

Estilos de vida y factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica

Lifestyle and risk factors in patients with myocardial ischemia

Edith Castro-Serralde,¹ Petra Ortega-Cedillo²

¹Secretaría de Salud, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Subjefatura de Investigación en Enfermería; ²Secretaría de Salud, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Centro Institucional de Farmacovigilancia. Ciudad de México, México

Número de aprobación del proyecto: DI/06/204/04/028

Palabras clave:

Factores de riesgo
Estilo de vida
Isquemia miocárdica

Resumen

Introducción: la cardiopatía isquémica (CI) es un problema de salud que puede ser controlado por medio de la modificación del estilo de vida y la disminución de factores de riesgo.

Metodología: estudio descriptivo-transversal, en una muestra aleatoria de 196 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica mayores de 20 años, que acudieron a un hospital de alta especialidad, en la Ciudad de México. Los datos se recolectaron mediante la aplicación del Inventario de Estilos de Vida, creado por la Universidad de Berkeley.

Resultados: 56.5% fueron hombres y 43.5% mujeres; la edad promedio fue 57.3 ± 10.3 años; los comportamientos de riesgo fueron la condición física, el autocuidado, el consumo de alcohol, los accidentes, el estrés, el medio ambiente y la sexualidad; 70% presentaron estilos de vida no saludables; la presencia de estilos de vida no saludables se relacionó con comportamientos de riesgo en condición física, historia familiar ($r = 0.767$), medio ambiente ($r = 0.871$) y sexualidad ($r = 0.754$).

Conclusiones: se identificaron cinco dimensiones que presentaron conductas de riesgo, lo que determinó la presencia de estilos de vida inadecuados que pueden llevar a los pacientes a condiciones desfavorables para su salud.

Keywords:

Risk factors
Life style
Myocardial ischemia

Abstract

Introduction: Myocardial ischemia (MI) is a health problem, which can be controlled through the modification of lifestyles and the reduction of risk factors.

Methods: We carried out a descriptive-transversal study in a random sample of 196 patients of 20 years of age or more with diagnosis of myocardial ischemia, who attended a third level hospital in Mexico City. Data were collected by applying the Lifestyles Inventory, created by the University of Berkeley.

Results: 56.5% were men and 43.5%, women; mean age was 57.3 ± 10.3 years; risk behaviors were physical condition, self-care, alcohol consumption, accidents, stress, environment and sexuality; 70% of patients had unhealthy lifestyles; the presence of these lifestyles was related to risk behaviors in physical condition, family history ($r = 0.767$), environment ($r = 0.871$) and sexuality ($r = 0.754$).

Conclusions: Five dimensions that were related to risk behaviors were identified and determined the presence of inappropriate lifestyles that can lead to conditions unfavorable to the health of these patients.

Correspondencia:

Edith Castro-Serralde
Correo electrónico:
mspedithcs@hotmail.com,
hgmdecie@yahoo.com.mx
Fecha de recepción:
20/07/2016
Fecha de dictamen:
19/04/2017
Fecha de aceptación:
15/05/2017

Introducción

La cardiopatía isquémica (CI) es un problema de salud que puede ser controlado a partir de la modificación de estilos de vida y la disminución de factores de riesgo. Es causada por múltiples factores, ya sea de manera adquirida o de tipo congénito. Ortega¹ menciona que los estilos de vida que se asocian a la CI son una inadecuada alimentación, el consumo de tabaco, la inactividad física, el sobrepeso, el alcohol y el estrés psicosocial. Asimismo, están los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), que son características que se asocian a una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular (ECV). Estos se describieron hace más de cinco décadas: tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias y obesidad.² Actualmente se han agregado otras, como la edad (en hombres, ser mayores de 45 años; en mujeres, ser mayores de 55), tener antecedentes de enfermedad cardíaca prematura (en hombres, antes de los 45 años; en mujeres, antes de los 55), sobrepeso, factores dietéticos, falta de actividad física, estrés, tener angina, haber sufrido un ataque cardíaco previo o padecer otro tipo de enfermedad del corazón.³ Actualmente, los factores se han dividido en modificables y no modificables; los primeros son susceptibles de cambiar a partir de mejorar el estilo de vida (algunos autores los dividen en menores, como el sedentarismo, alcoholismo, etcétera, y mayores, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la hiperlipidemia, entre otros). Los no modificables son aquellos que no podemos cambiar o modificar, como la edad, el género y la herencia. Basados en lo anterior, las estrategias que se establecen para la CI son dirigidas a los tres niveles de prevención:

- Prevención primaria: es la etapa en la que se previene la enfermedad o el daño en personas sanas (nivel poblacional).
- Prevención secundaria: se implementa cuando aparecen síntomas de la enfermedad; lo ideal es aplazar la aparición de nuevos eventos coronarios.
- Prevención terciaria: consiste en la rehabilitación y limitación del daño. Esto se lleva a cabo cuando ya se instauró la enfermedad y debemos incidir para evitar la presencia de otro evento coronario o evitar que se exacerbe la enfermedad cardiovascular.

Se sugiere controlar los tres FRCV más importantes: hipertensión arterial, hipercolesterolemia y exceso de

peso.^{3,4} Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) si se modifican debidamente los estilos de vida, se controlan los factores de riesgo y se identifica qué conductas hay que promover, qué hay que modificar, cómo promoverlas y cómo medirlas. De esta forma tendríamos programas exitosos con los tres elementos indispensables para ser efectivos: evaluar, reproducir y adaptar. Con todo lo anterior se podría prevenir la mortalidad cardiovascular.⁵ La CI es una enfermedad cardiovascular común entre la población y está relacionada fuertemente con la presencia de arterioesclerosis, la cual compromete vasos sanguíneos medianos y grandes.⁶ Se ha localizado entre las 20 principales causas de enfermedad por fuente de notificación en la Ciudad de México, de 2007 al 2014.⁷ En el 2013 las tres principales causas de muerte en el país fueron la cardiopatía isquémica, la diabetes y las enfermedades crónicas del riñón, de acuerdo con un estudio publicado en la revista *The Lancet*.⁸ La CI se incrementó en 121% en un periodo de 23 años y la prevalencia de enfermedades como las diarreas y la tuberculosis disminuyó; la CI ocupó el primer lugar como causa de muerte a nivel nacional y mundial.⁸ Por otra parte, la OMS mencionó que las ECV son responsables de 17 millones de muertes en el mundo, pues representan el 29.