la enfermedad cardiovascular. Siendo la educación, el ingreso y la ocupación, las que se han explorado más ampliamente con respecto a su relación con la salud cardiovascular. Se espera con este seminario contribuir a la reflexión y mediante la discusión reiterada del tema motivar a cambios a favor de la población participante y la sociedad en general.

2.4.2 Nacionales:

1. Barrientos (2008) realizó una Tesis para optar por el grado de Magister en Salud Pública, en esta se hizo un análisis del comportamiento de la morbilidad y la mortalidad de la hipertensión arterial, la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares en Costa Rica durante el periodo de 1970 al 2006. En los resultados se obtuvo que a causa de la hipertensión arterial en dicho periodo hubo mayor mortalidad del sexo mujer, sin embargo, de los años 2000 a 2004 la tendencia cambió y la mortalidad fue mayor en el sexo hombre. En la enfermedad isquémica las tasas de mortalidad fueron mayores en el sexo hombre y en las enfermedades cerebrovasculares las mujeres presentaron las tasas más altas, pero desde el 2000 inició una disminución y en el 2004 las tasas presentaron valores muy parecidos.

Respecto a la mortalidad por grupos de edad, el grupo de edad en el 2005 que presentó mayores tasas de mortalidad fue de los 40 a los 90 años, teniendo mayor incremento a partir

de los 70 años. La enfermedad que tiene mayor cantidad de muertes prematuras es la isquemia del corazón.

Las provincias que presentaron con mayor frecuencia muertes por enfermedades cerebrovasculares fueron San José y Alajuela; con las provincias de tasas de mortalidad más altas: Goicochea, Tibás, Tarrazú, y Curridabat.

Esta tesis evidencia el impacto de las mencionadas enfermedades cardiovasculares en el país, además menciona el cantón de Tibás por tener una alta mortalidad en enfermedades cerebrovasculares, cantón en el que será realizado el seminario.

2. Vásquez (2010), realizó una investigación para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Costa Rica. En esta investigación se plantearon como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular en los funcionarios de la Sede Central del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) de Costa Rica. La investigación fue de tipo descriptivo transversal y la muestra de trabajadores fue de 97 funcionarios.

Los factores de riesgo que tomaron en cuenta fueron: edad, fumado, hipertensión arterial, diabetes mellitus, colesterol total y LDL elevado, HDL- colesterol bajo, obesidad y sedentarismo; a estos los llamaron “factores de riesgo mayores independientes”, los factores de riesgo predisponentes fueron: sexo y antecedentes familiares y por último los factores de riesgo condicionantes fueron los triglicéridos altos. El análisis se centró en la variable dietética.

En la caracterización de la población la investigadora realizó una distribución según estado civil, sexo, escolar y puesto ocupado en el trabajo, estas características responden a Determinantes Estructurales en la Salud.

En los resultados se obtuvo que tanto hombres como mujeres presentaron múltiples factores de riesgo, destacaron entre estos la alta prevalencia de Colesterol LDL elevado, la obesidad y triglicéridos elevados. Los varones presentaron mayor riesgo por edad que las mujeres. El factor más prevalente fue el sobrepeso y obesidad los cuales estuvieron presentes en el 69,9% de las personas, de este grupo las mujeres fueron quienes presentaron un mayor porcentaje de normalidad.

Esta investigación realizada en población adulta trabajadora expuso directamente el riesgo cardiovascular en los funcionarios, y de manera secundaria tomó en cuenta determinantes estructurales de la salud.

3. Hernández (2010) llevó a cabo un estudio para conocer la prevalencia de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular en la población del programa “Cartago da vida al corazón”. Se evaluaron los factores de riesgo: obesidad, presión arterial alta, glucemia alta, colesterol total, tabaquismo, sedentarismo, estrés, episodios de enfermedad cardiovascular en el grupo familiar primario y presentar anteriormente hipertensión arterial, diabetes o colesterol alto. Menciona que la vigilancia epidemiológica ha permitido conocer las características de los factores de riesgo de la población de Cartago; también con los resultados el programa puede hacer un análisis y planificar las acciones, de acuerdo con los datos. La vigilancia sirve para el monitoreo y el control del programa.

4. Aráuz-Hernández, Guzmán-Padilla y Roselló-Araya (2013), concluyeron que la estructura en el primer nivel de atención en Costa Rica permite realizar la medición de la circunferencia abdominal como un método práctico para identificar población en riesgo de enfermedad cardiovascular. El estudio lo llevaron a cabo entre el 2009 y 2010 en el Área de Salud de Santa Ana, evaluaron población entre 20 y 44 años que se encontraban en el hogar durante la visita del ATAP, también tomaron en cuenta las siguientes variables: sexo, escolaridad y ocupación. Los resultados fueron: del total de 325 personas, 76,9% eran mujeres, el 40,9% de la población tenía educación primaria (completa o incompleta), el 46,1 secundaria (completa o incompleta) y el 11, 1% estudios universitarios, el 1,8% se reportó como analfabeta. El 50,1% eran amas de casa y el 47,7% se dedicaba a actividades remuneradas. El 57,5% de la población tenía una circunferencia abdominal que los clasificaba con algún nivel de riesgo.

5. Mairena y Mora (2014), en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería “Aplicación de los contenidos de salud pública con enfoque de determinantes sociales de la salud al Proceso de Cuidado de Enfermería” indagan acerca de los conocimientos que poseen los docentes y estudiantes de los contenidos de Salud Pública, específicamente los Determinantes Sociales de la Salud y como los estudiantes lo aplicaban al Proceso de

Cuidado de Enfermería. Su objetivo general consistió en analizar la aplicación de los contenidos de Salud Pública con enfoque de determinantes sociales de la salud al Proceso de Cuidado de Enfermería que realizan estudiantes y docentes de los módulos de adultez sana y adultez mórbido durante el año 2013. La tesis tuvo un enfoque cuantitativo de tipo retrospectivo y transversal, y un alcance exploratorio-descriptivo. El universo de la investigación correspondió a 85 personas, la cual se utilizó en su totalidad debido al tamaño de la misma. Dentro de los alcances de esta tesis está el análisis inicial de la inclusión de los contenidos de Salud Pública en el plan de estudios de la carrera de Enfermería, así como con solidar bases de fuentes de información confiable para futuras modificaciones o mejoras en materia de Determinantes Sociales de Salud en Enfermería, lo cual buscamos seguir fortaleciendo con este seminario de graduación.

6. En el 2015 la Caja Costarricense del Seguro Social realizó la guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, la cual es muy completa y presenta desde las enfermedades del sistema circulatorio, las estrategias y estimación del riesgo, los factores de riesgo, la prevención de la enfermedad coronaria, los programas de prevención, el papel de enfermería en la atención primaria, entre otros. La guía forma parte de la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de la Enfermedad Crónica no Transmisible y Obesidad 2013-2021. A continuación, se da una explicación más detallada:

Como objetivo general de la guía se plantea:

Implementar una serie de intervenciones desde los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, orientada a la prevención y atención de las enfermedades cardiovasculares por medio del desarrollo de una guía que estandarice la atención de las personas en riesgo o portadoras de enfermedad cardiovascular.

Esto implica conocer la epidemiología nacional, definir los grupos poblacionales en riesgo o con enfermedad cardiovascular y estandarizar el proceso de atención para que sea óptimo y orientado en la equidad.

Las enfermedades descritas como del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares (ECV) y la enfermedad hipertensiva, también se describe la Diabetes Mellitus (DM).

En la guía se menciona que, en personas aparentemente sanas, el riesgo cardiovascular es el resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo; el riesgo total implica una estimación basada en los factores: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial y concentración de colesterol. (CCSS, 2015) Estos factores son valorados en una tabla de predicción (ver figura 4) y así se determina el riesgo y las decisiones sobre el manejo.

Además de la tabla de predicción, la guía toma en cuenta los factores genéticos, factores de riesgo psicológicos como las características de la personalidad, el estatus económico bajo y el estrés en el trabajo y la vida familiar. Estos factores se valoran realizando unas preguntas de la modificación de la Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular (CCSS, 2015).

Figura 6

Preguntas básicas para la valoración de los riesgos psicosociales en la práctica

Nivel socioeconómico bajo	¿Qué estudios tiene? ¿Es usted un trabajador manual?
Estrés laboral y familiar	¿Tiene suficiente control sobre el cumplimiento de las exigencias del trabajo? ¿La recompensa que recibe es adecuada a su esfuerzo? ¿Tiene problemas serios con su cónyuge?
Aislamiento social	¿Vive solo? ¿Le falta alguien íntimo de confianza?
Depresión	¿Se siente triste, deprimido y desesperanzado? ¿Ha perdido el interés y el placer por la vida?
Ansiedad	¿Se siente nervioso, ansioso o temeroso con frecuencia? ¿Es usted incapaz de dominar o eliminar sus preocupaciones?
Hostilidad	¿Normalmente se enfada usted por pequeñas cosas? ¿Le molestan normalmente los hábitos de otras personas?
Personalidad Tipo A	¿En algunas ocasiones se siente usted enojado sin poder controlarlo? ¿Siente que no puede estar quieto aunque sea su tiempo de descanso? ¿Siente la necesidad de ganarle a los demás siempre? ¿Se le dificulta mostrar afecto en sus relaciones interpersonales? ¿Se le dificulta tomar decisiones aunque éstas sean simples?
Personalidad tipo D	¿En general se siente usted ansioso, irritable o deprimido? ¿Normalmente evita usted compartir sus pensamientos o sentimientos con otras personas?

Nota. Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. CCSS, 2015.

Para prevenir la enfermedad coronaria en la guía se presenta el Modelo de Atención del Paciente en Riesgo o con una enfermedad Crónica. En este los puntos clave son la organización del proceso de prestación de servicios, el cual requiere integración de varios

elementos como la comunidad, las políticas y recursos comunitarios, la calidad asistencial, el apoyo en la toma de decisiones clínicas e intervenciones, atender los factores psicosociales. (CCSS, 2015)

En la guía se menciona que “el apoyo al autocuidado es esencial para lograr el objetivo de las intervenciones” (CCSS, 2015, p. 47) dentro de este se debe dar la evaluación y documentación del autocuidado, establecer las responsabilidades entre el personal de salud y la persona usuaria en el control de la enfermedad y desarrollar procesos educativos.

También mencionan que se debe dar una capacitación continua del personal de salud y buscar coordinación, apoyo, y retroalimentación para impactar en los resultados clínicos y poblacionales.

Los factores que refieren se deben manejar para la prevención de la enfermedad cardiovascular es el tabaquismo (incluyendo el pasivo), la nutrición, la actividad física, también los factores psico sociales (depresión, ansiedad, angustia), el peso corporal, la presión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y los lípidos.

Sobre el papel de la enfermería en la prevención de la enfermedad cardiovascular la guía menciona que “los programas de prevención coordinados por personal de enfermería son efectivos en distintos contextos de práctica clínica” (CCSS, 2015,p.78), además que: “La evidencia indica que los programas multidisciplinarios de manejo y prevención para la reducción del riesgo CV coordinados por personal de enfermería son más efectivos que la atención médica convencional, y que dichos programas pueden adaptarse a diferentes contextos sanitarios.” (CCSS, 2015, p.78)

7. El Ministerio de Salud de Costa Rica en su análisis de la situación de salud presentado durante el 2019, muestra datos que describen a la población costarricense en el tema de salud, entre ellos indicadores demográficos, enfermedades no transmisibles, estado nutricional de la población, causas externas de morbilidad, enfermedades trasmisibles, vigilancia de virus respiratorios, inmunizaciones, VIH-sida y enfermedad diarreica aguda.

Se menciona el aumento poblacional que está sufriendo Costa Rica, sin embargo, haciendo énfasis en lo lento que está sucediendo, esto lo relacionan a la tendencia que se ha presentado en los últimos 20 años, donde “se observa como año con año, hay una desaceleración del crecimiento, lo cual es el resultado de los cambios en los componentes de la dinámica poblacional, la fecundidad y la mortalidad” (Ministerio de Salud. 2019. p.5).

La evolución que está presentado la pirámide poblacional de Costa Rica entre 1984 y 2025 evidencia que la población ha ido envejeciendo y ha pasado de una alta proporción de población joven en 1984, a mayores concentraciones de personas en edades mayores de 30 años; lo cual está relacionado con la reducción constante de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. (Ministerio de Salud. 2019. p.5).

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, “la hipertensión arterial diagnosticada en ambos sexos aumentó según grupos de edad, siendo mayor en el grupo de 65 años y más (en hombres 65,3% y 74,8% en mujeres)” (Ministerio de Salud. 2019, p.22). Siendo la provincia de Puntarenas la que presenta un mayor número de casos, seguida de San José y Cartago, panorama que se repite en los casos de Diabetes Mellitus, donde también muestran como la incidencia de esta “aumenta a partir de los 40 años y la mayor se presenta en el grupo de 65 a 69 años con una tasa de 647,2 casos por 100.000 habitantes y afecta generalmente a las mujeres” (Ministerio de Salud. 2019, p.27).

El análisis también muestra el comportamiento del sobre peso y la obesidad en el país, donde se correlaciona el porcentaje de Índice de Desarrollo Social (IDS) de cada uno de los distritos del país del 2013, con respecto a la prevalencia de sobrepeso-obesidad del censo escolar del 2016, la cual indica una tendencia positiva, o sea, a mayor desarrollo social, mayor prevalencia de sobrepeso-obesidad (Ministerio de Salud. 2019, p.37).

Por último, muestra datos sobre la tendencia en enfermedades como cáncer, estado de desnutrición en la población, retardo en el crecimiento, intoxicaciones agudas por plaguicidas, violencia intrafamiliar, entre otros puntos, esto con el fin de describir la situación de salud que presenta la población costarricense.

2.4.3 Local

1. En el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de la Clínica Integrada de Tibás Lic. Rodrigo Fournier Guevara (Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral, 2017), se explican diferentes aspectos de la población del área de atracción correspondiente a la clínica:

El área comprende aproximadamente 17.9 kilómetros cuadrados 12 EBASIS: San Juan 1, San Juan 2, San Juan 3, San Juan 4, Llorente 1, Llorente 2, La Florida Norte, La Florida Este, Jardines, Los Colegios, San Vicente y San Miguel. El 51,2% de la población son mujeres y el 48, 8% son hombres, la mayoría de esta población comprende edades entre los 20 y los 34 años (COOPESAIN, 2017, p.5).

En las atenciones y morbilidades según el grupo de edad, los adultos (de 20 a 64 años) se afirma sobre las causas de consulta que “tanto en hombres como en mujeres son las consecuencias de estilos de vida poco saludables: obesidad, sobrepeso, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias” (COOPESAIN, 2017, p.8). Es destacable el dato que el sobrepeso es mayor que el de normalidad en la población de las edades antes mencionadas.

Figura 7

Diagnósticos de morbilidad en Medicina General más frecuentes en personas de 24 a 64 años de la Clínica Integrada de Tibás, Lic. Rodrigo Fournier del 2017.

Mujeres		Hombres	
Diagnóstico	No.	Diagnóstico	No.
H.T.A.	2061	H.T.A.	1338
RESFRIO COMUN	1088	Diabetes mellitus tipo 2	821
Diabetes mellitus tipo 2	975	OBEESIDAD GRADO I	544
OBEESIDAD GRADO I	918	RESFRIO COMUN	477
LUMBALGIA	800	LUMBALGIA	444
Hipercolesterolemia puro	761	Hiperlipidemia mixta	401
Contractura muscular	733	Hipercolesterolemia puro	364
Control prenatal	719	SOBREPESO	358
PLANIFICACION FAMILIAR SAI	690	Hipertriglicidemia pura	346
Infección de vías urinarias	687	Contractura muscular	252
Hipotiroidismo, no especificado	674	VIROSIS SAI	243
ASMA BRONQUIAL	669	ENFERMEDAD DIARREICA VIRAL	241
Síndrome del colon irritable	667	I.V.R.S.	224
Trastorno de ansiedad, no especificado	566	Gastritis, no especificada	222
Gastritis	530	Gonartrosis	222
Hiperlipidemia mixta	506	OBEESIDAD GRADO II	189
ATOPIA	496	ATOPIA	182
SOBREPESO	487	Cerumen impactado	182
Dolor en miembro	450	Dolor en miembro	177
Otras causas	22311	Otras causas	9601
Total	36788	Total	16828

Figura 8

Distribución de la población femenina que asistió a consulta según estado nutricional y grupo etáreo de la Clínica Lic. Rodrigo Fournier Guevara. 2017.

Grupo de Edad	Bajo Peso	Delgado	Normal	Sobre Peso	Ob. Grado I	Ob. Grado II	Ob. Grado III	Total General
De 0 a 6 años	0	6	767	94	0	0	0	867
De 7 a 19 años	0	22	1039	457	0	0	0	1518
De 20 a 64 años	70	98	2886	3106	1909	706	390	9165
De 65 años y más	1530	0	1374	744	0	0	0	3648
Total	1600	126	6066	4401	1909	706	390	15198

Nota. COOPESAIN, 2017.

Figura 9

Distribución de la población masculina que asistió a consulta según estado nutricional y grupo etáreo de la Clínica Lic. Rodrigo Fournier Guevara. 2017.

Grupo de Edad	Desn. Severa	Bajo Peso	Delgado	Normal	Sobre Peso	Ob. Grado I	Ob. Grado II	Ob. Grado III	Total General
De 0 a 6 años	2	0	3	786	142	0	0	0	933
De 7 a 19 años	0	0	26	904	465	0	0	0	1395
De 20 a 64 años	0	36	54	1459	2073	1110	343	183	5258
De 65 años y más	0	723	0	1051	506	0	0	0	2280
Total	2	759	83	4200	3186	1110	343	183	9866

Nota. COOPESAIN, 2017.

En la dimensión económica, se presentan las siguientes estadísticas: el 33.9% de la población afiliada son amas de casa, niños y/o estudiantes (19275). A esto le sumamos un 5.58% de personas pensionadas (3176), y un 5.59% de desempleo (3181). Esto da un total de 45.07% de la población que no realiza actividades remuneradas. El 36.9% de la población afiliada es asegurado directo asalariado. (COOPESAIN, 2017, p.39)

Para determinar el nivel educativo de la población se tomaron en consideración los datos recogidos en las visitas por los ATAP. Se debe considerar que el total de la población es mayor al establecido en la parte demográfica.

Figura 10

Nivel educativo de la población en el 2015.

Escolaridad	Femenina		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
ANALFABETO	1450	4.72	1539	5.61	2989	5.14
PRIMARIA	4065	13.24	3355	12.23	7420	12.76
PRIMARIA INCOMPLETA	3714	12.09	3307	12.06	7021	12.08
SECUNDARIA	4913	16.00	3849	14.03	8762	15.07
SECUNDARIA INCOMPLETA	5715	18.61	5497	20.04	11212	19.28
TECNICO COMPLETO	169	0.55	202	0.74	371	0.64
TECNICO INCOMPLETO	28	0.09	33	0.12	61	0.10
PARAUNIVERSITARIO COMPLETO	138	0.45	95	0.35	233	0.40
PARAUNIVERSITARIO INCOMPLETO	51	0.17	45	0.16	96	0.17
UNIVERSITARIA	5920	19.28	5342	19.48	11262	19.37
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	4546	14.80	4166	15.19	8712	14.98
Total	30709	100	27430	100	58139	100

Nota. COOPESAIN, 2017.

La enfermería en Coopesain R.L interviene en distintos escenarios como “Consulta Externa (área de pre consulta), Urgencias, Cirugía Menor, Comunidad y Cirugía Mayor Ambulatoria. Además, tiene una participación notable en varias comisiones, así como en la implementación de diversos programas como el Atención Primaria, Vigilancia Epidemiológica, Gestión Ambiental, entre otros” (COOPESAIN, 2017, p.66)

Asociado a lo anterior enfermería realiza actividades “gerenciales, educativas, preventivas, promocionales, y de atención directa al cliente, familia y comunidad” (COOPESAIN, 2017, p.66), propias de la disciplina y generando un aporte eficaz en temas de calidad de vida en la población.

- Entre el 2019 y el 2020, fue realizada una tesis para optar por el grado de licenciatura en Enfermería, de tipo correlacional de corte transversal, en la clínica integrada de Tibás, en el cual tenía como objetivo principal determinar la relación entre la representación de la

enfermedad, la adherencia terapéutica y el nivel de la presión arterial, en personas adultas con hipertensión arterial, entre los resultados generados se puede evidenciar que:

Los conocimientos y creencias de las personas participantes con HTA parecen influir en una parte de su proceso de autogestión, generando en ellos resultados proximales y distales lo que se ve reflejado en una alta adherencia terapéutica y niveles de PAD más bajos, sugiriendo un mejor estado de salud en estas personas (Moya y Vargas, 2020).

2.4.4 Síntesis del marco empírico

A raíz de la revisión de la literatura relacionada a la temática de la presente investigación se evidencia que:

- Las investigaciones asociadas a los factores de riesgo cardiovascular centran su atención principalmente en la medición de estos en la población de estudio.
- El determinante social mayormente estudiado en relación con enfermedades cardiovasculares es el del nivel socioeconómico.
- Las investigaciones realizadas sobre la asociación de las enfermedades cardiovasculares con los determinantes sociales de la salud son en su mayoría a nivel internacional, reflejándose un vacío de la temática a nivel nacional.
- Las investigaciones a nivel nacional son principalmente representaciones de las enfermedades cardiovasculares en relación con los factores de riesgo cardiovascular.
- La utilización en investigaciones de la teoría de autocuidado en enfermedades crónicas es escasa esto debido a que su creación es reciente.
- La presente investigación es la primera en abordar la temática desde la reflexión de la teoría de autocuidado en enfermedades crónicas a nivel nacional.

2.5 Marco legal

Este trabajo concuerda con las directrices del Ministerio de Salud sobre las distintas responsabilidades que deben desarrollar los habitantes y funcionarios del área de salud, para la conservación de una adecuada salud, según la Ley General en Salud de Costa Rica, específicamente en sus artículos 3, 9, 10.

En dicha Ley se enmarca la labor de los profesionales en enfermería como funcionarios del área de la salud, tienen la responsabilidad de brindar a la población temas determinados e instrucciones adecuadas, como profesionales competentes que son.

Ley General en Salud de Costa Rica

En el artículo 3 de la ley general de salud, se expone que:

Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de su familia y la de la comunidad (Ley 5395 de 1973)

El artículo 9, muestra lo siguiente:

Toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes. (Ley 5395 de 1973)

Por último, el artículo 10 establece que:

Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre los asuntos, las acciones y las prácticas conducentes a la promoción y la conservación de la salud física y mental de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades, depresión, suicidio, esquizofrenia, adicciones a las drogas y el alcohol, el matonismo escolar, el acoso

laboral y el apoyo necesario al grupo familiar, así como sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales. (Ley 5395 de 1973)

Aunado a lo anterior, el desarrollo de investigaciones por parte de los profesionales de enfermería es uno de los ejes temáticos de la política nacional de enfermería, establecida desde el 2011 hasta el 2021, por lo cual el presente seminario responde a este y a la política “Desarrollo de investigaciones que permita generar evidencia científica para mejorar el ser y el que hacer de Enfermería y contribuir al mejoramiento de la salud de la población” (Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica. 2011), política enmarcada en el ámbito fortalecimiento y consolidación del saber y el hacer de la enfermería.

Capítulo III

3.1 Metodología

3.1.2 Modalidad Seminario

Se presenta este Trabajo Final de Graduación (TFG) para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, corresponde a la modalidad de seminario, de acuerdo al reglamento general de trabajos finales de graduación de la Universidad de Costa Rica, el seminario se realiza por un grupo de estudiantes, en este caso 3 sustentantes, quienes “mediante su participación reiterada alrededor de algún problema científico o profesional, se familiarizan con las teorías y métodos de investigación propios de la disciplina y su aplicación a casos específicos bajo la guía del director del trabajo” (Universidad de Costa Rica, 2003). Además, en el reglamento de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Enfermería, (Universidad de Costa Rica, 2018), en la sesión No.5736 se entiende como el proceso de organizar los conocimientos de un tema académico específico, basándose en teorías y métodos de investigación y aplicándolos a casos específicos referentes al área de conocimiento.

El seminario de investigación consiste en estudiar, discutir e intercambiar experiencias acerca de un tema en particular, en un grupo, en el cual sus participantes, se intercomunican exponiendo dicho tema, complementándolo, evaluándolo, aportando entre todos, sacando conclusiones y planteando nuevos interrogantes permitiendo que todo ello quede en la memoria escrita (Vicerrectoría Académica, 2007). Además, busca un acercamiento indagativo del tema de estudio que va dirigido a analizar algún problema científico o profesional, a reflexionar sobre esa problemática, y desde lo disciplinar asumir una posición crítica ante el fenómeno estudiado. (Vicerrectoría Académica, 2007)

El objetivo del seminario investigativo se focaliza en contribuir en la formación integral del ser humano hacia la libertad, por medio del desempeño permanente y continuo de los diferentes papeles, y también contribuir en el desarrollo del saber en cualquiera de los campos, a través de la investigación. Es un proceso integrado donde la formación del ser y el desarrollo del saber van unidos. (Vicerrectoría Académica, 2007)

Es importante recalcar que “el seminario investigativo es un instrumento aplicable a todas las áreas del conocimiento humano y no sólo a algunas como equivocadamente pudiera pensarse” (Vicerrectoría Académica, 2007, p. 5).

El seminario de investigación se desarrolla mediante dos componentes, el componente investigativo, así como el componente reflexivo, ambos distinguidos por sus distintas características y los cuales se complementan para evidenciar el conocimiento sobre el tema discutido y analizado.

En este caso específico, el componente investigativo hace referencia a una etapa investigativa, donde se realiza la búsqueda de información y la redacción del tema, objetivos, descripción de la población, entre otros, los cuales son pilares en las primeras etapas del seminario y cumplirán la función de guía para orientar el proceso de desarrollo de la investigación. El componente reflexivo, se orientará a hacer un proceso de razonamiento en cuanto a los datos encontrados a lo largo del proceso investigativo. Esta fase no fue realizada exclusivamente por parte de las sustentantes, ya que se contó con aportes como las sesiones con la directora y lectoras del seminario, además de la realización de un foro orientado al análisis desde la teoría de autocuidado en enfermedad crónica y los determinantes sociales estructurales en salud en personas adultas con riesgo cardiovascular, en el cual participaron profesionales y estudiantes con afinidad al tema.

En la modalidad de seminario, las sustentantes y la directora asumieron diversos roles en la organización de diferentes actividades que se desarrollaron en esta fase reflexiva, entre ellos el de director, coordinador, relator, co-relator y protocolante. Además, las personas participantes de dichas actividades forman parte crucial para el desarrollo de este, ya que son el grupo activo en la sesión. Las funciones de cada uno de estos roles son descritas en la tabla 5 para una mayor comprensión.

Tabla 5*Funciones del equipo en el foro*

Miembro	Funciones
El director	Es quién tiene mayor dominio y conocimiento del tema, por lo que se encarga de dirigir a los estudiantes durante el proceso de aprendizaje y desarrollo del seminario.
El Coordinador	Es una de las sustentantes, se encarga de coordinar la sesión otorgando la palabra a los participantes, realiza la introducción, conclusiones y controla el tiempo del relator y el correlato.
El relator	Es quién expone el tema, puede consultar los documentos, y especialmente el mapa conceptual realizado por las sustentantes.
El co-relator	Es quién juzga metodológica y conceptualmente la exposición del relator y hace intervenciones para enriquecerla, ya que tiene la función de evaluar, discriminar, complementar, analizar, sintetizar e interpretar.
El “protocolante” o quien elabora el protocolo	El protocolo consiste en dar cuenta fiel de lo ocurrido en la sesión. Además, busca crear la conciencia de la importancia de lo escrito para la elaboración de las memorias del seminario, que serán una herramienta muy valiosa para las futuras investigaciones.
Los participantes	Conforman el grupo activo central de la sesión que llevará a cabo la discusión general, basados en sus propias conclusiones obtenidas de lo expuesto por el relator y el correlato.

Nota. Garzón (2013).

3.1.2.1 Componente Investigativo

3.1.2.1.1 Enfoque de la Investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que según Hernández et al (2014), usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, aunado a esto, permite la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de estos. A su vez, brinda para la enfermería, una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos y facilita la comparación entre estudios similares.

Grove, Gray y Burns (2016), la definen como la que se lleva a cabo para describir nuevas situaciones, fenómenos o conceptos; examina las relaciones entre variables y determina la eficacia de tratamientos o intervenciones sobre los resultados de salud seleccionados en el mundo.

3.1.2.1.2 Tipo de la Investigación

El diseño es de tipo descriptivo, transversal. Se entiende por diseño descriptivo, lo definido por Hernández et al (2014), el tipo de investigación que especifica cualidades, rasgos destacables y propiedades de algún fenómeno que se decida estudiar. A su vez logra describir las tendencias de un grupo en particular y demuestra en concreto cuáles son las dimensiones específicas de la comunidad, grupo, fenómeno, situación, así como la condición y estado del tópico de interés.

En segundo lugar, se destaca la esencia transversal de la investigación, que los mismos autores describen como aquel tipo de diseño en el cual se recolectan los datos únicamente en un momento único de tiempo. Su finalidad es identificar cualidades en las variables, observar su frecuencia e incluso la asociación en un momento dado. De esta manera indagar la presencia de los distintos niveles que tiene una población en cuanto a variables de interés para la investigación.

De acuerdo, con lo señalado anteriormente, este seminario busca identificar las características y los perfiles de la población adscrita a la clínica integrada de Tibás. Es decir, “únicamente se pretende medir o recoger la información de manera independiente o conjunta con los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar como se relacionan éstas” Hernández, Fernández y Baptista. (2014, p.92). Por lo que se realizó una revisión documental de la totalidad de los expedientes de la población, y a partir de estos se realizó un análisis desde la teoría de mediano rango de autocuidado en enfermedad crónica, con el fin de reafirmar el rol de enfermería en la prevención y promoción de la salud cardiovascular, así como aportar conocimiento sobre los factores que se asocian a dicho padecimiento, generando un aporte científico a la comunidad y a distintas disciplinas.

3.1.2.1.3 Lugar de la Investigación

La investigación se realizó en la Clínica Integrada de Tibás, Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral – Coopesain R.L. La cual se encuentra a cargo de un área la cual comprende aproximadamente 17,9 kilómetros cuadrados, con 12 EBAS: San Juan 1, San Juan 2, San Juan 3, San Juan 4, Llorente 1, Llorente 2, La Florida Norte, La Florida Este, Jardines, Los Colegios, San Vicente y San Miguel. Sobre la población, el 51,9% de la población son mujeres y el 48, 1% son hombres, la mayoría de esta población comprende edades entre los 20 y los 34 años. (COOPESAIN, 2017).

Según lo expone COOPESAIN (2020), la Clínica cuenta con los servicios de trabajo social, laboratorio clínico, enfermería, psicología clínica, odontología, nutrición, farmacia, consulta externa, cirugía mayor ambulatoria. En el modelo de servicio, la atención de los afiliados es financiada por la CCSS, los inmuebles y equipos pertenecen a la CCSS y los gastos de mejora y mantenimiento corresponden a la cooperativa, además tiene como misión contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población, ofreciendo servicios integrales de salud.

3.1.2.1.4 Población y Muestra

La población se define como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” Hernández, Fernández y Baptista. (2014, p.174), por otra parte, para Kerlinger y Lee (citado por Grove, Gray y Burns, 2016) la población es el

conjunto de todos los elementos (individuos, objetos o sustancias) que cumplen ciertos criterios para la inclusión en un estudio.

La población está conformada por los expedientes digitales de las personas pertenecientes a la consulta de enfermedades crónicas de la Clínica Integrada de Tibás.

Este seminario se efectuó con una población censo, en la cual según Hernández, Fernández y Baptista. (2014), se toman en cuenta todos los individuos de la población, los cuales corresponden a 9792 expedientes digitales de las personas que asisten a la consulta de enfermedades crónicas de la Clínica Integrada de Tibás, luego de aplicar los criterios de inclusión. El análisis de los datos fue viable debido a que el seminario fue desarrollado por 3 sustentantes.

Asociado a lo anterior es indispensable definir los criterios de inclusión de los sujetos que pueden interferir con la calidad de los datos o la interpretación de los resultados, los cuales se detallan a continuación.

3.1.2.1.4.1 Criterios de inclusión

- Tener entre 35 a 64 años
- Pertenecer a la población de la clínica integrada de Tibás
- Tener expediente clínico en la base de datos de la clínica
- Los resultados asociados a exámenes de laboratorio deben ser recientes, es decir, tener como máximo 2 meses de haberse recolectado.
- La información de los registros digitales debe corresponder a las consultas realizadas entre el 2 de enero del 2019 hasta el 17 de abril del 2020.

3.1.2.1.5 Método de Recolección de datos

La etapa de recolección de datos “implica la elaboración de un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico” (Hernández, Fernández y Baptista. 2014, p.198), el cual se nutre de diversos componentes como lo son las variables por medir, las definiciones operacionales, la muestra y los recursos disponibles, los cuales son detallados en la sección 3.1.2.1.6 sistema de variables del presente seminario.

Con el fin de recolectar datos se dispone de una gran variedad de instrumentos de medición, se definen como “aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente” (Hernández, Fernández y Baptista. 2014, p.199).

La técnica de recolección de datos que se utilizó es la de datos secundarios, “la cual implica la revisión de documentos, registros públicos y archivos físicos o electrónicos”. Hernández, Fernández y Baptista (2014, p.252), esto debido a que las unidades de muestreo con la que se trabajó en el componente investigativo del seminario fueron los expedientes digitales de las personas. Es importante recalcar que los datos fueron suministrados por la Clínica Integrada de Tibás en julio del 2020, dichos datos corresponden al periodo de citas desde el 2 de enero del 2019 hasta 17 de abril del 2020. Los datos fueron suministrados de manera anonimizada, mediante una base de datos con la que cuenta la clínica y depurados por medio de un instrumento de recolección de datos previamente elaborado por las sustentantes, ver anexo 1, para facilitar el análisis posterior de estos.

Dicho documento de recolección de datos consta de 19 ítems, los cuales se clasificaron en las dos variables principales: factores de riesgo cardiovascular y determinantes estructurales de la salud.

3.1.2.1.6 Sistema de variables.

Este estudio está basado en el siguiente cuadro explicativo (tabla 6), el cual abarca los objetivos a los que responde, las variables, las dimensiones y los instrumentos en los que se encuentra cada una de las anteriores:

Tabla 6

Operacionalización de las variables

Objetivo	Dimensiones	Definición conceptual	Variables	Definición operacional	Indicadores	Nivel de medición
Describir a la población de acuerdo con los determinantes sociales estructurales en salud (ocupación, sexo, nivel educativo, ingresos) en personas adultas entre los 35 y 64 años con enfermedad crónica adscritas a la Clínica Integrada de Tibás durante el 2020.	Factores estructurales de la salud	Son las características que “generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente” (Organización Panamericana de la Salud, 2012)	Sexo	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 1	Distribución de la población según sexo: Hombre o Mujer	Nominal dicotómica
			Ocupación	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 2	Distribución de la población de acuerdo con la ocupación. Labor que desempeña la persona.	Ordinal
			Nivel educativo	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 3	Distribución de la población según nivel educativo.	Ordinal
			Ingresos	Documento recolector de datos de	Distribución de la población	Intervalo

				elaboración propia, ítem 4	según cantidad de ingresos. Cantidad de dinero que recibe la persona por mes.	
Identificar los factores de riesgo cardiovascular en personas adultas entre los 35 y 64 años con enfermedad crónica adscritas a la Clínica Integrada de Tibás durante el 2020.	Factores de riesgo cardiovascular	Los factores de riesgo son “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”, en este caso una enfermedad cardiovascular. (OMS, 2018 ^a)	Tabaquismo	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 5	Distribución de la población según consumo de tabaco. Consumo de tabaco.	Nominal dicotómica
			Colesterol Total	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 6	Distribución de la población según la concentración de colesterol total. Cantidad de colesterol total en sangre.	Intervalo
			Triglicéridos	Documento recolector de	Distribución de la población	Intervalo

				datos de elaboración propia, ítem 7	según la concentración de triglicéridos. Cantidad de triglicéridos en sangre.	
			HDL	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 8	Distribución de la población según la concentración de HDL. Cantidad de HDL en sangre.	Intervalo
			LDL	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 9	Distribución de la población según la concentración de LDL. Cantidad de LDL en sangre.	Intervalo
			Riesgo cardiovascular	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 10	Distribución de la población según riesgo cardiovascular. Puntuación que determina el riesgo cardiovascular de la persona en 10 años.	Razón

			Hipertensión	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 11	Distribución de la población según el diagnóstico de hipertensión. Diagnostico medico hipertensión arterial.	Nominal dicotómica
			Presión Arterial	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 12	Distribución de la población según presión arterial. Valor determinado en la toma de presión arterial.	Intervalo
			Diabetes Mellitus	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 13	Distribución de la población según diagnóstico de diabetes mellitus. Diagnostico medico diabetes mellitus.	Nominal dicotómica
			Glucosa	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 14	Distribución de la población según diagnóstico nivel de glucosa.	Intervalo

					Niveles de glucosa en sangre.	
			Hemoglobina Glicosilada	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 15	Distribución de la población según nivel de hemoglobina glicosilada. Niveles de hemoglobina glicosilada en sangre.	Intervalo
			Peso	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 16	Distribución de la población según peso en kilogramos.	Razón
			Talla	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 17.	Distribución de la población según talla.	Razón
			IMC	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 18	Distribución de la población según IMC. Índice obtenido de la relación entre el peso y la	Intervalo

					talla de la persona.	
			Circunferencia abdominal	Documento recolector de datos de elaboración propia, ítem 19	Distribución de la población según circunferencia abdominal. Perímetro de la cintura.	Intervalo

3.1.2.1.7 Método de análisis de datos

Los datos recolectados, principalmente aquellos de índole personal fueron sustituidos por combinaciones numéricas con el fin de proteger la confiabilidad, privacidad y confidencialidad de la información, así como la identidad de la población participante.

Para la custodia de los documentos esenciales y digitales se guardaron en un archivo utilizado únicamente para fines de este trabajo y administrado por las sustentantes y la directora.

En el presente seminario se utilizó para el análisis y la presentación de los datos, estadística descriptiva, la cual es un “método para organizar, resumir y presentar datos de manera informativa”. (Lind, Marchall y Wathen, 2019, p.4). Además de la utilización de distribución de frecuencias absoluta y relativa, así como medidas de tendencia central o medidas de ubicación, las cuales tienen como propósito “señalar el centro de un conjunto de valores” (Lind, Marchall y Wathen, 2019, p.46), ejemplo de ellas la mediana, la media y la moda.

La mediana se define como “el punto medio de los valores una vez que se han ordenado de menor a mayor o de mayor a menor” (Lind, Marchall y Wathen, 2019, p.51), por otra parte, la moda es “el valor de la observación que aparece con mayor frecuencia” (Lind, Marchall y Wathen, 2019, p.51) y por último la media es “la suma de todos los valores observados en la población dividida entre el número de valores de la población” (Lind, Marchall y Wathen, 2019, p.47), también es llamada promedio.

La frecuencia relativa “captura la relación entre el conjunto de elementos de una clase y el número de observaciones” (Lind, Marchall y Wathen, 2019, p.18).

Todos los datos fueron procesados mediante la utilización de Excel 2013, el cual es un programa informático, creado para realizar labores contables y financieras.

3.1.2.2 Componente Reflexivo

La fase reflexiva constituye una parte de relevancia a lo largo del proceso investigativo, dado que permite identificar la interacción de lo que se contempla en la teoría, los datos que se encontraron y la realidad de los profesionales encargados de la consulta de crónicos de la Clínica Integrada de Tibás.

El componente reflexivo brinda la oportunidad a las sustentantes de complementar la información obtenida en el componente investigativo y así generar conclusiones y posibles interrogantes sobre la temática, concluyendo con la elaboración de una memoria escrita.

En este componente se realizó la discusión, el intercambio de ideas y experiencias acerca de la temática elegida, esto por medio de la realización de un foro, mediante la modalidad virtual en la plataforma “zoom”, para generar un intercambio de experiencias entre profesionales y estudiantes a fines a la temática, personal de la clínica integrada de Tibás y las sustentantes del seminario, en el cual se expusieron los conocimientos y resultados obtenidos en el componente investigativo.

3.1.2.2.1 Foro Presencial

Según la Lara y Cabrera (2015), consiste en una actividad oral organizada en la que se presentan opiniones fundamentadas, con el objetivo de desencadenar argumentos, en la que los participantes deben respaldar dichos argumentos, debe contar con un moderador, que guíe el tema y vincule lo dicho por los participantes con el tema en cuestión.

Siguiendo con la misma línea Lira (2010) define el foro como una estrategia de crecimiento en el ámbito personal, grupal y social que trasciende la idea de ser una experiencia individual para convertirse en un proceso dinámico que se construye de manera paulatina, con la participación de todos los actores componentes de una misma sesión de aprendizaje.

Se realizó un foro (ver anexo 2) en el cual participaron profesionales de enfermería, salud pública, estudiantes del área de enfermería la directora de enfermería de la Clínica Integrada de Tibás y público en general, el cual tuvo como temática principal los resultados encontrados en la fase investigativa sobre, los factores de riesgo cardiovascular, los determinantes estructurales de la salud y la teoría de autocuidado en la enfermedad crónica.

Durante la puesta en práctica del foro, las integrantes del seminario asumieron diferentes roles establecidos por la modalidad de seminario, coordinador, relator, co-relator y protocolante, la tabla 7 muestra la distribución de estos.

Tabla 7*Distribución de funciones*

Rol	Encargado
Coordinador	Silvia Salazar
Relator	Priscilla Herrera Melisa Ramírez
Co- relator	Priscilla Herrera
Protocolante	Priscilla Herrera
Participantes	Participantes del foro virtual

Nota. Elaboración propia a partir estructura del seminario diseñado por Garzón (2013).

3.1.2.3 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas fueron mantenidas a lo largo de la realización del seminario y en cada uno de sus componentes. Para este apartado se hace referencia a siete requisitos éticos de Ezequiel, estos requisitos esclarecen en forma sistemática las protecciones fundamentales implícitas en la filosofía básica del Código de Nuremberg, Declaración de Helsinki, Informe Belmont y el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS por sus siglas en inglés), los cuales deben estar presentes en una investigación. (Lolas y Quesada, 2003).

Valor.

El valor de una investigación es parte de lo que la hace ser ética, este representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica, se debe realizar un tamizaje para evaluar si la investigación conducirá hacia una mejora en la salud o el bienestar de la población. La investigación debe tener valor para evitar la explotación y justificar el uso responsable de recursos limitados (Lolas y Quesada, 2003).

Para evidenciar este requisito se cuenta con una elaborada justificación, además se espera con este seminario aportar nuevos conocimientos acerca de los factores riesgo cardiovascular, ya que las enfermedades del sistema circulatorio fueron las principales causas de muerte en Costa Rica en el 2017 (INEC, 2018). Los resultados obtenidos de este seminario

estarán a disposición de la institución y profesionales de la salud participantes, con el propósito de contribuir al fortalecimiento de la salud y el bienestar de las personas, velando siempre porque los riesgos o daños sean lo mínimos posibles. Además, se contribuirá con los conocimientos de la disciplina al utilizar la teoría de mediano rango de enfermedades crónicas, lo que corresponde a un valor científico, esto por medio de la elaboración de un artículo científico.

Validez científica.

La validez tiene sus pilares principalmente en la metodología de la investigación, o sea, que sea realizable. Además, “la investigación debe tener un objetivo científico claro, estar diseñada usando principios, métodos y prácticas de efecto seguro aceptados, tener poder suficiente para probar definitivamente el objetivo, un plan de análisis de datos verosímil (...)” (Lolas y Quesada, 2003, p. 86).

De acuerdo con lo anterior, tiene validez este seminario porque se cuenta con los recursos humanos y materiales para desarrollarlo. Se justifica por medio de la elaboración del marco referencial, los objetivos y una metodología viable. La población se encuentra en un lugar determinado siendo la Clínica Integrada de Tibás. Por otra parte, el seminario posee la característica de ser novedoso y original; y mantienen congruencia entre los objetivos y la metodología.

Selección equitativa del sujeto.

Se debe ser equitativo en la identificación y selección los sujetos potenciales que participaran en una investigación. Este requisito consta de cuatro fases. La primera hace referencia a que la selección debe justificarse en la interrogante científica de la investigación, y no en las condiciones de vulnerabilidad de las personas que propicie el acceder a participar. Segundo, todos los grupos tendrán la misma oportunidad de ser seleccionados, solo en caso contrario debido a razones científicas o de riesgo que limite su participación; se busca de esta manera que si la investigación ofrece beneficios todos tengan la misma oportunidad de recibirlo, y no solo aquellos grupos favorecidos, por ejemplo; varones, adinerados o algún grupo racial. Tercero, las personas reclutadas deben estar en la condición de beneficiarse en el caso de que la investigación brinde un resultado positivo, esto con el objetivo de que los beneficios no se dirijan únicamente a otros grupos que no pasaron por el proceso y posibles riesgos de la

investigación. Finalmente, la cuarta fase consiste en garantizar que relación riesgo-beneficio sea adecuada, orientada siempre a que el beneficio sea mayor que el riesgo, y que el riesgo sea mínimo. (Lolas y Quesada, 2003)

En resumen, la esencia de la equidad en la investigación en sujetos humanos es que la necesidad científica guíe la selección de los sujetos y que los criterios de elegibilidad usados sean los más amplios posibles compatibles con la interrogante de la investigación científica que se investiga y el intento de reducir al mínimo los riesgos de la investigación. Ezequiel citado por Lolas y Quesada (2003, p. 88).

En el presente seminario se utilizó una población censo, en la cual se toma en cuenta a toda la población en estudio, tomando en cuenta los criterios de inclusión.

Proporción favorable de riesgo-beneficio.

La investigación clínica puede justificarse sólo cuando: 1) los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan, 2) los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan, y 3) los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos. (Ezequiel citado por Lolas y Quesada, 2003, p. 88).

Este seminario no presenta riesgos para la población participante ya que se utilizaron datos secundarios proporcionados por la Clínica Integrada de Tibás y los datos trabajados fueron de manera anónima. El beneficio que tendrá la Clínica es un análisis de los determinantes estructurales de la salud desde la teoría de autocuidado en enfermedad crónica, además de un análisis de los factores de riesgo cardiovascular de la población, información relevante para la toma de decisiones y una mayor comprensión del perfil de las personas pertenecientes a la clínica. Para esto se realizará una devolución de resultados al personal de la Clínica por medio de una presentación en línea y la entrega del documento final del seminario.

Los datos obtenidos en la investigación serán utilizados en la defensa pública del Seminario, así como en artículos científicos, presentaciones y también para uso de la clínica en el fortalecimiento de la atención.

Evaluación independiente

Este requisito se debe a la innegable existencia de los conflictos de interés, presentes hasta en los investigadores más preparados o bien intencionados. Por tal motivo una manera común de reducir al mínimo las repercusiones que podría generar tales prejuicios es que se realiza la evaluación independiente, esta consiste en la revisión de la investigación por parte de un perito que no esté vinculado con el estudio y cuente con la acreditación para aprobar, corregir o cancelar una investigación. Esta evaluación le asegura a la sociedad que no van a recibir beneficios a costa de la violación a los derechos de otros humanos, y que además serán tratados éticamente si desean participar en la investigación. (Lolas y Quesada, 2003)

El seminario es sometido en diferentes momentos a ser revisado por el Comité de TFG, el cual está conformado por profesionales acreditados y capacitados para aprobar, corregir y cancelar una investigación clínica. También fue evaluado por el comité de ética de la institución participante, el comité ético de la Universidad de Costa Rica y el comité asesor del presente seminario.

Respeto a los sujetos inscritos

Los datos de los expedientes clínicos fueron obtenidos mediante la base de datos con la cual cuenta la clínica, esto con el propósito de disminuir los riesgos, y beneficiar a la población. Para salvaguardar la confidencialidad y anonimato de los datos se identificó solo la información pertinente para el estudio y no se almacenó la información de manera tal que personas ajenas a la investigación tengan acceso o puedan vincular los datos con los participantes. Asociado a lo anterior, los datos se guardaron en un archivo digital utilizado únicamente para fines de este trabajo y fue administrado por las sustentantes y la directora.

Consentimiento Informado

Para la realización del presente seminario no se requirió la utilización de consentimiento informado, esto a raíz que se solicitó aprobación de excepción para la utilización de consentimiento informado fundamentado en:

- La investigación es de tipo secundaria, transversal y posee un riesgo mínimo en la población involucrada, debido a que las variables solicitadas no brindan información de tipo personal.
- Con la exención no habrá afección de índole negativa en los derechos o bienestar de las personas, puesto que son registros que la Clínica recopila como parte de sus funciones.
- Los resultados serán de beneficio para la clínica, especialmente para el servicio de enfermería porque permitirá diseñar estrategias en la atención de salud que considere las inequidades en salud y futuras investigaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

Los datos que fueron suministrados se encontraban anonimizados y se analizaron de la misma manera, además de contar con el convenio de realización del seminario por parte de los representantes de la Clínica Integrada de Tibás. De esta forma se disminuyó el riesgo de divulgación de la información personal, además, al trabajar con datos de expedientes digitales, el riesgo de accidentes o eventos adversos fueron prácticamente nulos.

Convenio con la Clínica

Para el desarrollo de este Seminario se contó con la aprobación del comité ético de la Clínica Integrada de Tibás (COOPESAIN) y se encuentra en proceso de firmas el convenio entre la Universidad de Costa Rica y la clínica, el cual se aprobó por la UCR en octubre 2020 y permite el desarrollo del proyecto Pry01-1372-2017 "Determinantes sociales estructurales de las inequidades en salud y factores de riesgo cardiovascular en personas adultas con enfermedades crónicas", del cual forma parte la presente investigación.

Capítulo IV

4.1 Resultados

En el presente capítulo se realiza la presentación de los datos obtenidos en la Clínica Integrada de Tibás de la consulta de enfermedades crónicas en abril del 2020, según los objetivos de la presente investigación para posteriormente desarrollar su análisis y discusión.

Se obtuvo un total de 24598 expedientes, correspondientes a los usuarios respectivos. Luego de aplicar los criterios de inclusión de la investigación el total de expedientes para el análisis fue de 9792 (39,7% de la población inicial).

La población en estudio tenía edades entre 35 a los 64 años, el mayor porcentaje de la población se encontraba en el rango de los 35 a los 45 años correspondiente a 37,63%, seguido por la población entre 56 a 64 años correspondiente a 31,77% y por último el rango entre los 46 a los 55 correspondiente a 30,59%. El promedio fue de 49 años.

4.1.1 Factores de riesgo cardiovascular:

Las tablas 8, 9, 10, 11 y 12 muestran la distribución de los datos obtenidos de la población según factores de riesgo cardiovascular, es importante recalcar que respecto al perfil lipídico un 10,87% de la población no presentaba datos.

Como se observa en la tabla 8 fue predominante el total de personas que no tenían el hábito del tabaquismo.

En el colesterol total, a pesar de que la mayoría de las personas obtuvieron valores deseables la diferencia entre las personas que tenían un valor deseable y un valor al límite alto no era tan amplia. Inclusive si sumamos el porcentaje de personas con el colesterol total en el límite alto y alto (49,9%) se observaría que la mayoría de las personas tendrían un riesgo alto de hipercolesterolemia. Lo anterior concuerda con el promedio de los niveles de colesterol total presentados por la población el cual corresponde a 208,75 mm/dl, nivel que se clasifica en el límite alto. El 50% de la población presentaba niveles iguales o mayores a 205,47mm/dl. Por último, la población presentó como nivel máximo de colesterol total 799,84mm/dl.

Tabla 8

Distribución de datos por factores de riesgo cardiovascular tabaquismo y perfil lipídico (N=9792).

Factor de riesgo cardiovascular		%	N
Tabaquismo	Si	10,82	1060
	No	89,17	8732
	Sin datos	0	0
Colesterol total	Deseable	39,18	3837
	Límite alto	31,62	3097
	Alto	18,31	1793
	Sin datos	10,87	1065
Triglicéridos	Normal	49,89	4886
	Limite alto	18,30	1792
	Alta	19,63	1923
	Muy Alta	1,28	126
	Sin datos	10,87	1065
Lipoproteínas de alta densidad (HDL)	Bajo <40	28,08	2750
	Normal >=40-<60	47,70	4671
	Alto >60	13,33	1306
	Sin datos	10,87	1065
Lipoproteínas de baja densidad (LDL)	Óptimo	15,23	1491
	Deseable	29,64	2902
	Limite alto	25,57	2504
	Alto	10,83	1060
	Muy alto	7,80	764
	Sin datos	10,94	1071

Nota. Elaboración propia a partir de los registros digitales de la Clínica Integrada de Tibás.

En cuanto a los valores de los triglicéridos, se puede observar que los porcentajes en los rangos de límite alto y alta son muy similares con solamente una diferencia de un 1,33% entre ellos, esto evidencia la posibilidad que la población con niveles altos de triglicéridos aumente. La población presentó como valor promedio de triglicéridos 161,33mm/dl, en donde el valor máximo fue de 1979,14mm/dl. El 50% de la población presentó niveles iguales o mayores a 137,92mm/dl, nivel que se clasifica como normal.

Siguiendo con la descripción del perfil lipídico de la población, en relación con la Lipoproteína de Alta Densidad (HDL), los mayores porcentajes los presentaron los niveles normal y bajo, razón por la cual el promedio fue de 47,31mm/dl, con un nivel máximo de

131,64mm/dl y en donde el 50% de la población tenía niveles iguales o menores a 45,06mm/dl.

Por último, respecto al perfil lipídico, en las Lipoproteínas de baja densidad (LDL), el mayor porcentaje de la población presentó niveles deseables, sin embargo, al sumar los porcentajes de los límite alto, alto y muy alto (44,2%) se observa que existe un riesgo alto de hipercolesterolemia por LDL en la población, sin embargo, no sobrepasa el porcentaje de personas con niveles deseables y óptimos (44,86%).

Respaldando lo mencionado anteriormente el promedio de colesterol LDL entre la población fue de 129,91mm/dl, así como el 50% de la población presentaba niveles iguales o mayores a 127,71mm/dl, acogiendo resultados máximos de 327,39mm/dl.

Tabla 9

Distribución de datos por factores de riesgo cardiovascular: hipertensión y nivel de presión arterial (N=9792).

Factor de riesgo cardiovascular	%	n	
Hipertensión	Sí	0,64	63
	No	99,35	9729
	Sin datos	0	0
Nivel de presión arterial diastólica	Normal	38,63	3783
	Elevada	50,32	4927
	Hipertensión estadio 1	2,86	280
	Hipertensión estadio 2	7,94	777
	Sin datos	0,26	25
	Normal	51,08	5002
Nivel de presión arterial sistólica	Elevada	26,33	2578
	Hipertensión estadio 1	12,87	1260
	Hipertensión estadio 2	9,47	927
	Sin datos	0,26	25

Nota. Elaboración propia a partir de los registros digitales de la Clínica Integrada de Tibás.

Como se presenta en la tabla 9 el mayor porcentaje de la población no presentaba el diagnóstico de hipertensión.

En cuanto a los porcentajes de presión arterial diastólica la mayor parte de la población se presentaba en el rango elevado, caso contrario a la presión arterial sistólica la cual ubicaba

un mayor porcentaje de la población en el rango normal, sin embargo, al sumar los porcentajes de los rangos elevado, hipertensión tipo 1 y tipo 2, da como resultado 48,67%, rango mayor al presentado por el rango normal, lo que indica un alto porcentaje de la población con rangos mayores al normal. Cabe destacar que las presiones contemplan a toda la población del estudio y no solamente a las diagnosticadas con hipertensión y que los porcentajes antes mencionados corresponden a la última toma de presión realizada, lo que puede explicar que no coincidan las presiones elevadas con el porcentaje de personas diagnosticadas con hipertensión.

En general la población presentaba un promedio de presión arterial de 117/55 mm/Hg, presentando niveles máximos de presión arterial sistólica de 813 mmHg y de presión arterial diastólica de 807. El 50% de las personas presentaban una de presión arterial sistólica de 118mmHg o más, así como el 50% de las personas presentaban una presiona arterial diastólica de 78mmHg.

Tabla 10

Distribución de datos por factores de riesgo cardiovascular diabetes y hemoglobina glicosilada (N=9792).

Factor de riesgo cardiovascular		%	N
Diabetes mellitus	Sí	1,02	100
	No	98,97	9692
	Sin datos	0	0
Hemoglobina Glicosilada	Adecuado	14,38	1408
	Elevada	5,14	503
	Sin datos	80,48	7881

Nota. Elaboración propia a partir de los registros digitales de la Clínica Integrada de Tibás.

En cuanto al diagnóstico de diabetes el mayor porcentaje de la población no presentaba dicho diagnóstico. Se evidencia que un alto porcentaje de la población no cuenta con los niveles de hemoglobina glicosilada.

En cuanto a la población que presentaba datos asociados a la hemoglobina glicosilada, el valor promedio fue de 6,64 mg/dl, alcanzando niveles máximos de 16 mg/dl. Donde el 50% o más de la población que contaba con datos presentaban niveles mayores a 28,55 mg/dl.

Tabla 11

Distribución de datos por factores de riesgo cardiovascular índice de masa corporal (N=9792).

Factor de riesgo cardiovascular	%	N	
Índice de Masa Corporal	Bajo peso	0,60	59
	Adecuado	19,80	1939
	Sobrepeso	31,33	3068
	Obesidad	48,26	4726
	Sin datos	0	0

Nota. Elaboración propia a partir de los registros digitales Clínica Integrada de Tibás.

Del total de la población un 79,59% presenta niveles elevados en cuando al IMC, ubicándolos en sobrepeso y obesidad. Siendo el promedio de 29,45 kg/m² entre la población, donde el 50% o más de la población tenían niveles mayores a 28,55 kg/m².

En la tabla 12 se presentan los datos asociados a la moda y mínimos de los factores de riesgo cardiovascular antes mencionados, esto con el fin de ampliar los resultados antes mostrados, acogiendo el concepto de moda como el dato que mayormente se repite entre la población y mínimos el resultado más bajo que se obtuvo entre la población.

Tabla 12

Resultados de máximos y mínimos según factor de riesgo cardiovascular (N=9792).

Factor de riesgo cardiovascular	Máximos	Mínimos
Colesterol total	799mg/dl	77mg/dl
Triglicéridos	1979mg/dl	26mg/dl
Lipoproteínas de alta densidad (HDL)	131mg/dl	14mg/dl
Lipoproteínas de baja densidad (LDL)	327mg/dl	14mg/dl
Nivel de presión arterial diastólica	807mm/Hg	10mm/Hg
Nivel de presión arterial sistólica	8130mm/Hg	10mm/Hg
Hemoglobina Glicosilada	16%	4,3%
Índice de Masa Corporal	411kg/m ²	0,38 kg/m ²

A continuación, se presentan en las tablas 13, 14, 15 y 16, los resultados sobre los factores de riesgo cardiovascular por sexo, esto con el fin de discutir las variaciones que se presentan. Los factores de riesgo fueron separados en tres distintas tablas según cada sexo para una mayor claridad de los datos.

Tabla 13

Distribución de datos correspondientes a mujeres por perfil lipídico (N=6086).

Factor de riesgo cardiovascular mujeres	%	N	
Colesterol total	Deseable	37,71	2295
	Límite alto	32,93	2004
	Alto	20,79	1265
	Sin datos	8,58	522
Triglicéridos	Normal	56,77	3455
	Limite alto	17,78	1082
	Alta	16,17	984
	Muy Alta	0,71	43
	Sin datos	8,58	522
Lipoproteínas de Alta densidad (HDL)	Bajo <40	18,16	1105
	Normal >=40-<60	53,98	3285
	Alto >60	19,29	1174
	Sin datos	8,58	522
Lipoproteínas de baja densidad (LDL)	Óptimo	14,76	898
	Deseable	30,55	1859
	Limite alto	26,60	1619
	Alto	11,98	729
	Muy alto	7,49	456
	Sin datos	8,63	525

Nota. Elaboración propia a partir de los registros digitales de la Clínica Integrada de Tibás.

De acuerdo con los datos obtenidos sobre el perfil lipídico en las mujeres, estos se encontraban en su mayoría dentro de un parámetro adecuado: el colesterol total presentó un mayor porcentaje en el parámetro deseable, sin embargo, si sumamos los porcentajes del límite alto y alto corresponde a un 53,72% representado un riesgo alto de hipercolesterolemia. El promedio de colesterol fue de 211,55 mm/dL entre la población femenina, además, 50%

de dicha población presentó niveles iguales o superiores a 207,94 mm/dL, con esto se refuerza la idea de que la población femenina tiene un riesgo alto de hipercolesterolemia.

Como se aprecia predominó el parámetro normal de los triglicéridos entre población femenina. El promedio fue de 146,86 mm/dL, sumando a esto la mitad de esta población presentó valores de 128,86 mm/dL o más.

En cuanto a las lipoproteínas de alta densidad el parámetro con mayor porcentaje fue el normal, se encontró que en las mujeres la suma de los rangos alto y normal fue de 73,27%, evidenciando niveles favorables en el HDL, en donde el 50% de la población femenina presentaron niveles iguales o superiores a 48,63 mm/dL y el promedio fue de 50,58 mm/dL.

Por último, las lipoproteínas de baja densidad obtuvieron un mayor porcentaje en el parámetro deseable. Sin embargo, al comparar la suma entre los valores óptimo y deseable con la suma de los valores límite alto, alto y muy alto, se obtiene que para la primera suma corresponde un 46,07% no muy lejano al 45,31% de la segunda, lo cual evidencia un riesgo de hipercolesterolemia. Lo que coincide con que el 50% tuviera 128,8 mm/dL o más y 50% tuviera 128,8 mm/dL de LDL. El promedio fue de 131,51 mm/dL.

Como se observa en la tabla 14, la población femenina presentó niveles de presión arterial diastólica que se encontraban en mayor porcentaje en el parámetro elevado, mientras que en los niveles de presión arterial sistólica sobresale el parámetro normal. El promedio de presión arterial sistólica fue de 115 mmHg y en cuanto a la presión arterial diastólica este fue de 74 mmHg. De la mitad de la población femenina obtuvo 110 mmHg o menos de PAS, así como, 70mmHg o menos en la PAD.

En cuanto al índice de masa corporal se obtuvo que el 50% de la población femenina tuvo 28,53 kg/m² o más. Entre la población femenina es mayor el porcentaje de personas que presenta el rango de obesidad con 48,01%.

Tabla 14

Distribución de datos correspondientes a mujeres por hipertensión y niveles de presión arterial. (N=6086)

Factor de riesgo cardiovascular en mujeres		%	N
Hipertensión	Sí	0,36	22
	No	99,64	6064
	Sin datos	0	0
Nivel de presión arterial diastólica	Normal	36,25	2206
	Elevada	54,65	3326
	Hipertensión estadio 1	2,68	163
	Hipertensión estadio 2	6,29	383
	Sin datos	0,13	8
	Normal	55,09	3353
Nivel de presión arterial sistólica	Elevada	25,19	1533
	Hipertensión estadio 1	11,88	723
	Hipertensión estadio 2	7,71	469
	Sin datos	0,13	8

Nota. Elaboración propia a partir de los registros digitales de la Clínica Integrada de Tibás.

Tabla 15

Distribución de datos correspondientes a hombres por perfil lipídico (N=3706).

Factor de riesgo cardiovascular en hombres		%	N
Colesterol total	Deseable	41,61	1542
	Límite alto	29,49	1093
	Alto	14,25	528
	Sin datos	14,65	543
Triglicéridos	Normal	38,61	1431
	Limite alto	19,16	710
	Alta	25,34	939
	Muy Alta	2,24	83
	Sin datos	14,65	543
Lipoproteínas de Alta densidad (HDL)	Bajo <40	44,39	1645
	Normal >=40-<60	37,40	1386
	Alto >60	3,56	132
	Sin datos	14,65	543
Lipoproteínas de baja densidad (LDL)	Óptimo	16,00	593
	Deseable	28,14	1043
	Limite alto	23,88	885
	Alto	8,93	331
	Muy alto	8,31	308
	Sin datos	14,73	546

Nota. Elaboración propia a partir de los registros digitales de la Clínica Integrada de Tibás.

Con respecto a los hombres se identifica que los parámetros del perfil lipídico se caracterizan estar dentro de un rango adecuado. En cuanto al colesterol total el mayor porcentaje lo obtuvo el rango deseable, sin embargo, los rangos límite alto y alto presentan un mayor porcentaje con 43,74% al realizar la suma de ellos, lo cual manifiesta que los hombres tienen un riesgo elevado de hipercolesterolemia, caso similar a lo que presentan las mujeres. El promedio de colesterol en los hombres fue de 203,79 mm/dL, la mediana fue de 201,03mm/dL, lo cual quiere decir que la mitad de la población posee resultados iguales o mayores a dicho dato, por último, el mayor dato asociado a colesterol entre fue de 799,84 mm/dL y el menor fue de 77 mm/dL.

Los triglicéridos presento el mayor porcentaje en el rango normal, a pesar de ellos la suma de los parámetros límite alto, alto y muy alto suman un porcentaje mayor a este con 46,74%, lo cual indica un riesgo elevado de hipertrigliceridemia entre los hombres. Apoyando lo expuesto se presenta un promedio de 186,78 mm/dl y una mediana de 159,06 mm/dL.

En cuanto a las lipoproteínas de alta densidad mostraron un mayor porcentaje en el parámetro bajo, lo cual difiere con los resultados en las mujeres, donde el mayor porcentaje fue el normal. El promedio fue de 41,05mm/dL y la mediana fue de 39,57mm/dL, además el dato que se repetido más entre la población de hombres fue de 45,16mm/dL.

Por ultimo las lipoproteínas de baja densidad presentaron un mayor porcentaje en el rango deseable, sin embargo, se evidencia un mayor porcentaje al realizar la suma de los rangos límite alto, alto y muy alto con un 41,12%, lo cual se traduce en un riesgo mayor de hipercolesterolemia por LDL en los hombres.

Tabla 16

Distribución de datos correspondientes a los hombres por presión arterial (N=3706).

Factor de riesgo cardiovascular en hombres		%	N
Hipertensión	Sí	0,10	41
	No	98,89	3665
	Sin datos	0	0
Nivel de presión arterial diastólica	Normal	16,10	1577
	Elevada	16,35	1601
	Hipertensión estadio 1	1,19	117
	Hipertensión estadio 2	4,02	394
	Sin datos	0,26	17
Nivel de presión arterial sistólica	Normal	44,50	1649
	Elevada	28,20	1045
	Hipertensión estadio 1	14,49	537
	Hipertensión estadio 2	12,36	458
	Sin datos	0,46	17

Nota. Elaboración propia a partir de los registros digitales de la Clínica Integrada de Tibás.

Como se observa en la tabla 16, en cuanto a los parámetros de presión arterial sistólica el normal fue el que presento un mayor porcentaje en la población de hombres, es importante

resaltar que, al realizar al realizar la suma entre los porcentajes de elevado, hipertensión estadio 1 y 2 (20,83%) este es mayor, evidenciando un riesgo de hipertensión. El promedio de presión sistólica en los hombres fue de 120,46 mmHg, además 50% de la población presento niveles iguales o mayores a 120mmHg.

Por otra parte, la presión arterial diastólica presentó un mayor porcentaje en el parámetro elevado, separándola del rango normal que toma el segundo puesto en importancia por solamente 0,25% de diferencia. La mitad de la población masculina presento cifras de presión diastólica de 80mmHg o más, siendo el promedio de 76,16mmHg.

En cuanto al índice de masa corporal se obtuvo que el 50% de la población masculina tuvo 28,06 kg/m² o más. Siendo el rango de obesidad el que presento un mayor porcentaje con 48,67%.

4.1.2 Determinantes sociales estructurales

En la tabla 17 se presentan los resultados referentes a los determinantes sociales estructurales. En cuanto a la caracterización de la población hubo predominancia de mujeres.

En la caracterización de la población se evidencia un predominio por parte de la población femenina.

Con respecto a los resultados del determinante estructural ocupación las categorías con mayor porcentaje fueron el grupo mayor 10 (otro/ no clasificados) y el grupo mayor 2 (profesionales, científicos e intelectuales).

Del total de la población es evidente un mayor número de personas que presentan un nivel educativo alto siendo un 38,09%, esto entre las personas con universidad completa e incompleta, en contraste con el porcentaje de personas que presentan el más bajo nivel de escolaridad 20,83%, conformado por los porcentajes de analfabetismo, primaria completa e incompleta y ninguna profesión.

Tabla 17*Distribución de datos por determinantes sociales estructurales (N=9792).*

Determinante estructural	%	N	
Sexo	Hombre	37,84	3706
	Mujer	62,15	6086
Ocupación	1	1,31	129
	2	22,58	2212
	3	9,16	897
	4	8,63	846
	5	9,99	979
	6	0,28	28
	7	3,88	380
	8	2,47	242
	9	6,95	681
	10	34,70	3398
Nivel educativo	Analfabeto	3,93	385
	Primaria incompleta	2,93	287
	Primaria completa	13,28	1301
	Secundaria incompleta	17,76	1740
	Secundaria completa	20,99	2056
	Técnico incompleto	0,06	6
	Técnico completo	0,94	93
	Universitario incompleto	14,50	1420
	Universitario completo	24,09	2359
	Parauniversitario incompleto	0,12	12
	Parauniversitario completo	0,53	52
No sabe	0,13	13	
Ninguna	0,69	68	

Nota. Elaboración propia a partir de los registros digitales de la Clínica Integrada de Tibás.

4.1.3 Resultados de la fase reflexiva

En este apartado se expondrán los supuestos que emergieron a partir de las preguntas planteadas en el foro, las cuales corresponden a las opiniones que merecen los participantes a las alteraciones en el mantenimiento, monitoreo y gestión del autocuidado en personas con riesgo cardiovascular a causa de los determinantes estructurales. Se llevó a cabo con profesionales de enfermería, salud pública y estudiantes de enfermería.

A continuación, se presentan los supuestos emergentes del foro:

- El género es el determinante estructural que lleva la batuta en cuanto al acceso y el cuidado, tomando en consideración que actualmente se reporta solo sexo en los registros de salud; es el sexo mujer por procesos de socialización, es el que acude con mayor facilidad de asistir al centro de salud.
- El asistir a un centro de salud, se considera como una acción de autocuidado.
- El nivel educativo afecta la gestión del autocuidado, ya que no es lo mismo no tener primaria completa a tener universidad completa, por ejemplo, el autocuidado de los factores cardiovasculares puede verse afectados por esto.
- La agencia del autocuidado está influenciada por los determinantes y su eficacia es multifactorial.
- El monitoreo de los síntomas puede verse influenciado al tener un mejor nivel económico, por ejemplo, una persona diabética al tener mayor accesibilidad y recursos va a poder realizar el monitoreo con mayor facilidad y eficacia, lo cual ayuda a la detección de los síntomas que la afectan.
- La auto monitorización debe contemplar las diferencias de género, de la conciencia de lo que le está pasando a las personas y de cómo está realizando las acciones de monitorización, además de los sentimientos de esta ante las acciones que realiza.
- Los determinantes llevan a respaldar la estratificación a nivel de salud, sin embargo, también se debe asociar la respuesta del servicio de salud y este como un todo, al momento de determinar el autocuidado de las personas.
- Es relevante tomar en cuenta la experiencia de vida de las personas, el entorno laboral y la relación con los servicios de salud, visión crítica de la accesibilidad, incluyendo los determinantes intermedios en la discusión de autocuidado.

- Se reafirma la importancia de la organización del sistema de salud para el autocuidado y el autocontrol.
- Se debe tener en cuenta la salud como constructo social, y la incidencia de los determinantes sociales en la gerencia y en los programas en salud.
- El riesgo CV no solamente depende de la persona, por lo cual es vital incidir desde las políticas en salud y la organización de servicios de salud.
- Es necesario nuevas investigaciones, en el país, donde se tomen en cuenta el modelo y los factores que intervienen y de estos crear intervenciones, para los profesionales que se encuentran en la práctica.
- La población que atiende la clínica en su mayoría es de un nivel económico alto, a lo largo de los años desde la creación de la clínica se ha visto como esta población pasó de no consultar a ser uno de las personas más regulares y exigentes.
- Es importante un estudio en las diferentes comunidades que atiende la clínica, de seguimiento y evaluación, esto para evaluar los resultados de las acciones de enfermería.
- Se debe tomar en cuenta la salud mental como parte del autocuidado.
- Indagar el porqué de la poca participación de los hombres en el sistema de salud.
- Generar acciones desde un marco multidisciplinario, donde cobra relevancia la promoción de la salud y no solamente la educación en salud desde enfermería.
- Tener un nivel educativo superior no garantiza un trabajo estable o estar empleado.

Capítulo V

5.1 Discusión

5.1.1 Factores de riesgo cardiovascular

5.1.1.1 Edad

La edad es un factor que influye de diferentes maneras en la salud de las personas, ya sea en su vulnerabilidad ante una enfermedad, la toma de decisiones, sus ingresos, las posibilidades de optar por un puesto de trabajo o el acceso a los servicios de salud.

En cuanto a los cambios en la edad, Ruiz (2014) plantea la interrogante acerca de los riesgos en los principales procesos biológicos, genéticos y fisiológicos; aproximadamente desde los 40 años de edad, cuando inicia el declive del desarrollo del ser humano, se da lugar a la gestación y la aparición de enfermedades, casi siempre de carácter endógeno, pero también ambiental o ambos, estos exigen tratamientos asistenciales para garantizar la necesaria calidad de vida y sus condiciones específicas de relación con la actividad económica sin que suponga la habitual prejubilación o incapacidad laboral, que se agrava a partir del 50 aniversario, cuando se produce una caída significativa de las tasas de actividad y ocupación.

Aunado a lo anterior, la edad constituye un factor de riesgo cardiovascular a causa de los complejos procesos fisiopatológicos, Acosta, Herrera, Rivera, Mullings y Martínez (2015, p. 40) refieren que “con la edad los vasos sanguíneos van perdiendo su elasticidad y se va favoreciendo el proceso aterosclerótico, lo cual repercute en el equilibrio estructura-función del lecho arterial coronario, e incrementa así el riesgo absoluto de padecer una ECV”.

Las edades donde se presenta un mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular varían según el sexo de cada individuo, en el caso de los hombres cuando son mayores a los 55 años y en el caso de las mujeres viene siendo un factor de riesgo ser mayor de 65 años. Sin embargo, teniendo en consideración los antecedentes familiares de afección de riesgo cardiovascular prematura, la edad de riesgo para los hombres que se encuentra por debajo de los 55 años, y menor a los 65 años en el caso de las mujeres. (Sutters, 2017).

Sumado a esto, las mujeres presentan una predisposición en la etapa de la menopausia debido a los cambios hormonales.

Antes de la menopausia, muy pocas mujeres fallecen a causa de infartos cardiacos. Después de esta etapa, el riesgo de las mujeres aumenta progresivamente, de tal suerte que las tasas de cardiopatía coronaria posmenopáusicas son el doble o triple que entre mujeres de la misma edad que no han pasado por la menopausia. (Nathan, 2014, p.19).

Los estrógenos tienen una función protectora en sistema cardiovascular, Nathan (2014), explica que hay presencia de receptores de estrógeno y progesterona en el corazón y la aorta, así como los componentes subcelulares necesarios para la acción hormonal directa. Las células endoteliales de las arterias producen factores en respuesta al estrógeno. Se cree que uno de los más potentes es el óxido nítrico. El óxido nítrico ejerce diversos efectos sobre las paredes arteriales. Aumenta el monofosfato de guanosina cíclico intracelular dentro del músculo liso de la arteria, lo que produce vasodilatación. También inhibe la adhesión y agregación plaquetaria, así como la adherencia de los monocitos al endotelio arterial.

Lo anterior podría ser un motivo por el cual a medida que avanza la edad las mujeres presentan con mayor frecuencia enfermedades cardiovasculares que los hombres.

5.1.1.2 Tabaquismo

En los resultados del presente estudio se encontró un mayor porcentaje de usuarios no fumadores con un 89,17%, la baja en la prevalencia del consumo de tabaco se evidencia en toda la población costarricense, ya que:

Al comparar los resultados obtenidos entre 1990 y 2006, se observó un descenso en los diferentes niveles de prevalencia (alguna vez en la vida, en los últimos doce meses y en los últimos treinta días), el cual se ha mantenido constante a lo largo de diferentes periodos, según las encuestas realizadas por el I.A.F.A. en el ámbito nacional (1990, 1995, 2000, 2005, 2010) (Ministerio de Salud, 2014, p.30).

Teniendo en cuenta las cifras mencionadas, Montero (2017), expone que desde el 2010 cuando se realizó la encuesta nacional sobre el consumo de drogas, la prevalencia de consumo de tabaco ha disminuido un 4%; esto lo atribuyen a la puesta en práctica en el año

2012 de la ley 9028: Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, (p.13-14). Además, en la “Estrategia nacional, abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021” se establece en la meta número 5 la reducción relativa del 12% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años al 2021 (Ministerio de Salud, 2014).

Acorde con lo anterior, las personas participantes en la fase reflexiva hicieron referencia a que los factores de riesgo no son solo responsabilidad de las personas, sino también que las políticas públicas y programas juegan un papel crucial en la adquisición y tratamiento de estos, como se evidencia con el tabaquismo.

Por otra parte, Wong (2016, p.45) en la encuesta sobre vigilancia de factores de riesgo cardiovascular, expone que “para la población en general, el grupo de edad entre 20 y 39 años tuvo la prevalencia más elevada de fumado actual, la cual alcanzó un 15,3%, seguida por el grupo de población entre los 40 y los 64 años, con una prevalencia del 11,2%.” Por lo cual, aunque el porcentaje de población fumadora fue bajo en el presente estudio, es relevante exponer que la población se encuentra entre los rangos de edades con mayor prevalencia de tabaquismo en Costa Rica.

El bajo porcentaje de este factor de riesgo cardiovascular en la población de estudio es un aspecto positivo ya que el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, según lo expone El Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad o Global Burden of Disease Study (GBD), el cual “es un programa integral de investigación regional y global sobre la carga de morbilidad que evalúa la mortalidad y la discapacidad de las principales enfermedades, lesiones y factores de riesgo” (Montero, 2017, p.19). Además, al tabaquismo se le atribuye la influencia en infartos e internamientos por enfermedades cardiovasculares anual de 6495 casos, junto con la influencia en 431 muertes por enfermedades cardíacas en Costa Rica, esto según datos expuestos por Bardach et al. (2016) en el informe sobre “carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Costa Rica y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos”.

Varias investigaciones (Ruiz, 2014; Acosta et al, 2015; Fernández y Figueroa, 2018; Lee & Son, 2019; Montero, 2017) exponen al tabaquismo como uno de los principales factores de riesgo para la progresión y adquisición de enfermedades cardiovasculares, además,

convergen en que es una de las causas mayormente prevenible por medio de estilos de vida saludables.

La investigación realizada por Mayta et al (2015), muestra una prevalencia del tabaquismo de un 22,03%, clasificándolo como el segundo factor de riesgo más prevalente entre su población; concordando con dicha investigación Acosta, Herrera, Rivera, Mullings y Martinez. (2015) muestran una alta prevalencia de fumado como factor de riesgo con un 45%. Claramente este fenómeno no se vio reflejado en nuestra población de estudio, ya que el porcentaje de fumadores fue bajo.

La influencia del tabaco como factor de riesgo cardiovascular ha sido abundantemente estudiada. Ruiz (2014), expone diversas teorías que se han generado sobre dicha relación; la primera es la influencia en el proceso arterioesclerótico al aumentar los depósitos de grasa, aumenta la adhesión y agregación plaquetaria y por último la influencia del monóxido de carbono, el cual disminuye el umbral para la fibrilación ventricular.

La CCSS (2015) menciona que las especies de oxígeno reactivo (radicales libres) que están presentes en el humo inhalado causan la oxidación de las LDL plasmáticas; las LDL oxidadas desencadenan un proceso inflamatorio en la íntima arterial mediante la estimulación de la adhesión de monocitos a la pared arterial, lo que resulta en un aumento de la aterosclerosis.

En relación con lo anterior, en un estudio realizado por Lee & Son (2019) de cohortes prospectivos, se establece que los fumadores, fumadores actuales y exfumadores tienen un mayor riesgo de incidencia de insuficiencia cardiaca, debido a que el tabaquismo puede causar disfunción endotelial al reducir la producción de monóxido de nitrógeno, condiciones protrombóticas y activación de rutas inflamatorias; estos factores junto con el aumento de la aterosclerosis coronaria pueden ser responsables del aumento del riesgo de hipertensión, enfermedad coronaria y fibrilación auricular.

A pesar de que en la mayoría de las relaciones se muestra el consumo directo de tabaco como el factor de riesgo cardiovascular, la exposición al humo de tabaco de segunda mano también demuestra una contribución. En el estudio realizado por Groner et al (2017), se muestra que dicha exposición, se relaciona independientemente con presión arterial sistólica más alta, reducción de HDL, elevación de la PCR (un marcador de inflamación), reducción de TAC

(un marcador de oxidación) y reducción de EPC (un marcador de reparación vascular). Mencionan que los efectos se pueden evidenciar a largo plazo, por lo cual la exposición de los niños al humo de segunda mano del tabaco puede aumentar el riesgo cardiovascular de estos en la vida adulta, además, los niños que crecen con los fumadores también tienen un mayor riesgo de convertirse en fumadores activos debido a la modelación parental de la conducta de fumar.

Los beneficios al eliminar el consumo de tabaco también han sido estudiados, “Los exfumadores presentan un riesgo intermedio que se sitúa entre el de los fumadores activos y el de quienes no han fumado nunca” (CCSS, 2015, p. 50).

5.1.1.3 Concentración de lípidos

En el presente apartado se hace un análisis de los principales resultados correspondientes al perfil lipídico de las personas participantes. Las dislipidemias son trastornos frecuentes de los lípidos sanguíneos que favorecen la aterosclerosis y sus secuelas, principalmente las cardiopatías isquémicas. Se relacionan con hábitos de vida dañinos como el consumo de dietas hipercalóricas, y escasa actividad física que originan incremento del peso corporal y de adiposidad (Soca, 2009).

5.1.1.3.1 Colesterol total

Para el 2014 las mediciones de los exámenes de laboratorio evidenciaron que un 9,3% de la población general en Costa Rica presentó niveles altos limítrofes (200 a 240 mg/dL) y un 13,7% superiores a 240 mg/dL de colesterol total, de estos datos se puede inferir que la mayor parte de la población se ubica en los niveles deseables según su nivel de colesterol total sérico (Wong, 2016).

En el presente estudio encontramos un mayor porcentaje de la población en la clasificación de niveles deseables de colesterol, específicamente un 39,18%, seguido de un 31,62% en el límite alto, posición de los rangos que se comparan con los encontrados a nivel nacional, sin embargo, la diferencia entre las personas que tenían un valor deseable y un valor en el límite alto es muy baja, además, al sumar los porcentajes de los rangos alto y límite alto (49,9%) y el valor de la media (205,47 mm/dL), indica que la mitad de la población presentó niveles elevados de colesterol total.

Los resultados anteriores concuerdan con lo expuesto en dos investigaciones en las cuales describen a la población por medio de dichos parámetros, (Pacheco y Romero, 2019; Montalvan et al., 2020) donde el mayor porcentaje de la población se encontraba en el rango de niveles deseables de colesterol sérico menores a 200mg/Dl, siguiendo con esta línea, García, Carías y Acosta (2016) exponen que la mayor parte de su población presentó resultados dentro de la normalidad en las variables de colesterol total, c-LDL, c-HDL y glicemia, para cada sexo.

En la investigación realizada por Peláez y Tapia (2014), también se presentaron altos porcentajes de la población con niveles deseables de colesterol total sérico, sin embargo, existe al mismo tiempo un 18,67% con niveles de colesterol moderadamente altos, los cuales podrían llegar a subir y así aumentar los porcentajes de los niveles de colesterol alto, según los autores esto se puede deber a la influencia de factores ambientales tales como dieta, ejercicio, fumado, toma de bebidas alcohólicas o factores genéticos. Es importante notar que la población de estudio del presente seminario presenta un riesgo más elevado que en la investigación de Peláez y Tapia (2014), ya que el 50% de la población presentan niveles elevados de colesterol total.

Los rangos deseables de colesterol sérico son importantes para la reducción del riesgo cardiovascular, como lo menciona Solorzano, (2018) está comprobado por medio de investigaciones que la hipercolesterolemia (niveles séricos elevados de colesterol superiores a 240mg/dl, asociada a niveles altos de LDL) es la dislipidemia más frecuente en las enfermedades cardiovasculares por su transcendencia etiopatogénica, según Ruiz (2014) un colesterol total de 250mg/dL aumenta el riesgo cardiovascular al doble, pero si la cifra es de 300 mg/dL, el riesgo se cuadruplica. Aunado a esto “en un meta-análisis de 38 estudios se observó que por cada 10% de reducción en el colesterol total, la mortalidad cardiovascular se reduce en un 15% y en un 11% en la mortalidad total” (Ruiz, 2014, p.20).

A nivel fisiológico los niveles de colesterol se correlacionan con el riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca coronaria debido a la acumulación grasa, llamada placa, bajo el forro interior o el endotelio de los vasos sanguíneos, mientras la placa crece más grande se ulcera o se quiebra en la superficie el endotelio herido ahora atrae las plaquetas y la formación del

coágulo comienza. Este proceso da lugar al bloqueo parcial o total del vaso causando diversas manifestaciones de la enfermedad vascular (Liji, citado por Solorzano, 2018).

Los resultados según sexo coincidieron en que ambos presentaron el mayor porcentaje en el rango deseable de colesterol total, sin embargo en ambos sexos se presenta el mismo fenómeno descrito a nivel general donde a pesar de que el mayor porcentaje de la población está en el rango deseable, la suma de los porcentajes de los rangos alto y limite alto es mucho mayor a este, siendo menor favorable en las mujeres, esto se puede relacionar a que en la juventud los hombres tienden a tener niveles más elevados de colesterol total en comparación con las mujeres, sin embargo, esto cambia a medida que aumenta la edad, lo cual está estrechamente relacionado con la llegada de la menopausia en las mujeres según Appelman, Rijn, Haaf, Boersma, y Peters (2015). Peláez y Tapia (2014) apoyan lo expuesto y explica que los estrógenos tienden a disminuir el colesterol plasmático acelerando su transporte y excreción, todo lo contrario, sucede con los andrógenos los cuales aumentan el nivel plasmático del colesterol.

Siguiendo con lo expuesto anteriormente García (2018) menciona que de manera paralela al aumento de la presión arterial y los niveles de colesterol después de la menopausia, se duplica la incidencia de ataques cerebrovasculares entre mujeres de mediana edad en comparación con los hombres.

5.1.1.3.2 HDL

En relación con la Lipoproteína de Alta Densidad (HDL) en la población estudiada, un 47,70% presentó valores normales, un 28,08% valores bajos y un 13,33% valores altos, este fenómeno también se ve reflejado en el estudio realizado por Pacheco y Romero (2019) en el cual 21% de los datos registrados se encuentran por debajo de 40 mg/dL, que es el valor mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, sin embargo, cerca del 80% de los datos registrados muestra valores de HDL normales y óptimos, a su vez Peláez y Tapia (2014) muestran que en su investigación un 46,67% de la población de estudio presentaba niveles recomendables de colesterol HDL es decir entre 40mg/dl y 60mg/dl, el 18,17% niveles mayores a 60mg/dl y un 34,67% niveles de alto riesgo menores a 40mg/dl.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren a los porcentajes a nivel nacional, donde un 59,1% de las personas presentó niveles de colesterol HDL considerados como bajos o anormales, Wong (2016), lo cual se asocia al perfil epidemiológico de este factor de riesgo en Latinoamérica, donde la prevalencia de colesterol HDL bajo es más alta que la documentada en otras partes del mundo, según lo expuesto por Ponte et al. (2017).

La asociación entre el colesterol HDL y su influencia en las enfermedades cardiovasculares ha sido muy estudiada, lo cual genera mayor conocimiento sobre el mecanismo fisiológico de su intervención, junto con lo explicado en el marco conceptual de la presente investigación,

El colesterol HDL se ocupa de la extracción del colesterol no esterificado de los tejidos consumidores que no será utilizado metabólicamente para su redirección hacia el hígado donde será convertido en ácidos biliares. De esta manera, las HDL mantienen estables (y constantes) las concentraciones séricas del colesterol. Las HDL son capaces también de extraer el colesterol libre que se acumula en las placas de ateroma, limitando así la progresión de la ateromatosis. (Cruz, 2018, p.130).

En relación con lo anterior Ruiz (2014) expone diversos mecanismos sobre como el HDL reduce el riesgo cardiovascular, el primero de ellos (y quizás el más estudiado) es el denominado transporte reverso del colesterol (a través del cual conduce el colesterol depositado en la pared arterial o en otros tejidos periféricos hacia el hígado), también el colesterol HDL ejerce un efecto de protección endotelial, tiene propiedades antioxidantes, disminuye la presencia de células inflamatorias en las placas y cuenta con propiedades profibrinolíticas.

Como lo menciona Xing et al. (2020) los niveles bajos en el colesterol HDL, generalmente es el resultado de afecciones adquiridas, como fumar, obesidad, falta de ejercicio y diabetes y, por lo tanto, cambios en el estilo de vida y factores de riesgo podría afectarlos favorablemente, esto lo comparte Cruz (2018) el cual menciona que las intervenciones que se orientan a incrementar las concentraciones séricas de HDL se trasladan a un menor riesgo aterosclerótico, así como lo contrario en donde bajas concentraciones séricas de las HDL se asocian con una importante morbimortalidad coronaria.

Otro aspecto importante por tomar en cuenta es el sexo; en el presente estudio se encontró que en las mujeres la suma de los rangos alto y normal fue de 73,27%, evidenciando niveles favorables en el HDL. En el caso de los hombres los rangos con mayor porcentaje variaron siendo el rango bajo el que presentó mayor prevalencia con un 44,39%, lo cual indica que esta última población presenta un mayor riesgo cardiovascular por los niveles de HDL.

Esta diferencia entre los hombres y las mujeres se compara a los resultados encontrados por García, Carías y Acosta. (2016) en donde los niveles de HDL resultaron significativamente mayores en las mujeres que en los hombres, sin embargo, en un estudio mencionado por Appelman, Rijn, Haaf, Boersma, y Peters, (2015), la relación entre los niveles de colesterol HDL y la enfermedad coronaria mortal no varió materialmente por sexo: cada aumento de 1 mg/dL en el colesterol HDL disminuyó el riesgo de mortalidad por cardiopatía coronaria con 26% en mujeres y con 21% en hombres.

Es por ello, que el abordaje final del riesgo como parte de la prevención primaria cardiovascular debe ser a través de la estimación de los índices de riesgo cardiovascular, lo cual es una recomendación realizada por múltiples organismos y sociedades científicas que consideran esta estrategia como la más coste-efectiva, y que parte del análisis conjunto de varios factores de riesgo que inciden en un mismo individuo y en un mismo espacio de tiempo. (Acosta, Herrera, Rivera, Ledesma, Mullings y Martínez. 2015, p.42).

5.1.1.3.3 LDL

La lipoproteína de baja densidad LDL, presentó un mayor porcentaje en los valores deseables con un 29,64% y un 25,57% en los valores del límite alto, con una media de 127,71mm/dL. Datos contrarios nos muestra Guzmán y Roselló (2006) en su estudio para determinar el riesgo cardiovascular global (RCG) en las personas del área urbana de Cantón Central de Cartago, donde un 56,1% de la población de estudio tenía niveles altos de colesterol LDL.

A nivel nacional se presenta una prevalencia de 29,3% en la población general de niveles superiores o iguales a 130 mg/dL de colesterol LDL (Wong, 2016), sin embargo, no se puede definir una asociación con los niveles encontrados en la presente investigación, ya que no se

muestran los porcentajes a nivel nacional de los rangos catalogados como deseables y limite muy alto, ignorando cuál de estos fue el que presentó un mayor porcentaje.

Por medio de investigaciones se ha llegado a conocer que “las lipoproteínas indudablemente más aterogénicas son las LDL y el incremento en su concentración”. Según Arias et al (1997, p.225) está plenamente comprobado que el colesterol y en particular, el contenido en las LDL interviene directamente en la formación de la placa ateromatosa, la cual está implicada en el desencadenamiento de afecciones cardiacas como los infartos agudos de miocardio. Afirmando lo expuesto, Soca (2009) menciona en su investigación que el LDL en sangre provoca un aumento del colesterol y eleva considerablemente el riesgo de aterosclerosis, estas afirmaciones se derivan de la fisiología en la cual está involucrado el colesterol LDL, este es el encargado del transporte interno del colesterol a las gónadas que lo necesitan, cuando la demanda es satisfecha este moviliza el colesterol sobrante hacia el hígado para su digestión, sin embargo al haber una sobre oferta de colesterol este se comienza acumular en la sangre. La placa de ateroma comienza a formarse a partir de esta acumulación y la acción de los macrófagos, estos se llegan a convertir en células espumosas, las cuales son atrapadas por el endotelio arterial. Esta placa de ateroma sigue creciendo y eventualmente se puede fracturar y ocasionar una cascada de eventos trombóticos, los cuales producen la oclusión de la luz arterial, esto según lo expuesto por Gilarte (2009) en su investigación.

Por lo cual es importante recalcar que “la detección y tratamiento de las alteraciones de los lípidos son clave para la prevención y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles” (Canalizo-Miranda et al. 2013, p. 700). Tratamiento que debe incluir la parte farmacológica, pero sin dejar por fuera el estilo de vida de las personas y su ambiente.

El estudio de Framminghan así como otros estudios epidemiológicos han mostrado que existe una asociación entre las enfermedades cardiovasculares y determinados factores de riesgo, lipídicos y no lipídicos, los cuales a su vez están condicionados por el estilo de vida y el ambiente del individuo y de las sociedades. (Arias et al. 1997, p.225).

Por otra parte, el mayor porcentaje de LDL obtenido tanto por las mujeres como por los hombres fue el deseable, contrario a lo presentado nivel nacional, donde el mayor porcentaje de niveles de LDL fue elevados por parte de los hombres con un 32,2%, siendo más

prevalente en las edades entre los 40 a 64 años y por parte de las mujeres se presentó un 24%, siendo más frecuente en las edades de 64 años o más, según datos de Wong (2016).

Según los datos a nivel nacional se evidencia la relación entre la edad y el sexo, como se explicó anteriormente las mujeres pre menopaúsicas tienden a presentar menores niveles elevados de los perfiles lipídicos con respecto a los hombres, esto está asociado al factor protector de los estrógenos, pero también según Perelshtein, Kivity, Segev, Sidi, Goldenberg, Maor, & Klempfner, (2016) varios estudios sugieren que además de los estrógenos las mujeres presentan arterias más pequeñas y rígidas con mayor grado de disfunción endotelial que es modulada por estrógeno a través de la proteína G, las placas ateroscleróticas tienden a tener una capa fibrosa más estable a diferencia de los hombres y las mujeres, especialmente los más jóvenes, tienen más eventos de erosión de placa, mientras que los hombres tienden a tener más éxtasis de placa.

5.1.1.3.4 Triglicéridos

Como se aprecia en la tabla 8, del total de la población, en cuanto a los niveles séricos de triglicéridos la mayoría se encontraba dentro del rango normal con 49,89%, sin embargo, los rangos de límite alto y alta son muy similares con solamente una diferencia de un 1,33% entre ellos, esto evidencia la posibilidad que la población con niveles altos de triglicéridos aumente.

Lo anterior difiere con los datos a nivel nacional según Wong (2016) donde la mayor prevalencia se presentó en los niveles elevados de triglicéridos específicamente en un 47,5%. Según este mismo autor las prevalencias de los niveles elevados de triglicéridos según grupo de edad fueron de 37,5% para el grupo entre 20 y 29 años, 54,1% para la población entre 40 a 64 años y 52,2% para el grupo de adultos mayores, reflejando un mayor porcentaje de niveles elevados en aquellas edades que coinciden con el rango de edad establecido en este seminario, lo que evidencia el riesgo cardiovascular.

Concordando con lo evidenciado a nivel nacional, Montalvan et al. (2020) menciona que un 60% de la población perteneciente a su investigación presentaba niveles altos de triglicéridos, superiores a los 500 mg/dl.

Por otra parte Pacheco y Romero (2019), muestran un panorama diferente a los expuestos anteriormente, ya que entre su población de estudio el mayor porcentaje fueron las personas con niveles normales de triglicéridos con un 47,60% y uno de los porcentajes más bajos fue el relacionado al parámetro de triglicéridos bajos, con un 1,20%, sin embargo es importante recalcar que estos autores utilizaron una clasificación de 5 rangos, contraria a la clasificación de 3 rangos utilizada en la presente investigación.

La diversidad en resultados evidenciados en las investigaciones consultadas se puede asociar a la fisiología del aumento de los niveles de triglicéridos, la cual es difícil de definir según afirman diversos autores (Soca, 2009; Carranza, 2017), llegado a concordar en dos puntos:

- Puede deberse al aumento de quilomicrones séricos, dislipidemia que no es aterogénica y cuyo riesgo principal es la pancreatitis aguda.
- Aumento de la producción hepática de VLDL grandes, ricas en triglicéridos, ocurre en los casos de obesidad abdominal, resistencia a la insulina, síndrome metabólico y diabetes, entonces se acompañará de un incremento de las LDL pequeñas y densas, escasas en colesterol, pero muy aterogénicas, además de la reducción de las HDL y cambios en su composición (escasas en colesterol) y reducción en su capacidad funcional de extraer colesterol y lípidos de los tejidos.

El rol de los triglicéridos séricos como predictor del riesgo cardiovascular no es tan fácil de establecer, diversos autores (Solorzano, 2018; Cruz, 2018; Canalizo-Miranda, 2013) afirman que esta lipoproteína debe ser analizada junto con niveles séricos disminuidos de colesterol HDL, aumentados de colesterol LDL y el colesterol total. Ruiz (2014) menciona que no se puede ver el nivel de triglicéridos séricos como un factor de riesgo independiente, esto según el estudio Lipid Research Clinic Follow-up Study. Según Soca (2009) el aumento de los triglicéridos en sangre, unido a bajos valores de colesterol de HDL, es la dislipidemia de presentación más frecuente en la práctica médica.

En cuanto a las mujeres de la población de estudio se encontró que el parámetro con mayor prevalencia de triglicéridos fue el normal con un 56,77%, seguido por el límite y el rango altos con porcentajes muy similares. La distribución de los rangos en los hombres tuvo ligeras diferencias, donde un 38,61% presentó niveles normales siendo el rango con mayor prevalencia, sin embargo, a diferencia de las mujeres el segundo con mayor prevalencia fue

el rango alto con un 25,34%, a pesar de ellos la suma de los parámetros límite alto, alto y muy alto suman un porcentaje mayor a este con 46,74%, lo cual indica un riesgo elevado de hipertrigliceridemia entre la población masculina.

Según lo visto en los resultados, los hombres presentaron mayor porcentaje en los rangos de concentraciones más elevados, este panorama se presentó en la investigación realizada por García, Carías y Acosta. (2016) donde el valor promedio para la muestra total de triglicéridos fue adecuado, no obstante, hubo diferencias significativas entre los sexos, presentando los hombres un valor superior al que mostraron las mujeres.

A nivel nacional un 47,5% de los casos del grupo masculino y en el 43,9% en el grupo femenino presentaban niveles elevados de triglicéridos mayores a 150 mg/dl (Wong, 2016), datos que se pueden asociar fisiológicamente a lo presentado en los perfiles lipídicos anteriores y la influencia de los estrógenos en el metabolismo de los lípidos.

5.1.1.4 Hipertensión

La hipertensión arterial es una afección en la que “la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta” y es una de las condiciones crónicas más conocidas que incrementan el riesgo cardiovascular y cerebrovascular, esto según lo exponen diversas investigaciones (Mayta et al. 2015; Lira; 2015).

Existen diversas teorías sobre la influencia de la hipertensión como riesgo cardiovascular, entre ellas encontramos lo expuesto por Fiorilli & Mohler (2019) en donde la hipertensión se asocia con disfunción endotelial en la circulación coronaria, renal y periférica, y esta ocurre temprano en el proceso aterosclerótico, el cual está íntimamente relacionado con las enfermedades cardiovasculares.

En el presente estudio se encontró un 0,64% de personas diagnosticadas hipertensas y un 99,35% sin diagnóstico de hipertensión, porcentajes muy alejados de la prevalencia a nivel mundial, donde “aproximadamente es del 43,9% entre los grupos de edad de los 45-75 años” (Montalvan et al. 2020) son hipertensos.

No se encontró investigaciones que mostraran porcentajes similares a los hallados en la presente, por el contrario, se evidencian porcentajes significativamente elevados. Las investigaciones realizadas por Dueñas, Armas, Noval, Turcios, Milián y Cabalé. (2008) y

Mayta et al. (2015), muestran una prevalencia de hipertensos de un 15% y 15,5% respectivamente, por otra parte, Osorio, Amariles y Restrepo (2020) indica una prevalencia de 96,3% de hipertensos, así como Guzmán y Roselló, (2006) con un 18,8% y Gullón et al (2020) con 27,7%.

A nivel nacional la prevalencia general de hipertensión arterial diagnosticada fue de 31,2%, se observó que la prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada aumentó según grupos de edad, siendo mayor en el grupo de 65 años y más, esto según datos obtenidos en la encuesta sobre factores de riesgo cardiovascular (Wong, 2016).

Asociado a lo anterior el Ministerio de Salud de Costa Rica (2019) en su análisis de la situación en salud, indica que la incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad, a partir de los 40 años representa el 75% del total de los casos y es mayor en el grupo de 65 a 69 años con una tasa promedio de 814,2 casos por 100.000 habitantes.

En múltiples investigaciones se evidencia un mayor porcentaje de hipertensos hombres, según Wong (2016) y los datos recopilados de la Encuesta Multinacional de Diabetes y Factores de Riesgo asociados realizada en el Gran Área Metropolitana, encontró que es más prevalente el diagnóstico de hipertensión en hombres con un 26,1% en comparación con el 25,0% de las mujeres. Montalvan et al. (2020) expone que en América Latina la prevalencia de hipertensión es mayor en los hombres con un 61,7%, esta situación se repite en la población estudiada, donde la mayor prevalencia se encontró en los hombres con un 0,42% y un 0,36% en las mujeres. Contrario a nuestros hallazgos, el Ministerio de Salud (2019) indica que la hipertensión afecta más a las mujeres que a los hombres con una tasa promedio de 314,7 casos por 100.000 mujeres y 273,8 casos por 100.000 hombres. Apoyando este último dato, Acosta et al (2015) menciona que la hipertensión fue el antecedente patológico personal más frecuente en su población de estudio y la mayoría de quienes la padecían eran mujeres.

En el caso de las mujeres se presentan factores de riesgo para la hipertensión arterial exclusivos para este sexo, esto se evidencia a raíz de un metaanálisis de 198.252 mujeres con preeclámica realizado por Bellamy, Casas, Hingorani y Williams (2007) en el cual se concluyó que, en comparación con las mujeres con embarazos normo tensos, las mujeres con preeclampsia tenían un riesgo relativo 3,7 veces de desarrollar hipertensión crónica 14 años

después del embarazo. En relación con los hombres se hace referencia a una asociación entre el polimorfismo en el cromosoma y como un factor adicional para el diagnóstico de HTA, esto según Espinoza-Gómez, Ceja-Espíritu, Trujillo-Hernández, Uribe-Araiza, Abarca-de Hoyos y Flores-Vázquez (2004), sin suponer que este sea el único factor que interviene.

El riesgo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares puede disminuir dependiendo de la cifra de presión arterial que maneje la persona, está demostrado que el aumento de 20 mmHg en la presión sistólica y de 10 mmHg en la presión diastólica sobre valores de 115/75 mmHg aumenta al doble el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, independiente de otros factores de riesgo de ECV, para ambos sexos, esto según Ministerio de Salud (citado por Lira, 2015).

En la investigación realizada por De la Rosa Ferrera y Acosta (2017) se evidencia que existen otros factores modificables, además de los niveles de presión arterial que pueden ser importantes a la hora de definir no solamente el tratamiento, sino también el riesgo cardiovascular de las personas hipertensas, en dicha investigación se muestra que los factores de riesgo de mayor incidencia en la hipertensión arterial fueron el sedentarismo con 63,80 % y el estrés con el 50 % de los casos, seguido por las dietas ricas en sodio con el 44,40 %. En la misma investigación se muestra que el conocimiento por parte de la población estudiada en cuanto a la identificación de los factores de riesgo modificables en la hipertensión arterial se desconocía por un 61% de los participantes, aunque el 39% sí conocía su existencia.

Según Moya y Vargas (2020) y los resultados obtenidos en su investigación en la población de la clínica integrada de Tibás, se dio a conocer que una considerable proporción de personas refirió desconocer alguna causa de su hipertensión, siendo la tercera respuesta más usual. Las tres causas principales más referidas por los y las participantes fueron estrés, herencia/genética y alimentación/obesidad.

Para Lira (2015) la HTA corresponde un problema de Salud Pública de envergadura, ya que es una enfermedad crónica que no da síntomas, lo que dificulta su diagnóstico. Se calcula que alrededor de un 40% a 50% de los hipertensos desconocen que la padecen, lo que imposibilita su tratamiento precoz, afirmando lo expuesto, “la experiencia occidental indica que la dirección de la hipertensión se centra en un sistema de atención primaria eficaz, donde

las personas con PA elevada se pueden identificar y monitorear fácilmente con asequibles terapias” (Du et al., 2019, p.3135).

En cuanto al manejo de la hipertensión una de las metas a nivel nacional establecida en la Estrategia Nacional para el abordaje integral de Enfermedades crónicas no transmisibles y Obesidad (Ministerio de salud, 2014) es la reducción del aumento relativo de la prevalencia de hipertensión arterial en el país, por lo cual se puede asociar los bajos porcentajes de hipertensión presentados en nuestra población de estudio como un avance en el cumplimiento de la mencionada meta.

En la investigación realizada por Moya y Vargas (2020), las cifras encontradas en su población de estudio presentaron un panorama similar al mencionado anteriormente ya que el 54,3% de las personas participantes mostraron la PAS meta y el 46,9% presentó la PAD controlada, si bien en nuestro estudio la presión arterial diastólica obtuvo un mayor porcentaje en el rango elevado con un 50,32%, el rango normal es muy similar el encontrado en la mencionada investigación, esto es significativo ya que la población de dicha investigación pertenecía a la clínica integrada de Tibás.

En cuanto a los resultados por sexo, las mujeres presentaban un promedio de presión diastólica de 74mmHg y en cuanto a la presión sistólica fue de 115mmHg, por otra parte, los hombres presentaban un promedio de presión diastólica de 76mmHg y en cuanto a la presión sistólica fue de 120mmHg.

En la edad adulta temprana, la presión arterial sistólica media es más elevada en hombres que en mujeres, pero esto cambia a medida que envejecen, de manera que a medida que avanzan las edades a partir de los 50 años las cifras se van igualando y hasta ser superado por las mujeres, lo cual podría explicar la poca diferencia de porcentaje entre las mujeres y hombres obtenidos en la población de estudio.

5.1.1.5 Diabetes mellitus

Como se ha dicho en el capítulo II la diabetes mellitus tiene influencia en el riesgo cardiovascular por diversas razones, como lo detalla LeMone y Burke, (2009^b), contribuye con el aumento de la concentración de lípidos en sangre, incidencia de hipertensión y obesidad, además, debido al daño que produce en el endotelio de los vasos se asocia con

ateroesclerosis, de la misma manera que se asocia con la hiperglucemia, hiperinsulinemia, las alteraciones de la función plaquetaria, el aumento de las concentraciones de fibrinógeno y la inflamación.

Aunado a lo anterior cabe destacar que la diabetes mellitus se compone por un grupo de trastornos metabólicos, los cuales comparten la misma expresión de hiperglucemia. El tipo de diabetes mellitus va a depender de la interacción entre la predisposición genética y los factores ambientales. De manera general la diabetes mellitus se clasifica en tipo 1 o 2.

La DM tipo 1 se desarrolla como consecuencia de una respuesta autoinmunitaria contra las células beta productoras de insulina, lo que ocasiona una deficiencia completa o casi total de insulina. La DM tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor producción de glucosa hepática. (Evans-Molina, Niswender, y Powers, 2018).

Otro diagnóstico corresponde a la prediabetes (Evans-Molina, Niswender, y Powers, 2018), esta se encuentra en un periodo previo tanto en la DM tipo 1 y 2 donde existe un deterioro progresivo de la homeostasis de la glucosa. Con el progreso de este deterioro, se desarrolla la hiperglucemia hasta superar los parámetros establecidos para ser diagnosticado como DM según corresponda.

Cabe destacar que los diagnósticos de DM abordados en el presente seminario corresponden a diabetes mellitus 1 y 2, sin embargo, se desconoce el porcentaje de cada una. Del 1,02% de la población que tenía el diagnóstico de DM el 53% eran hombres y un 47% mujeres, los cuales son valores similares.

En cuanto al diagnóstico de DM, existen diferentes métodos para identificar el trastorno metabólico, con cada uno de ellos se brinda información de la alteración en la homeostasis de la glucosa.

- Síntomas de diabetes más concentración de glucemia al azar ≥ 11.1 mM/L (200 mg/100 mL).
- Glucosa plasmática en ayuno ≥ 7.0 mM/L (126 mg/100 mL).

- Hemoglobina A1c >6.5%.
- Glucosa plasmática a las 2 h \geq 11.1 mM/L (200 mg/100 mL) durante una prueba oral de tolerancia a la Glucosa.

Al ampliar la descripción de estas pruebas según Karabatas, De Bruno, Basabe (2009) tenemos:

Los niveles de glucemia en ayunas (12-16 horas), son el primer dato que se debe investigar en un paciente en el que se sospecha la enfermedad. Las categorías de los valores de glucosa plasmática en ayunas (GPA) son: GPA menor de 110 mg/dL: glucemia normal en ayunas. GPA igual o superior a 126 mg/dL: diagnóstico provisional de diabetes, que debe ser confirmado.

A su vez, se reconoce un grupo intermedio de sujetos con valores de GPA que, aunque no se encuentran en los niveles de criterio para el diagnóstico de diabetes, no son totalmente normales: GPA igual o superior a 110 mg/dL y menor de 126 mg/dL: glucemia alterada en ayunas.

En cuanto a la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO), en primera lugar esta la tolerancia a la glucosa normal: glucemia inferior a 140 mg/dL 2 horas después del estímulo de glucosa en la PTGO. En segundo lugar, la tolerancia alterada a la glucosa: glucemia 2 horas después del estímulo de glucosa en la PTGO igual o superior a 140 mg/dL e inferior a 200 mg/dL. Y finalmente, el diagnóstico de diabetes mellitus: glucemia igual o superior a 200 mg/dL 2 horas después del estímulo de glucosa en la PTGO.

Debemos tener en cuenta que la PTGO se ve influida por la dieta, la edad, afecciones agregadas, medicamentos y estados emocionales, y que los valores control provienen de personas bien nutridas. Por tanto, para tener una prueba comparable, debe haberse realizado en personas que se hallen en las mejores condiciones posibles y que hayan seguido una dieta con una cantidad adecuada de glúcidos por lo menos durante 3 días antes de la prueba.

Referente a los resultados obtenidos de los usuarios que consultan en la Clínica Integrada de Tibás un 98,97% de la población no presentan el diagnóstico de diabetes mellitus y el 1,02% si lo presentaba. A pesar de ser un porcentaje pequeño en comparación el porcentaje que no

presenta este diagnóstico es importante considerar que estudios de vigilancia de factores de riesgo cardiovascular en Costa Rica (Wong, 2016) indican que la prevalencia DM no diagnosticada cuenta con estimaciones variables con relación a las diversas localizaciones geográficas y que pueden ser tan elevadas de hasta alcanzar un 50% con lo que se tendría un caso no diagnosticado por cada caso diagnosticado, con las implicaciones crónicas asociadas.

Con respecto a los porcentajes de diabetes mellitus de 1,02% es contrario a lo encontrado en otras investigaciones en el ámbito internacional, en la investigación de realizada por Osorio-Bedoya, Amariles, y Restrepo-Garay de la Universidad de Antioquia, Colombia; obtuvo un 17,8% en prevalencia de DM. (2020). Mientras que Acosta, Herrera, Rivera, Mullings y Martínez de la Universidad de la Ciencias Médicas de La Habana, Cuba obtuvieron una prevalencia de 11,8% (2015). En el ámbito nacional el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular de CCSS en el 2014 obtuvo una prevalencia de DM de del 10,0% (Wong, 2016).

Por otro lado, esta enfermedad se encuentra en constate crecimiento como lo indican Gaziano y Gaziano (2016) donde para el 2016 se calculaban 346 millones de personas a nivel mundial con diabetes y se estima que la cifra en cuestión alcanzará los 522 millones para el 2030.

Otros hallazgos relacionados a la diabetes mellitus corresponden a los niveles de hemoglobina glucosilada donde del total de la población un 5,14% presentaron niveles elevados de hemoglobina glucosilada, cabe destacar que en la Clínica Integrada de Tibás esta prueba solo se realiza a aquellas personas con algún tipo de diagnóstico de DM.

Según LeMone y Burke (2009^a) los niveles de hemoglobina glucosilada elevados son aquellos superiores a 7% y 9%, sumado a esto, se expone que:

La HbA1c constituye el 6,8% de la hemoglobina total de los individuos normales. Un aumento del 8-12% refleja un mal control de la diabetes, y por encima del 12%, muestra que el paciente estuvo expuesto a hiperglucemias intensas y prolongadas durante las 6-8 semanas anteriores a la toma de la muestra. (Karabatas, De Bruno y Basabe, 2009, sección valoración de la función del páncreas endocrino, párr 17)

Esto se debe a que “la glucosilación de la hemoglobina y las proteínas séricas no requiere catálisis enzimática y, por tanto, depende de dos factores: 1) la concentración de la glucosa plasmática, y 2) el tiempo de exposición a la glucosa.” (Karabatas, De Bruno, Basabe, 2009, p. 11). Además, los valores alcanzados no dependen del ayuno ni de la administración previa de insulina, pero debe tenerse en cuenta que se ven influenciados por afecciones que modifiquen la composición de la hemoglobina o la vida media de los eritrocitos o por la ingestión de alcohol, penicilina o ácido acetilsalicílico.

Se debe tener en cuenta que este parámetro se realiza sobre todo para el control de la DM tipo 1, aunque algunos profesionales de la salud la han utilizado para el diagnóstico de la enfermedad. Como se mencionó anteriormente la prueba de HbA1c en la Clínica Integrada de Tibás se realiza a aquellas personas que posean algún tipo de diagnóstico de DM.

5.1.1.5 Obesidad

En cuanto a las variables que componen las medidas antropométricas el IMC es un referente para identificar el estado nutricional de las personas.

De acuerdo con los parámetros normales para IMC, se obtiene que del total de la población un 48,26% presenta obesidad y un 31,33% presentaba sobrepeso, siendo en total un 79,59% que niveles elevados en cuando al IMC. En comparación con Ares, Valdés, Botas, Sanchez-Ragnarsson, Pujante, Menéndez-Torre y Delgado (2019), ellos obtuvieron en su muestra el mayor porcentaje correspondía a normopeso con un 30,5%, seguido de sobrepeso con 43,6% y finalmente 25,9% con obesidad. Otra investigación que difiere con nuestros resultados es la de Rivas-Vargas (2020) un 25% de los pacientes presentaron bajo peso, 56,3% tuvieron peso óptimo, 10,4% se encontró con sobrepeso y 8,3% reportaron obesidad. A nivel nacional la encuesta de vigilancia de factores de riesgo cardiovascular, en esta se obtuvo un menor porcentaje de obesidad en comparación a los datos recolectados en la clínica “la prevalencia de sobrepeso y obesidad para la población en general fue 36,8% y 29,4%, respectivamente” según se indica. (Wong, 2014).

Con respecto a la obesidad, según Flier y Maratos-Flier (2018, p. 1), “es un estado con una masa excesiva de tejido adiposo.” A pesar de que se suele relacionar con un aumento de peso no es una regla general, ya que existen personas delgadas y su vez muy musculosas donde se

su IMC se clasificaría como sobrepeso, aun sin tener aumento de adiposidad. Es por este motivo que la definición de obesidad debe partir de la valoración y su relación con la morbilidad y mortalidad que signifique para la persona.

Las consecuencias patológicas de la obesidad tienen la particularidad de causar efectos adversos mayores en la salud; la obesidad “se relaciona con un aumento en la mortalidad, con un incremento del 50 al 100% en el riesgo de muerte por cualquier causa, en comparación con las personas de peso normal, sobre todo por causas cardiovasculares” (Flier y Maratos-Flier, 2018, p. 11). Estos mismos autores indican que la obesidad se asocia a la hipertensión arterial, debido al “aumento en la resistencia periférica y gasto cardiaco, aumento del tono del sistema nervioso simpático, incremento en la sensibilidad a la sal y retención de sal mediada por insulina.”

Relacionado a la obesidad, se encuentra la circunferencia abdominal, a medida que aumenta la grasa intrabdominal la tasa de mortalidad es mayor.

La obesidad, en particular la abdominal, se relaciona con un perfil de lípidos aterogénico; con aumento en el colesterol de lipoproteína de baja densidad, lipoproteína de muy baja densidad y triglicéridos; y con descenso del colesterol de lipoproteína de alta densidad y concentraciones bajas de la adipocina protectora cardiovascular adiponectina. (Flier y Maratos-Flier, 2018, p. 12).

La circunferencia abdominal tiene diferentes parámetros según la vinculación con el riesgo cardiovascular, por lo que debería ser medida de manera rutinaria. La Federación Internacional de Diabetes (IDF) establece valores ≥ 90 cm en el hombre y ≥ 80 cm en la mujer para definir obesidad abdominal o riesgo incrementado. Mientras que la Organización Mundial de la Salud establece “bajo riesgo” ≤ 79 cm en mujeres y ≤ 93 cm en hombres; “riesgo incrementado” de 80 a 87 cm en mujeres y de 94 a 101 cm en hombres, y “alto riesgo” ≥ 88 cm en mujeres y ≥ 102 cm en hombres. Existe controversia sobre los valores de corte apropiados para los diferentes grupos étnicos o raciales. (Aráuz-Hernández, Guzmán-Padilla y Roselló-Araya, 2013).

En Costa Rica, la indicación de la medición de la circunferencia abdominal se establece en las guías de atención de personas con diabetes y en las de hipertensión arterial. Sin embargo,

no está considerada como una actividad de prevención primaria de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS), cuya función esencial es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Cada EBAIS está integrado por un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria (ATAP); están distribuidos en todo el país y atienden de 3500 a 5000 habitantes, cada uno, lo mismo que ocurre en la Clínica Integrada de Tibás, la cual se conforma por 12 EBAIS, en esta la circunferencia abdominal es valorada en la consulta nutricional. (Aráuz-Hernández, Guzmán-Padilla y Roselló-Araya, 2013).

Con base en la importancia de la valoración de la circunferencia abdominal en el riesgo cardiovascular, se concuerda con Aráuz-Hernández, Guzmán-Padilla y Roselló-Araya quienes en el 2013 identificaron la oportunidad de incluir esta medición en las funciones rutinarias de los ATAP durante la visita domiciliar, a fin de identificar la población en riesgo y que puede ser referida a las intervenciones locales de prevención y promoción de la salud.

5.1.2 Determinantes estructurales de la salud

La posición social y el contexto socioeconómico ejercen una gran influencia sobre el tipo, la magnitud y la distribución de la salud en la sociedad. Borrell (2015) explica que los distintos ejes de desigualdad como son la clase social, el género, la edad, la etnia o raza, determinan las jerarquías de poder en la sociedad que repercuten en las oportunidades de tener buena salud.

Así mismo según los datos de la fase reflexiva, los determinantes sociales estructurales llevan a respaldar la estratificación a nivel de salud, sin embargo, también se debe asociar la respuesta del servicio de salud y este como un todo, al momento de determinar el autocuidado de las personas.

5.1.2.1 Género

En el presente apartado se realizó una descripción de la población de estudio según el determinante estructural género, es importante tener en cuenta que en ocasiones según lo expuesto por Abad-Colil, Ramírez-Vélez, Fernandes-Da Silva, y Ramirez-Campillo (2019) es común ver en muchos artículos científicos el uso de la palabra “género” como variable de estudio, siendo en muchas ocasiones utilizada de forma indistinta al sexo, cuando en realidad,

y a pesar de interactuar entre sí, existen diferencias significativas que pueden influir en la interpretación de los resultados.

El termino género hace referencia a la construcción social de mujeres y hombres, de feminidad y masculinidad, que varía en el tiempo y el espacio y entre las culturas, mientras que el 'sexo' abarca las características que están biológicamente determinadas, incluidas los rasgos cromosómicos, genéticos, anatómicos, reproductivos y fisiológicos, clasificando así a los seres vivos en macho/hombre y hembra/mujer. (Abad-Colil et al., 2019, p.12)

Sin embargo “el sexo y el género no son mutuamente excluyentes. No se puede hablar de género sin hablar del sexo” (Organización Panamericana de la salud, s.f, p.15), por lo cual este concepto y cómo influye será desarrollado en el apartado de factores de riesgo cardiovascular.

La población en estudio del presente seminario según sexo fue compuesta en su mayoría por mujeres (62,15%).

Gijón y Benegas (2012) menciona que la enfermedad cardiovascular afecta a los hombres a una edad más temprana y presenta más carga de morbilidad y factores de riesgo, y los objetivos terapéuticos obtenidos distan mucho de alcanzar los estándares deseables.

Lo anterior guarda relación a factores asociados con el género, la Organización Mundial de la salud (2018^d) expone que los hombres deben seguir normas sociales que los exponen a prácticas nocivas y en este caso asociadas al riesgo cardiovascular como lo son el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas, lo cual los lleva a tener una menor esperanza de vida y una mayor carga de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que las mujeres, datos que son compartidos por Magar (2015).

El género influye en la salud y el bienestar en tres ámbitos: los determinantes de la salud relacionados con el género, incluida la interacción con otros determinantes sociales y estructurales; las conductas en la esfera de la salud en función del género; y la respuesta del sistema de salud en función del género (Organización Mundial de la salud. 2018^d, p. 3).

El género “es un factor que crea inequidades sanitarias por sí solo y que puede agravar las que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, etc” (Organización Mundial de la salud. 2018^d, p. 1).

La Organización Panamericana de la Salud expone algunas de las situaciones de los grupos menos favorecidos, tal es caso de las posibilidades que tienen las mujeres para optar por una ocupación, lo cual determinará el acceso a los servicios de seguridad social y de salud. Otra diferencia en cuanto género, es la educación, en América Latina se registra matriculas escolares de mujeres mayor a la de los hombres, a pesar de esto no se observa una mayor participación de ellas en áreas como la política o los ingresos, su participación en el mercado de trabajo es inferior, en cuanto al ingreso; se calcula que se encuentra entre el 62% y el 81% del que reciben los hombres, aún con este panorama, la situación de los hombres también se ve desfavorecida en temas como la tasa de mortalidad asociada a violencia y accidentes. (2012).

Por su parte, García y Vélez (2017), menciona que el género, entre otras variables, influyen en el bienestar de los individuos en países de alto ingreso económico, empeorando los resultados en las dimensiones mentales, sociales y vitalidad de la calidad de vida, así como la forma en la que afrontan una enfermedad crónica.

Desde esta perspectiva Barceló, Gregg, Wong-McClure, Meiners, Ramirez-Zea y Segovia (2015), respaldan que ante una enfermedad cardiovascular se obtiene un peor pronóstico en mujeres cuya escolaridad sea inferior a la secundaria. Mientras que en el caso de los hombres las afecciones vasculares van a tener una mayor repercusión en la medida que aumenta su edad.

Por otra parte, en los últimos años se ha generado un fenómeno que ha llevado al aumento de la adquisición de enfermedades cardiovasculares por parte de las mujeres, la sobrecarga del género, la cual se asocia a la asignación de las tareas domésticas, compartidas muchas veces con el trabajo fuera del hogar (doble jornada), la prestación de servicios de salud a otros miembros de la familia, las labores de "cuidadora" y otras que se vinculan esencialmente al género femenino, esto según Oramas, Lugones y Massip (2017), en dicha investigación se vio una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en las mujeres con sobrecarga, apoyando lo expuesto se menciona que:

De acuerdo al segundo Informe “Salud y género 2006: Las edades centrales de la vida” editado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, para ellas, la sobrecarga de los cuidados hacia otras personas, la reproducción, la tareas no remuneradas, las situaciones de subordinación, abusos y la violencia de género; así como la doble jornada laboral, la competitividad, el ideal corporal y la eterna juventud, pueden explicar que ellas se sientan con peor salud y menor expectativa de vida saludable. Para ellos, el mantenimiento de las relaciones de poder, el ideal de éxito y la competitividad son explicativos del modo de enfermar. (García, 2011, p. 283).

En un estudio realizado por Tajer, Fernández, Antonietti, Chiodi, Salazar, Barrera, Juárez (2014) en el cual se indagaba sobre las barreras de género presentes en la prevención cardiovascular, se evidencia entre los resultados que por parte del personal médico el género como determinante de la salud no se reconoce como un factor que influya en la salud contrario al nivel socioeconómico de la persona y por otra parte, en las mujeres hay una menor autopercepción del riesgo coronario, esto se relaciona a que por muchos años se le atribuyo este tipo de enfermedades al género masculino.

“El género afecta a todas las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 porque interactúa con otros determinantes e influye en los riesgos y las exposiciones, los comportamientos y la respuesta del sistema de salud” (OMS, 2018^d, p. 1), por lo cual se debe tener en cuenta no solamente a la hora de generar políticas y programas en salud, sino al momento de la consulta y la educación, por parte de los profesionales en salud.

Dado que los temas relativos al género influyen en el comportamiento de los hombres y las mujeres con respecto a la salud, así como en su vulnerabilidad y en el acceso a los servicios de salud, hay que tenerlas en cuenta al formular políticas y servicios de salud (Organización Panamericana de la salud, s.f, p.16).

Aunado a lo anterior y como fue expuesto por los participantes en parte reflexiva del presente seminario el sexo es el determinante estructural que lleva la batuta en cuanto al acceso y el cuidado, tomando en consideración que actualmente se reporta solo sexo en los registros de salud; son las mujeres por procesos de socialización, es el que acude con mayor facilidad de asistir al centro de salud.

5.1.2.2 Ocupación

La OPS (2012, p.16) afirma que “la ocupación es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social”, muy relacionado se encuentran la ocupación, los ingresos y la educación, ya que determinan la posición social.

En la población acogida por la Clínica Integrada de Tibás, según los datos del ASIS 2017, el 33,9% de la población afiliada eran amas de casa, niños/as y estudiantes, un 5,58% eran personas pensionadas y había un 5,59% de personas desempleadas para un total de 45,07% de población que no realiza actividades remuneradas.

Para catalogar las ocupaciones encontradas en la población de la investigación, se usó la Clasificación de Ocupaciones de Costa Rica del INEC, 2014. El sistema del EDUS usa la clasificación de perfiles ocupacionales del Ministerio de Trabajo, sin embargo, esta clasificación no permite una disgregación tan clara para el análisis.

El mayor porcentaje en la clasificación de ocupación lo tiene al que denominamos grupo mayor 10, con un 34,73%, este grupo lo agregamos a la clasificación de ocupaciones de Costa Rica 2011, para incluir aquellas que no se podían especificar en otra clasificación, lo componen tal como vienen denominados en la base de datos: amas de casa, desconocida, amo de casa, desempleado, desocupado, discapacitado, estudiante mayor de 12 años, no sabe, pensionado y otras ocupaciones no específicas.

Con un 22,08%, el grupo mayor 2, tiene el segundo porcentaje en importancia, este grupo corresponde a los profesionales científicos e intelectuales. Según el INEC (2014) comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren conocimientos profesionales de alto nivel, las tareas consisten en desarrollar y aplicar el acervo de conocimientos científicos e intelectuales a los diferentes campos o, por medio de la enseñanza, asegurar la difusión de estos conocimientos. En nuestra población las ocupaciones más reiteradas en este grupo fueron abogados, administradores, contadores, ingenieros, maestros de enseñanza primaria y profesores de enseñanza media.

Con porcentajes similares, se encuentran los grupos mayores 3, 4, 5 y 9. En orden de importancia, el grupo mayor 5 con un 9,75% comprende ocupaciones en el desempeño de tareas con conocimientos y experiencias necesarios para la prestación de diversos servicios y cuidados personales, servicios de protección y de seguridad o la venta de mercancías (INEC, 2014). En la población de la investigación las ocupaciones con más representatividad en este grupo lo conforman los trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados, las ocupaciones de servicio al cliente, saloneros, cocineras de cafés, restaurantes y bares, cocineros de instituciones y empresas, guardas, dependientes en soda, tiendas y gasolineras, comerciantes propietarios de comercio al por mayor y menor, cajeros son las principales que componen la población.

Luego se encuentra el grupo mayor 3; técnicos y profesionales de nivel medio con un 9,36%, las ocupaciones tienen tareas que requieren desempeño de conocimientos de carácter técnico y la experiencia para servir de apoyo en labores administrativas con cierto grado de responsabilidad (INEC, 2014). Las ocupaciones encontradas en este grupo de manera reiterada fueron agentes de ventas, agentes de vendedores, asistente administrativo, técnico en computación, supervisores, auxiliares de administración, auxiliares de contabilidad.

El grupo mayor 4; personal de apoyo administrativo con un 8,38% lo componen ocupaciones que requieren para sus tareas conocimientos y experiencias para ordenar, almacenar, procesar y encontrar información. (INEC, 2014), las ocupaciones más reiteradas de este grupo fueron cajeros de bancos, digitadores, oficinistas, recepcionistas, secretarias de instituciones y empresas, secretarias ejecutivas y telefonistas.

El sexto porcentaje en importancia es de 7,21% lo tiene el grupo mayor 9; ocupaciones elementales, estas ocupaciones requieren conocimiento y experiencia para realizar tareas sencillas y rutinarias para las cuales se precisa a veces de un esfuerzo físico considerable y salvo raras excepciones, escasa iniciativa. (INEC, 2014), en este grupo encontramos con mayor frecuencia las siguientes ocupaciones: servidora doméstica, peones de construcción, misceláneos, mensajeros, empleadas domésticas, conserjes y bodegueros.

Luego tenemos 4 grupos que se encuentran por debajo del 5% cada uno. El grupo mayor 7; oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, con un 4,29%, incluye ocupaciones cuyas tareas necesitan conocimientos y experiencia necesarios para ejercer

oficios y profesiones de tipo tradicional en la industria y la construcción. (INEC, 2014), Las ocupaciones encontradas con mayor frecuencia fueron: operarios de máquina en fábrica, mecánicos de automóviles, albañiles y ebanistas.

Seguido se encuentra el grupo 8; operadores de instalaciones, máquinas y ensambladores con un 2,65%, abarca ocupaciones con los conocimientos y experiencias necesarias para atender y vigilar el funcionamiento de máquinas e instalaciones industriales, a menudo automatizadas, que reducen el esfuerzo físico y el tiempo requerido en la realización del trabajo. (INEC, 2014), en este grupo encontramos mayoritariamente chofer, choferes de autobuses, choferes de automóviles, choferes de camiones y choferes de taxi.

El grupo mayor 1: directores y gerentes, corresponde a un 1,42% este grupo abarca las ocupaciones que tienen como tareas principales planificar, dirigir y coordinar la actividad general de las empresas, gobiernos y otras organizaciones y departamentos de estos. (INEC, 2014) En la población se encuentran jefes de diversos tipos, gerentes y directores.

Por último, el grupo mayor 6 fue el de menor representatividad con un 0,12%, este grupo es denominado: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros, sus tareas principales requieren el conocimiento y la experiencia necesaria para la obtención de productos de la agricultura, la ganadería, la silvicultura y la pesca (INEC, 2014). Las ocupaciones encontradas en la población fueron agricultores y camareros.

Es importante destacar que del grupo mayor 10, la principal ocupación es ama/amo de casa con un 77,62%, es decir por sí sola esta ocupación representa un 26,95% de la población total y está conformada casi en su totalidad por mujeres, lo cual coincide con el mayor porcentaje en la población del estudio. Zimmermann, Gonzáles y Galán (2010) realizaron un estudio sobre los perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la comunidad de Madrid, en su población total de 16.017 personas el mayor porcentaje según la ocupación lo ocupaban amas de casa. Respecto a la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular de las amas de casa eran un 28,9% en sobrepeso (IMC>27), un 25,4% de hipertensión arterial detectada esporádicamente, un 25,0% de fuma a diario y 22,9% no realizan ninguna actividad física en tiempo libre.

En el mismo estudio se encontró que los factores de riesgo más importantes según la ocupación en la población total eran: trabajo sedentario (44,2%), fuma a diario (33,1%), (21,6) % no realiza ninguna actividad física en tiempo libre y 21,5% sobrepeso. Además, que un mayor riesgo cardiovascular está representado por trabajadores de dirección o gerencia, administrativos y conductores.

Havranek, et al. (2015) afirman que la relación entre el riesgo cardiovascular y la ocupación es menos clara que como lo es con la educación o los ingresos. Los mismos autores mencionan el estudio Whitewall en el que se concluye una correlación inversa entre el grado de ocupación y la mortalidad por enfermedad coronaria, mencionan que otros estudios concluyen de manera general que un estatus de ocupación más alto estuvo asociado con menor hipertensión, además que trabajadores de servicios de protección como policías y bomberos, tenían las tasas más bajas de tratamiento para la hipertensión establecida.

Hernández, Salazar y Gómez (2004) clasificaron la ocupación en operarios, asistentes administrativos, médicos y ejecutivos; encontraron que todos los grupos ocupacionales están en alto riesgo cardiovascular, según el índice de relación del LDL/HDL. Los de más alto riesgo son los ejecutivos y los operarios. Tomando en cuenta todos los indicadores de riesgo cardiovascular, los promedios más altos se encontraron en los grupos de los ejecutivos y los médicos, aunque la diferencia con los demás grupos no siempre fue significativa.

Por otra parte, en un estudio llamado Whitehall II study realizado por Stringhini et al (2010), muestra que la disminución relativa de las tasas actuales de tabaquismo en los grados de empleo más alto y bajo fue similar, aproximadamente a la mitad durante el período de seguimiento, dejando en evidencia que en el tabaquismo no muestra cambios en relación con la posición del empleo.

A nivel nacional, Guzmán y Roselló (2006) encontraron en una población del cantón Central de Cartago que, relacionado a la ocupación, tanto las personas empleadas como las que desempeñan oficios del hogar tienen comportamiento de riesgo cardiovascular similar. La clasificación que usaron para la ocupación fue: empleado, desempleado, estudiantes, oficios en hogar, pensionados y otros.

5.1.2.3 Nivel educativo

El nivel educativo es otro determinante estructural de la salud, según la OPS (2012) determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Está muy relacionada con la ocupación y los ingresos por consiguiente con la posición social que tenga la persona.

Contrario a lo anterior, según lo mencionado por los participantes en la fase reflexiva, un mayor nivel educativo no garantiza tener una adecuada remuneración o un trabajo estable, si se observa los datos correspondientes a ocupación la población se caracterizaba por tener un porcentaje alto en cuanto a profesionales, investigadores e intelectuales, quienes según las evidencias en otras investigaciones pueden tener un mejor acceso a la salud (OPS, 2012).

El porcentaje de población analfabeta (2,31%) es un dato interesante, ya que para el 2014 la tasa de alfabetización adulta del cantón de Tibás fue de 99,1% según el programa de las Naciones Unidas para el desarrollo y la Universidad de Costa Rica (2016). Además, el área de atracción de la Clínica Integral de Tibás tiene un nivel socioeconómico mayor que el resto del cantón. En Costa Rica para el 2015 la tasa de alfabetización era de 97,8% (OPS, 2017), por lo cual no se descarta la posibilidad que sea un error humano en la digitación de los datos.

La escolaridad muestra asociación con todos los dominios de la calidad de vida, en su estudio, García y Vélez (2017) indicaron que a mayor número de años de estudio mejoran los indicadores de salud. En nuestra población de estudio el 61,23% de la población tiene un nivel de escolaridad de secundaria o más y el nivel de universitario completo fue el más reiterado. Kubota et al. (2017). Obtuvieron como resultados que los individuos con una educación superior tendían a tener un nivel socioeconómico más alto y tenían menos probabilidades de tener un estilo de vida poco saludable, problemas de salud y daños orgánicos subclínicos.

La evidencia entre la relación de la escolaridad y el riesgo cardiovascular en su mayoría coinciden en una relación inversa. Esteve et al (2015) encontraron que todos los factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) de su estudio (obesidad abdominal, obesidad global, diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensión arterial) eran más frecuentes en el grupo de menor nivel educativo. El único que muestra comportamiento diferente es el tabaquismo, ya que se

encuentran mayores niveles en la población con nivel educativo alto, afirman que con los resultados se muestra como el estilo de vida es un aspecto fundamental para el desarrollo de todos los FRCV, además explican que la relación se da porque las personas con mayor nivel educativo suelen tener mayores conocimientos sobre los estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad cardiovascular. Los factores que sí alcanzan significación son los de obesidad global y abdominal, lo que explican puede ser por los menores conocimientos sobre promoción de la salud o la dificultad económica del acceso a una dieta variada y rica (Esteve et al., 2015)

En un estudio a nivel centroamericano Barceló, et al. (2015) determinaron que un patrón claro de la relación entre la educación y el riesgo cardiovascular fue; los de menor nivel educativo tienen mayor prevalencia en la categoría de alto riesgo, quienes no tenían educación o solamente educación primaria tenían más posibilidades de experimentar una enfermedad cardiovascular que quienes tenían educación secundaria o más. En la presente investigación toda la población tiene en alguna medida riesgo cardiovascular, sin embargo, el nivel educativo puede favorecer o no en su mantenimiento, monitoreo y administración del autocuidado de la enfermedad.

Lo anterior coincide con Kubota et al. (2017) quienes encontraron la relación inversa tanto en hombres como mujeres, aquellos con el nivel más bajo de educación tenían mayor riesgo cardiovascular a lo largo de la vida, mientras que los de mayor nivel educativo tenían menor riesgo. Otra investigación que concuerda con los resultados de la relación fue realizada por Havranek et al. (2015) y es denominada: Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease, a scientific statement from the American Heart Association.

Por su parte, Jeemon & Reedy (2010) evidenciaron que había mayores niveles en los indicadores de uso del tabaco, sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial en las personas con menores niveles de educación e ingresos en India. Ellos además explican los modelos conceptuales para analizar el comportamiento de la educación a lo largo de la vida.

De manera contraria en un estudio en población urbana de Cartago, Guzmán y Roselló (2006) encontraron que en la categoría de riesgo cardiovascular moderado y alto eran las personas que tenían estudios universitarios mientras que con riesgo bajo está quienes únicamente tenían estudios secundarios.

5.1.2.4 Ingresos

No fue posible obtener los datos de ingresos en la población, sin embargo, este factor está relacionado con la escolaridad y la ocupación como ya se explicó, por lo que se analizará esta relación y su relevancia con los factores de riesgo cardiovascular que se encontraron en la literatura.

La OPS en el 2017 menciona sobre el panorama en Costa Rica, que un 45,3% de la fuerza de trabajo es informal y que las mujeres percibían en promedio un salario 14% menor que el de los hombres, cumpliendo similares funciones y responsabilidades.

Los ingresos influyen en la vida cotidiana de las personas, Havranek, et al. (2015) explican que, en la relación entre una dieta no saludable y una posición socioeconómica baja, el efecto económico directo de los costos de los alimentos es un factor que contribuye significativamente, y el costo por caloría es cada vez más bajo para los alimentos altos en azúcar y grasas.

Fleischer y Roux, (2013) realizaron una búsqueda de literatura sobre las inequidades de enfermedades cardiovasculares en Latinoamérica, los estudios ecológicos encontrados sobre la mortalidad por ECV determinaron que un nivel socioeconómico (NSE) bajo se asoció con mayor mortalidad en los países del cono sur. Sobre el patrón NSE-ECV a través del tiempo indicaron una concentración creciente de riesgos de ECV en las personas de NSE bajo en Latinoamérica, además afirman que en Centroamérica se ha publicado muy poco del tema.

Aunado a lo anterior Koirala et al. (2020) explican que en similitud los países de bajos o medios ingresos, los gastos en salud están dedicados a lo curativo o el tercer nivel de los sistemas de salud, hay menos prioridad para la promoción de la salud. Es un reto para estos países, la necesidad de programas bien planeados y basados en las necesidades, para la prevención y el manejo de enfermedades transmisibles y mitigar el incremento de las enfermedades no transmisibles.

Por otra parte Blas, Sivasankara Kurup & World Health Organization. (2010), indica que la situación socioeconómica de los adultos (por ejemplo, los niveles de educación, la situación laboral y los ingresos) afecta los resultados de las enfermedades cardiovasculares por asociación con los factores de riesgo cardiovascular y las medidas de resultado. En los países

desarrollados, la diabetes que es un factor de riesgo cardiovascular importante se asocia con un nivel socioeconómico bajo y pobreza, además se ha informado que el nivel socioeconómico bajo ejerce una mayor influencia adversa sobre los factores de riesgo cardiovascular de las mujeres que en los de los hombres.

5.1.3 Teoría del autocuidado en la enfermedad crónica

La teoría de autocuidado en la enfermedad crónica tiene como eje 3 componentes principales: el mantenimiento del autocuidado, el monitoreo del autocuidado y la gestión del autocuidado; tiene además 7 proposiciones y los factores que afectan el autocuidado los cuales son: la experiencia y habilidad, la motivación, las creencias culturales y los valores, la confianza, los hábitos, las habilidades funcionales y cognitivas, el apoyo de otros y el acceso a la atención de salud.

La teoría de autocuidado en la insuficiencia cardiaca es importante mencionarla, ya que de esta surge la teoría del autocuidado en la enfermedad crónica, por lo que tienen aspectos similares y además ha sido usada ampliamente en estudios.

5.1.3.1 Mantenimiento del autocuidado

El mantenimiento del autocuidado es definido como aquellos comportamientos usados por los pacientes con una enfermedad crónica para mantener la estabilidad física y emocional (Riegel et al., 2012).

Se establecen como aspectos del mantenimiento del autocuidado los comportamientos de promoción de la salud que evalúan en la persona: la actividad física, el dormir lo suficiente y si realiza algo para disminuir el estrés; también evalúa los comportamientos relacionados a la enfermedad que son: si evita enfermarse, si tiene una dieta especial, si visita el proveedor de salud de manera rutinaria y si toma los medicamentos prescritos sin olvidar dosis (Riegel, Barbaranellim Sethares, Daus, Moser, Miller, Haedtke, Feinberg, Lee, Stromberg & Jaarsma. 2018).

Los determinantes estructurales de la salud influyen en el mantenimiento del autocuidado de las enfermedades crónicas, como se evidencia en diferentes investigaciones, ejemplo de esto es la influencia del género, Mei, Tian, Chai y Fan. (2019) exponen que en la medida que se fortalezca el apoyo social y la confianza del autocuidado puede mejorar el mantenimiento

del autocuidado en hombres, mientras que en las mujeres es importante reforzar su conocimiento, manejo y confianza del autocuidado para alcanzar en mismo objetivo ante una enfermedad cardiovascular.

Al respecto, Pancani, Ausili, Greco, Vellone & Riegel (2018) afirman determinantes del mantenimiento deficiente del autocuidado es ser hombre y tener un cuidador. La teoría tiene entre los factores que afectan el autocuidado el apoyo de otros al respecto, Iovino et al. (2020) determinaron que entre las personas más comprometidas en el mantenimiento del autocuidado estaban quienes eran cuidados por mujeres.

En cuanto a sexo en esta investigación, las mujeres fueron quienes representaron un mayor porcentaje de la población de estudio, por lo que se puede afirmar que, de esta, son quienes más consultan al sistema de salud, lo cual infiere en un mejor mantenimiento de la salud según lo expuesto anteriormente. Además, el trabajo doméstico comprende diversas tareas, el INAMU (2020), explica que entre estas tareas están: “la crianza de niños y niñas, los quehaceres propios del hogar, el cuidado de niños y niñas, personas ancianas y enfermas o con capacidades diferentes” (párr. 1). Lo cual explica que las amas de casa tengan una mayor experiencia y habilidad en el cuidado.

En cuanto al nivel socioeconómico, como se mencionó anteriormente, está determinado por los ingresos, el nivel educativo y la ocupación. Al respecto, Iovino, Lyons, De Maria (2020) afirman que las personas con mejores indicadores en el mantenimiento del autocuidado fueron quienes reportaron mayores ingresos. Contrario a esto Ausili et al. (2016) encontraron que tener mayores ingresos familiares era un factor de riesgo para un pobre mantenimiento del autocuidado. Sospechan que esto se debe a que estas personas prestan menos atención a un estilo de vida saludable y a los comportamientos de prevención, tal vez por un demandante estilo de vida o por el sentimiento de tener los recursos para enfrentar un problema de salud si este ocurre. Sin embargo, mencionan que es un tema que debe ser investigado para que la relación sea clara. En cuanto a la educación formal Koirala et al. (2020) reportaron que fue un factor de influencia en el mantenimiento del autocuidado.

En esta investigación, tomando en cuenta el nivel educativo, mayoritariamente universitario completo y las ocupaciones encontradas, principalmente en el grupo mayor 2, se puede

estimar que esta población cuenta con características favorables para un mejor mantenimiento del autocuidado.

Otros factores que se mencionan en las investigaciones como influyentes en el mantenimiento del autocuidado son, la edad, ingesta de medicamentos, el periodo de tiempo de tener la enfermedad, la cultura y la comorbilidad. Algunos de los cuales están relacionados con los factores que afectan el autocuidado y están descritos en la teoría.

5.1.3.2 Monitoreo del autocuidado

El monitoreo del autocuidado se define como el proceso de observar los propios cambios en los signos y síntomas es el enlace entre el mantenimiento del autocuidado y gestión del autocuidado (Riegel. et al. 2012).

Iovino et al. (2020), encontraron una influencia por el tipo de enfermedad crónica; personas con diabetes mellitus tenían menos probabilidad de desarrollarse adecuadamente en el monitoreo que aquellos sin diabetes. Los autores lo representan como un descubrimiento sorpresivo ya que el monitoreo es indispensable para mantener el control metabólico y prevenir o ralentizar las enfermedades y complicaciones relacionadas. Respecto a esto en los resultados sobre factores de riesgo cardiovascular, solamente 1,02% de la población presentó el diagnóstico de diabetes, lo que se asocia según lo expuesto en la investigación mencionada, por lo que la población de estudio tiene más probabilidades de desarrollarse en el monitoreo, solo por el hecho de no presentar el diagnóstico de diabetes.

Los profesionales participantes del foro mencionaron que un mayor nivel económico podría favorecer el monitoreo de los síntomas, ya que puede representar para las personas mayor facilidad y eficacia. Además, indicaron que es importante que se contemplen las diferencias de género, el cómo están realizando las acciones de monitorización y los sentimientos de la persona ante estas acciones, debido a que hasta el momento no se ha generado evidencia en cuanto a este aspecto.

5.1.3.3 Gestión del autocuidado

La gestión del cuidado conlleva la evaluación de los cambios en los signos y síntomas físicos y emocionales para determinar si son necesarias diferentes acciones. Se requiere tomar conciencia de la situación, y la comprensión de esta. Los cambios pueden ser a causa de

enfermedades, tratamientos o el medio ambiente. (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012). En este contexto, la conciencia de la situación implica estar alerta a las sensaciones corporales (conciencia o percepción somática) y la capacidad de determinar de manera confiable cómo estas sensaciones cambian en respuesta a los tratamientos. (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2018).

Un aspecto importante de la gestión del cuidado es que se puede realizar de forma autónoma o en consulta con un profesional de la salud, dependiendo de la guía que el proveedor le dé al usuario sobre las modificaciones independientes de las terapias. (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2018).

Si observamos la diferencia de consulta en cuanto a sexo, se identifica que hay mayor consulta por parte de las mujeres. El menor porcentaje de consulta por parte de los hombres representa una inadecuada gestión del cuidado, Ausili et al. (2016), respaldan en su investigación que ser hombre es un factor de riesgo para una inadecuada gestión, así como tomar más medicamentos y tener menos confianza en el autocuidado. Por otra parte, Iovino et al (2020), mencionan que los cuidadores tienen una mayor contribución en la gestión del autocuidado si son mujeres y a su vez invierten un mayor número de horas por semana en cuidados.

Lo anterior concuerda con lo expresado por los profesionales del área de enfermería participantes en el foro, los cuales afirman que el asistir a un centro de salud es una acción de autocuidado, y además que las mujeres son las que presentan la batuta en cuanto a la asistencia de los centros de salud.

Como se ha mencionado anteriormente, la ocupación con mayor porcentaje correspondía a aquellas no clasificadas por el INEC (2014), y dentro de este grupo predominaban las amas de casa, si comparamos este dato con el de Massouh et al. (2020), encontramos que en su muestra el 65% se encontraba desempleado y que de esa misma muestra un 55% presentaba una gestión del cuidado adecuada.

En cuanto al determinante de nivel educativo Koirala et al. (2020), encontraron que en su población de estudio a mayor educación tenían una mejor gestión del cuidado. En el caso del presente seminario el mayor porcentaje del nivel educativo corresponde a aquellas personas

que culminaron sus estudios universitarios y si tomamos en cuenta los resultados de perfil lipídico de la población en estudio, estos en su mayoría se encontraban dentro del rango adecuado.

Siguiendo con la misma idea, entre los resultados de la fase reflexiva se evidenció que el nivel educativo afecta la gestión del autocuidado, ya que no es lo mismo no tener primaria completa a tener universidad completa, por ejemplo, el autocuidado de los factores cardiovasculares puede verse afectados por esto.

Con respecto al ingreso Iovino et al (2020), determinaron en su investigación que los usuarios con una gestión del cuidado más comprometida eran aquellos quienes había reportado un mayor ingreso.

6. Conclusiones:

La población de la consulta de crónicos de la Clínica Integrada de Tibás se caracterizó por un predominio de la población femenina. Con mayor representatividad en la población respecto a la ocupación es la de ama de casa y en el nivel educativo es el universitario completo. Siendo las mujeres quienes consultan más.

Los determinantes sociales estructurales tienen un impacto en las personas con una enfermedad cardiovascular, en la manera de cuidar de sí mismo, así como, el acceso a servicios de salud y asesoría profesional.

Los porcentajes de analfabetismo en la población no concuerdan con los presentados a nivel nacional, por lo que se sospecha de un error en la digitación.

Además, la mayor parte de la población de estudio presentó un perfil lipídico con niveles por encima de los valores adecuados. El factor de riesgo cardiovascular predominante corresponde al de obesidad, seguido por el sobrepeso. El factor de riesgo cardiovascular menos predominante corresponde al de hipertensión arterial.

No hay una concordancia entre el número de personas diagnosticadas como diabéticas y el número de personas con la hemoglobina glicosilada elevada, por lo que se sospecha de un sesgo en el registro de los datos.

De acuerdo con el análisis a la luz de la teoría y los determinantes estructurales de la salud, específicamente sexo y nivel educativo, la población del presente estudio tiene características favorables para la gestión y el mantenimiento del autocuidado.

Se debe estudiar más los factores que influyen en el autocuidado, ya que estos no han sido estudiados a profundidad e influyen todo el proceso (autocuidado, monitoreo, mantenimiento y gestión). Aunado a lo anterior se requiere un mayor número de investigaciones, para un mejor análisis en las futuras investigaciones.

7. Recomendaciones:

7.1 Futuras investigaciones:

- Usar como variables los determinantes intermedios de la salud para describir los perfiles de las personas.
- Seguir investigando con la teoría de autocuidado en la enfermedad crónica.
- Validar en Costa Rica el instrumento de autocuidado en la enfermedad crónica.
- Realizar estudios longitudinales para observar cambios en el tiempo.
- Estudiar los factores que afectan la teoría de autocuidado en la enfermedad crónica.
- Propiciar estudios para analizar los resultados de los programas que se generan en la CCSS en el tema de enfermedades cardiovasculares y su relación con los determinantes sociales de la salud.

7.2 COOPESAIN:

- Continuar incentivando el desarrollo de investigaciones.
- Cumplir los protocolos establecidos por la institución en la consulta de enfermedades crónicas para evitar la falta de información sobre los usuarios y poder generar una mejor atención.
- Continuar con las capacitaciones sobre las teorías de enfermería y su aplicación, en el personal de enfermería.
- Verificar la correcta digitación de los datos en la consulta de crónicos para mejorar la calidad de los registros.
- Realizar la medida de la circunferencia abdominal en la consulta y en la visita domiciliar como medida para determinar poblaciones en riesgo cardiovascular y que sean intervenidos de manera oportuna.
- Fortalecer las políticas emanadas para el abordaje de las enfermedades cardiovasculares, las cuales deben generarse de manera integrada y desde una práctica transdisciplinar propiamente en los servicios de la atención en salud.
- Continuar con la colaboración intersectorial e interinstitucional.

- Promover la participación de los hombres en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como la consulta de crónicos.
- Implementar una consulta de enfermería para personas con enfermedad cardiovascular guiada por una teoría de enfermería.

7.3 Escuela de enfermería:

- Fortalecer la enseñanza del uso y aplicación de teorías de enfermería en los diferentes módulos de la carrera.
- Promover el uso de la teoría de enfermería en la enfermedad crónica en los campos clínicos pertinentes.
- Fortalecer los contenidos relacionados a la investigación en el plan de estudios para incentivar la investigación en estudiantes y profesores.

8. Limitaciones:

- No fue posible determinar el embarazo como criterio de exclusión debido a que los datos recolectados por la clínica no contemplan ese aspecto.
- Se reportó que la Clínica no recolecta dentro de sus registros las variables: ingresos, etnia/raza, posición social, circunferencia abdominal, glicemia, actividad física y dieta; por lo que no pudieron ser analizadas en este estudio.

9. Referencias

- Abad-Colil, F., Ramírez-Vélez, R., Fernandes-Da Silva, S. y Ramirez-Campillo, R. (2019). Importancia del sexo/género y su distinción en la investigación biomédica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 24(2), 11-13. [10.17151/hpsal.2019.24.2.2](https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.2)
- Acosta, C., Herrera, G., Rivera E., Mullings R., y Martínez, R. (2015). Epidemiología de los factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular global en personas de 40 a 79 años en atención primaria. *Sociedad Cubana de Cardiología*, 6(4), 35-45. <https://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2015/cor151f.pdf>
- Álvarez, A. (2001). Las tablas de riesgo cardiovascular. *Una revisión crítica. Revista de medicina familiar y comunitaria*, 11(3), 122-139. <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n3/revision.pdf>
- Álvarez-Castaño, L. S. (2014). Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 22–34. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dses>
- American Heart Association. (2012). *Respuestas del Corazón*. http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@gsa/documents/downloadable/ucm_487867.pdf
- American Heart Association. (2020). *What is High Blood Pressure?*. https://cpr.heart.org/-/media/data-import/downloadables/f/9/8/pe-abh-what-is-high-blood-pressure-ucm_300310.pdf
- Appelman, Y., Rijn, B., Haaf, M., Boersma, E. & Peters, S. (2015). Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis*, 241(1), 211-218. <http://dx.doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.027>
- Aráuz-Hernández, A. G., Guzmán-Padilla, S. y Roselló-Araya, M. (2013). La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Acta medica costarricense*, 5(3), 22-127. http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/799/1452

- Ares, J., Valdés, S., Botas, P., Sanchez-Ragnarsson, C., Pujante, P., Menéndez-Torre, E. y Delgado, E. (2019). Estimación de grasa corporal según ecuación CUN-BAE e IMC y riesgo de mortalidad por sexos en la cohorte del Estudio Asturias. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 66(8), 487-494. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.02.008>
- Arias, A., Castillo, M., Landázuri, P., Restrepo, B., y Gallego M. L. (1997). Perfil lipídico en una comunidad de Calarcá, Colombia. *Biomédica*, 17(3), 224-230. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v17i3.952>
- Ausili, D., Masotto, M., Dall'Ora, C., Salvini, L., & Di Mauro, S. (2014). A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. *Professioni infermieristiche*, 67(3), 180–189. <https://doi.org/10.7429/pi.2014.673180>
- Ausili, D., Rebora, P., Di Mauro, S., Riegel, B., Grazia, M., Paturzo, M., Alvaro, R. & Vellone, E. (2016). Clinical and socio-demographic determinants of self-care behaviours in patients with heart failure and diabetes mellitus: A multicentre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 18-27.
- Barceló, A, Gregg, E.W., Wong-McClure, R., Meiners, M., Ramirez-, M. & Segovia, J. (2015). Total adult cardiovascular risk in Central America. *Revista Salud Publica*. 38(6), 464–71.
- Barrientos, R. (2008). *Comportamiento de la mortalidad y la morbilidad de las principales enfermedades cardiovasculares en Costa Rica 1970-2006*. [Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública]. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Bercianoa, S. y Ordovás, M. (2014). Nutrición y salud cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 67(9), 738–747. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.05.003>
- Bellamy, L., Casas, J. P., Hingorani, A. D. & Williams, D. J. (2007). Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 335(7627). 10.1136/bmj.39335.385301.BE
- Blas, E, Sivasankara Kurup, A & World Health Organization. (2010). Equity, social determinants and public health programmes / editors Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289>

- Borrell, C. (2015). Las desigualdades sociales en salud. *Med UNAB*, 17(3),14-17.
- Briancesco, M. (23 de junio del 2020). UCR buscará pistas sobre el comportamiento del COVID-19 en datos sociodemográficos de pacientes infectados. Semanario Universidad. <https://semanariouniversidad.com/universitarias/ucr-buscara-pistas-sobre-el-comportamiento-del-covid-19-en-datos-sociodemograficos-de-pacientes-infectados/>
- Buck, H. G., Dickson, V. V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R., & Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1714–1722. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2004). *Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención*. <https://www.binasss.sa.cr/dislipidemias.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). *Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial*. <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/hipertension.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). *Guía para la prevención de las enfermedades Cardiovasculares*. EDNASSS-CCSS. <https://www.binasss.sa.cr/cardiovasculares.pdf>
- Canalizo-Miranda E., Favela-Pérez E. A., Salas-Anaya, J. A., Gómez-Díaz, R., Jara-Espino, R., Torres-Arreola L. y Viniegra-Osoriof, A. (2013). Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(6), 700-709. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im136t.pdf>
- Carranza, J. (2017). Triglicéridos y riesgo cardiovascular. *Medicina interna de México*, 33(4), 511-514. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000400511
- Celedón, F., Chávez, D. y Delgado, B. (2016). *Riesgo Cardiovascular y Determinantes Sociales Estructurales de Salud, en hombres de 45 a 64 años, sin control e inscritos en CESFAM Angachilla, durante el año 2015*. [Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad

Austral de Chile]. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2016/fmc392r/doc/fmc392r.pdf>

Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral (COOPESAIN). (2017). *Análisis de situación de salud*.

COOPESAIN. (2020). Historia. <https://www.coopesain.sa.cr/inicio/index.php/coopesain/medicina-comunitaria-2>

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>

Cruz, Y. (2018). Sobre las asociaciones entre los lípidos séricos y el riesgo cardiovascular. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 28(1), 125-151. http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/532/pdf_68

De la Rosa Ferrera, J. y Acosta, M. (2017). Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. *Rev. Arch Med Camagüey*, 21(3), 361-369. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2017/amc173g.pdf>

Du, X., Patel, A., Anderson, C. & Dong, J. (2019). Epidemiology of Cardiovascular Disease in China and Opportunities for Improvement. *Journal of the American college of cardiology*, 73(24), 3135-3147. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.04.036>

Dueñas, A., Armas, N. B., Noval, R., Turcios, S. E., Milián, A. y Cabalé. (2008). Riesgo cardiovascular total en los trabajadores del Hotel "Meliá Cohíba". *Revista Cubana de Endocrinología*, 19(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Espinoza-Gómez, F., Ceja-Espíritu, G., Trujillo-Hernández, B., Uribe-Araiza, T., Abarca-de Hoyos, P. y Flores-Vázquez, D. P. (2004). Análisis de los factores de riesgo de la

- hipertensión arterial en Colima, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6).
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2004.v16n6/402-407/es>
- Esteve-Ruiz, I., Grande-Trillo, A. y Acosta-Delgado, D. (2015). Factores de riesgo cardiovascular, ¿realmente existe una relación con el nivel educativo? *Cardiocre*, 50(1), 34–37. <https://doi.org/10.1016/j.carcor.2014.12.003>
- Evans-Molina, C., Niswender, K. D. y Powers, A.C. (2018). Diabetes mellitus: diagnóstico, clasificación y fisiopatología en J. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, y J. Loscalzo (Eds.), *Harrison. Principios de Medicina Interna* (20^a ed.). McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2461§ionid=21301874>
- Fernández, E. M. y Figueroa, D. A. (2018). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista habana ciencias médicas*, 17(2), 225-235. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2044>
- Fiorilli, P. N. & Mohler, E. R. (2019). Atherosclerotic Risk Factors: Hypertension en A. N. Sidawy & B. A. Perler. (Eds). *Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy* (9^a ed., p. 1-14). Elsevier, Inc. <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/book/3-s2.0-B9780323427913000141>
- Fleischer, N. L. y Roux, A. V. D. (2013). Inequidades en enfermedades cardiovasculares en Latinoamérica. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(4), 641–648. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n4/a17v30n4.pdf
- Flier, J.S. y Maratos-Flier, E. (2018). Biopatología de la obesidad en J. Jameson, A.S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. Loscalzo (Eds.), *Harrison. Principios de Medicina Interna* (20^a ed.) McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2461§ionid=213018635>
- García, E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 282-288. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77822236009>
- García, J. A. y Vélez, C. (2017). Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en

- población adulta de Manizales, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 191-203
- García, L., Carías, D. y Acosta, E. (2016). Factores de riesgo cardiovascular lipídicos y no lipídicos en una población adulta. *Acta Bioquím Clín Latinoam*, 50(4), 609-622. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53550527008>
- García, M. (2018). Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(1), 8-12. 10.1016/j.rccar.2017.11.021
- Garzón, M. A. (2013). *El seminario investigativo o seminario Alemán*. <https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-seminario-investigativo-seminario-aleman.pdf>
- Gaziano, T. A., y Gaziano, J. M. (2016). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, J. L. Jameson y J. Loscalzo (Eds.), *Harrison. Principios de Medicina Interna* (19a ed.) McGraw-Hill Education. <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1137933042>
- Gijón, T. y Banegas, J. (2012). Enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial: diferencias por género a partir de 100.000 historias clínicas. *Rev Clin Esp*, 212(2), 55-62. 10.1016/j.rce.2011.07.013
- Gijón-Conde, T., Gorostidi, M., Camafort, M., Abad-Cardiele, M., Martín-Rioboof, E., Morales-Olivas, F., Vinyoles, E., Armario, P., Benegas, J. R., Coca, A., De la Sierra, A., Martell-Claros, N. Redónk. J., Ruilope, L. M. y Segura, J. (2018). Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contrala Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 35(3), 119-129. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>
- Gilarte. Y. (2009). Sobre las asociaciones entre los lípidos séricos y el riesgo cardiovascular. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 28(1), 125-151. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2018/can181k.pdf>

- Gold, R., Bunce, A., Cottrell, E., Marino, M., Middendorf, M., Cowburn, S., Wright, D., Mossman, N., Dambrun, K., Powell, B., Grub, I., Gottlieb, L., Dearing M., Scott, J., Yusuf, N. & Krancari, M. (2019). *Study protocol: a pragmatic, stepped-wedge trial of tailored support for implementing social determinants of health documentation/action in community health centers, with realist evaluation*. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0855-9>
- González-Sánchez, J. (2015). Riesgo cardiovascular, ocupación y exposición a cancerígenos laborales en una población laboral de Salamanca. *Enfermería Clínica*, 25(1), 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.07.002>
- Graham, H & Kelly, M. (2004). Health inequalities: concepts, frameworks and policy. *Health Development Agency*. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.634.8419&rep=rep1&type=pdf>
- Grove, S., Gray, J. y Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. (6ª ed.). ELSEVIER.
- Gullón, P., Díeza, J., Cainzos, M., Francoa, M. & Bilal, U. (2020). Social inequities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain. *Gac Sanit*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.014>
- Guzmán, S. y Roselló, M. (2006). Riesgo cardiovascular global en la población adulta del área urbana del Cantón Central de Cartago, Costa Rica. *Revista Costarricense de Cardiología*, 8(3). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422006000300003
- Havranek, E., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I.V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C.R., Lauer, M.S., Lockwood, D. W., Rosal, M., Yancy, C. W. (2015). Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular

disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 132(9), 873-898. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000228>

Hernández, D., Salazar, A. y Gómez, V. (2004). Relación entre los aspectos psicosociales del ambiente de trabajo y el riesgo cardiovascular en hombres. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 107-123. file:///C:/Users/pri/Downloads/Relacion_entre_los_aspectos_psicosociales_del_ambi.pdf

Hernández, L. J., Ocampo, J., Rios, D. S. y Calderon, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista Salud Pública*, 19(3), 393-395.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). Mc Graw Hill.

Hernández, W. I. (2010). Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular en el programa «Cartago da vida al corazón». *Atención Primaria*, 42(2), 121–122. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.03.014>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). *Clasificación de Ocupaciones de Costa Rica (COCR-2011)*. (1ª ed.). http://sen.inec.cr/sites/default/files/Documentos_NT/mecocr2011-05.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Estadísticas vitales 2017, población, nacimientos, defunciones y matrimonios*. http://inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replacv2017_0.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. (2020). *Valorización del trabajo doméstico no remunerado*. <https://www.inamu.go.cr/valorizacion-del-trabajo-domestico-no-remunerado>

Iovino, P., Lyons, K. S., De Maria, M., Vellone, E., Ausili, D., Lee, C. S., Riegel, B. & Matarese, M. (2020). Patient and caregiver contributions to self-care in multiple chronic conditions: A multilevel modelling analysis. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103574>

- Jeemon, P., & Reddy, K. S. (2010). Social determinants of cardiovascular disease outcomes in Indians. *Indian Journal of Medical Research*, 132(11), 617–622. https://doi.org/IndianJMedRes_2010_132_5_617_73415
- Karabatas, L.M., De Bruno, L., y Basabe C.J. (2009). Función del páncreas endocrino en M. Pombo, L. Audí, M. Bueno, R. Calzada, F. Cassorla, C. Diéguez, A. Ferrández, J. J. Heinrich, R. Lanes, M. Moya, R. Sandrini y R. Tojo (Eds.), *Tratado de endocrinología pediátrica* (4ª ed.). McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1508§ionid=102972157>
- Kasper, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L. y Loscalzo, J. (2017). Prevención de las enfermedades cardiovasculares en *Harrison. Manual de Medicina* (19ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Koirala, B., Dennison, C., Budhathoki, C., Tankumpuan, T., Asano, R. & Davidson, P.M. (2020). Factors affecting heart failure self-care: An integrative review. *Heart & Lung*, 46(6), 539-545.
- Kreatsoulas, C. & Anand, S. S. (2010). The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 26. [https://doi.org/10.1016/S0828-282X\(10\)71075-8](https://doi.org/10.1016/S0828-282X(10)71075-8)
- Kubota. Y., Heiss, G., MacLehose, R., Roetker, N. & Folsom, A. (2017). Association of Educational Attainment With Lifetime. *JAMA Intern Med*, 177(8), 1165-1172. [doi:10.1001/jamainternmed.2017.1877](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.1877)
- Labraña, A. M., Durán, E., Martínez, M. A., Leiva, A.M., Garrido-Méndez, A., Díaz, X., Salas, C. y Celis-Morales, C. (2017). Menor peso corporal, de índice de masa corporal y de perímetro de cintura se asocian a una disminución en factores de riesgo cardiovascular en población chilena. *Rev Med Chile*, 145, 585-594. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n5/art05.pdf>
- Lang, T., Lepage, B., Schieber, A.C., Lamy, S. & Kelly-Irving, M. (2012). Social determinants of cardiovascular diseases. *Public Health Reviews*, 33, 601-22.

- Lara, F. y Cabrera, M. (2015). Fichas de procedimientos de evaluación educativa UDLA. <https://docencia.udla.cl/wp-content/uploads/sites/60/2019/11/fichas-procedimientos-evaluacion.pdf>
- LeMone, P. y Burke, K. (2009a). *Enfermería medicoquirúrgica, Pensamiento crítico en la asistencia del paciente, volumen I*. PRENTICE-HALL
- LeMone, P. y Burke, K. (2009b). *Enfermería medicoquirúrgica, Pensamiento crítico en la asistencia del paciente, volumen II*. PRENTICE-HALL.
- Lee, H., & Son, Y. J. (2019). Influence of Smoking Status on Risk of Incident Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *International journal of environmental research and public health*, 16(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph16152697>
- Ley 5395 de 1973. Ley general de salud. 22 de marzo de 1974. D. O. No. 222. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC
- Lind, D. A., Marchal, W. G. y Wathen, S. A. (2019). Estadística aplicada a los negocios y la economía. (17ed.). Mc Graw Hill.
- Lira, M. (2015). Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Rev. Med. Clin. Condes*, 26(2), 156-163.
- Lira, R. (2010). Las metodologías activas y el foro presencial: su contribución al desarrollo del pensamiento crítico. *Revista Electrónica: Actualidades Investigativas en Educación*, 10(1), 1-18. <https://www.redalyc.org/pdf/447/44713068008.pdf>
- Lolas, F. y Quezada, Á. (2003). *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. Programa Regional de Bioética. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. www.uchile.cl/documentos/version-en-pdf_76704_16_1225.pdf

- López-González, Á. A., Bennasar-Veny, M., Tauler, P., Aguilo, A., Tomàs-Salvà, M., y Yáñez, A. (2015). Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.004>
- Magar, V. (2015). *Género, salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/gender-health-sdgs/es/>
- Mairena, A. y Mora, G. (2014). *Aplicación de los contenidos de la Salud Pública con enfoque de determinantes sociales de la salud al proceso de cuidado de enfermería*. [Tesis para optar al grado de Licenciatura en Enfermería, Universidad de Costa Rica].
- Massouh, A., Skouri, H., Cook, P., Abu, H., Khoury, M. & Meek, P. (2020). Self-care confidence mediates self-care maintenance and management in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 49(1), 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2019.07.008>
- Marchionni, M., Caporale, J., Conconi, A. y Porto, N. (2011). Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina. *CEDLAS working papers*, 19–28.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Mayta, J.C., Morales, A. M., Cárdenas, A. D., Mogollón, J. A., Armas, V., Neyra, L. y Ruíz, C. E. (2015). Determinación de riesgo cardiovascular y edad vascular según el score de Framingham en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Horiz Med*, 15(2), 27-34. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n2/a05v15n2.pdf>
- Mei, J., Tian, Y., Chai, X. & Fan, X. (2019). Gender differences in self-care maintenance and its associations among patients with chronic heart failure. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.11.008>
- Ministerio de Salud. (2014). *Estrategia nacional abordaje integral de la enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021*.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/planes-estrategicos-institucionales/3487-estrategia-ecnt/file>

Ministerio de Salud. (2019). *Análisis de la Situación de Salud*. https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria_2014_2018/memoria_institucional_2018.pdf

Montalvan, E. E., Urrutia, S. A., Rodríguez, A. A., Duarte, G., Murillo, A., Rivera, R., Paredes, A. A., Montalvan, D. M., Ordoñez, E., Norwood, D. A., Dominguez, L. B., Dominguez, R. L., Torres, K., Reyes, E. M. & Godoy, C. A. (2020). Cardiovascular risk assessment in the resource limited setting of Western Honduras: An epidemiological perspective. *IJC Heart & Vasculature*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2020.100476>

Montero, A. (2017). *Ley antitabaco en costa rica. Tendencias en el consumo, implicaciones en salud y percepciones ciudadanas desde su implementación*. [Tesis maestría en diseño y gestión de programas sociales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/13640/2/TFLACSO-2018AAMZ.pdf>

Moya, E. y Vargas, A. (2020). *La Representación de la Enfermedad y su relación con resultados de la Autogestión de la Hipertensión Arterial en personas adultas*. [Tesis Licenciatura Enfermería. Universidad de Costa Rica].

Naranjo, Y., Concepción, J. A. y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espiritual*. 19(2).

Nathan, L. (2014). Menopausia y posmenopausia en A. H. DeCherney, L. Nathan, N. Laufer y A. S. Roman (Eds.), *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos* (11^a ed.). McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1494§ionid=98133653>

Oramas, L., Lugones, M y Massip, J. (2017). Sobrecarga de género asociada al riesgo cardiovascular en mujeres de edad mediana supuestamente sanas del policlínico

- "Mártires del Corynthia". *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 43(3).
<http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/237/180>
- Orem, D. E. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Ediciones Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Prevención de las enfermedades cardiovasculares: guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular*.
https://www.who.int/publications/list/cadio_pocket_guidelines/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro.
http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Factores de riesgo*.
https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Actividad Física*.
<https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018c). *Las 10 principales causas de defunción*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud. (2018d). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019*. <https://www.paho.org/es/noticias/9-12-2020-oms-revela-principales-causas-muerte-discapacidad-mundo-2000-2019>

- Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS. *EVIDENCIA-Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 13(3), 1125.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Informe de Salud de las Américas, Volumen regional, Determinantes e Inequidades en Salud*. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C. <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Género y salud una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>
- Osokpo, O. & Riegel, B. (2019). Cultural factors influencing self-care by persons with cardiovascular disease: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.014>
- Osorio-Bedoya, E.J., Amariles, P. y Restrepo-Garay, M. (2020). Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con riesgo cardiovascular en una institución de atención ambulatoria durante 2015 y 2016. *Médicas UIS*, 33(1), 21-9. <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n1-2020003>
- Pacheco, M. I. y Romero, H. E. (2019). Perfil lipídico como factor de riesgo cardiovascular en militares activos. Hospital General II-de Libertad 2019. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(3), 438-459. [10.26820/recimundo/3.\(3.Esp\).noviembre.2019.438-459](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.438-459)

- Pancani, L., Ausili, D., Greco, A., Vellone, E. & Riegel, B. (2018). Trajectories of self-care confidence and maintenance in adults with heart failure: a latent class growth analysis. *Int J Behav Med*, 25(4), 399-409. 10.1007 / s12529-018-9731-2.
- Peláez, L. M. y Tapia, J.C.J.F (2014). *Niveles séricos de colesterol total, colesterol HDL e índice aterogénico en pobladores adultos de ambos sexos, atendidos en el centro poblado de Menocucho del distrito de Laredo, en noviembre 2012*. [Tesis profesional de farmacia y bioquímica, Universidad Nacional de Trujillo] <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3730/Pelaez%20Loyola%20Lizeth%20Margot.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Perelshtein, O., Kivity, S., Segev, S., Sidi, Y., Goldenberg, I., Maor, E. & Klempfner, R. (2016). Gender-Related Cardiovascular Risk in Healthy Middle-Aged Adults. *The American Journal of Cardiology*; 118(11), 1669-1673. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.08.045>
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (2011). *Política Nacional de Enfermería 2011-2021. Fortalecimiento y consolidación del saber y el hacer de la enfermería*. <https://www.enfermeria.cr/index.php/normativa/politica-nacional-de-enfermeria>
- Ponte, C. I., Isea-Pérez, J. E., Lorenzatti, A. J., López-Jaramillo, P., Wyss-Q, F. S., Pintó, X., Lanas, F., Medina, J., Machado-H, L., Acevedo, M., Varleta, P., Bryce, A., Carrera, C., Peñaherrera, C. E., Gómez-M, J. R., Lozada, A., Merchan-V, A., Piskorz, D., Morales, E., Paniagua, M.,... (2017). Dislipidemia aterogénica en latino américa: prevalencia, causas y tratamiento. *Rev Venez Endocrinol Metab*, 15(2), 106-129. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102017000200006
- Riegel, B., Barbaranellim, C., Sethares, K. A., Daus, M., Moser, D. K., Miller, J. L., Haedtke, C. A., Feinberg, J. L., Lee, S., Stromberg, A. & Jaarsma, T. (2018). Development and initial testing of the self-care of chronic illness inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2465-2476. <https://doi.org/10.1111/jan.13775>

- Riegel, B., Jaarsm, T. & Stromberg, A. (2018). Theory of Self-Care of Chronic Illness en M. J. Smith & P. R. Liehr. (Ed.). *Middle range theory for nursing*. (4ª ed. pp. 341- 353). Springer Publishing Company, LLC.
- Riegel, B., Jaarsm, y. & Stromberg, A. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194- 204.
- Rivas-Vargas, D. (2019). Análisis del índice masa corporal y factores de riesgo de neumopatía intersticial en pacientes con esclerosis sistémica. *Revista Colombiana de Reumatología*, 27(1), 9-19. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2019.11.005>
- Ruiz, E. (2014). *Riesgo y prevención cardiovascular*. <http://www.sscardio.org/libro-riesgo-y-prevencion-cardiovascular-dr-enrique-ruiz-mori/>
- Ruiz, F. M. (2015). Edades en R. García & G. Botello (Eds.), *Práctica de la Geriátría* (3ª ed.). McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1500§ionid=98096464>
- Soca, P. (2009). Dislipidemias. *ACIMED*, 20(6), 265-273. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1024-94352009001200012
- Solorzano, S. L. (2018). *Estudio de dislipidemias en pacientes adultos en el Hospital de Machala*. Editorial Academia Española. https://www.ifcc.org/media/477409/2018_dislipidemias_solorzano.pdf
- Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M & Singh-Manoux, A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. The Whitehall II study. *JAMA*, 303(12), 1159-1166. 10.1001/jama.2010.297
- Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile. (s.f) Estrategias para la integración de los determinantes sociales y equidad en la agenda de salud de Chile. Documento técnico 1.
- Sutters, M. (2017). Hipertensión sistémica en M. A. Papadakis, S. J. McPhee y M. W. Rabow (Ed). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical->

com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2197§ionid=174394495

- Tajer, D., Fernández, A., Antonietti, L., Chiodi, A., Salazar, A., Barrera, I. y Juárez, L. (2014). Barreras de género en la prevención cardiovascular: Actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias. *Rev Argent Salud Pública*, 5(21), 14-23. <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen21/14-23.pdf>
- Tareen, M. F., Shafique, K., Mirza, S. S., Arain, Z. I., Ahmad, I., & Vart, P. (2011). Location of residence or social class, which is the stronger determinant associated with cardiovascular risk factors among Pakistani population? A cross sectional study. *Rural and Remote Health*, 11(3). <https://doi.org/10.1136/jech.2011.142976j.26>
- Tulkinovich, S. R., Davletovich, K. R. & Atanazarovich, A. T. (2018). Self-Monitoring Training and Active Outpatient Observation in Patients with Chronic Heart Failure. *European Science Review*, 152- 156.
- Universidad de Costa Rica. (2007). *Primer Informe de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iiinforme-01.pdf>
- Universidad de Costa Rica. (2003). *Reglamento Trabajos Finales de Graduación*. <http://eap.ucr.ac.cr/index.php/menu-estudiantes/trabajos-finales-de-graduacion>
- Universidad de Costa Rica. (2018). *Guía de Presentación de la Propuesta bajo la Modalidad Seminario de Graduación*. <http://enfermeria.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2019/05/guia3.pdf>
- Vásquez, B. (2010). *Determinación de los factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares, en la población administrativa y docente de la sede central del instituto nacional de aprendizaje (INA), en el año 2009*. [Tesis para optar al grado de Licenciatura en Nutrición. Universidad de Costa Rica].
- Vicerrectoría académica. (2007). *Lineamientos para el seminario de investigación como modalidad para el desarrollo del trabajo de grado*. Universidad industrial de Santander.

https://www.uis.edu.co/webUIS/es/trabajosdegrado/documentos/Jul2_trabajos_grado_doc3.pdf

Wong, R. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular*. EDNASSS-CCSS

Xing, L., Jing, L., Tian, Y., Yan, H., Zhang, B., Sun, Q., Dai, D., Shi, L., Liu, D., Yang, Z. & Liu, S. (2020). Epidemiology of dyslipidemia and associated cardiovascular risk factors in northeast China: a cross-sectional study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2020.07.032>

Zimmermann, M., González, M. F. y Galán, I. (2010). Perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 84(3). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000300008

10. Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

Factores estructurales de la salud				
1.	Género	Hombre	Mujer	
2.	Ocupación	Nombre de la ocupación		
		Clasificación según grupos ocupacionales	1. Directores y gerentes	
			2. Profesionales científicos e intelectuales	
			3. Técnicos y profesionales de nivel medio	
			4. Personal de apoyo administrativo	
			5. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	
			6. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales, y pesqueros	
			7. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	
			8. Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	
			9. Ocupaciones elementales	
			10. Otros/No clasificados	
3.	Nivel educativo	Ninguna		
		No sabe		
		Para universitario completo		
		Para universitario incompleto		
		Primaria		

		Primaria incompleta		
		Secundaria		
		Secundaria incompleta		
		Técnico completo		
		Técnico incompleto		
		Universitaria		
		Universitaria incompleta		
4.	Ingresos	96749 o menos		
		Más de 96749 a 165513		
		Más de 165513 a 274326		
		Más de 274326 a 506559		
		Más de 506559		
Factores de riesgo cardiovascular				
5.	Tabaquismo			Frecuencia/ Cantidad
		Tabaquismo	si	no
6.	Perfil Lipídico	Colesterol Total		
			deseable	< 200
			limite alto	200-239
			alto	≥ 240
7.		Triglicéridos		
			normal	150 a 199 mg/dl
			alta	200 a 499 mg/dl

			muy alta	≥ 500 mg/dl	
8.		Lipoproteínas de alta densidad (HDL)			
			alto	< 40	
			bajo	≥ 60	
9.		Lipoproteínas de baja densidad (LDL)	Optimo	< 100	
			Deseable	100-129	
			Limite alto	130-159	
			Alto	160-189	
			Muy alto	≥ 190	
10.		Riesgo cardiovascular			
11.	Hipertensión	Diagnóstico médico de hipertensión	si	no	
12.		Nivel de Presión Arterial		PAS	PAD
			Normal	<120	<80
			Elevada	120-129	<80
			Hipertensión estadio 1	130-139	80-89
			estadio 2	≥ 140	≥ 90
13.		Diagnóstico médico de diabetes mellitus	si	no	
14.	Diabetes mellitus	Glicemia	valor normal 70 y 110 mg/dl		
15.		Hemoglobina Glicosilada	superiores a 7% y 9% se consideran elevados		
16.		Peso			
17.		Talla			
18.	Medidas Antropométricas	I.M.C	Bajo peso	<18,5 kg/m ²	

			Adecuado	18,5-24,9 kg/m ²	
			Sobre peso	≥25 kg/m ²	
			Obesidad	≥30 kg/m ²	
19.		Circunferencia abdominal	Superior a 0,9 en hombres		
			Superior a 0,8 en mujeres		

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2: Invitación al foro

DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES EN SALUD, EN PERSONAS CON RIESGO CARDIOVASCULAR: ANÁLISIS DESDE LA TEORÍA DE AUTOCUIDADO EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA.



28 septiembre / 2:00 pm

Encargadas:
Priscilla Herrera A, Melisa Ramírez A, Silvia Salazar V.

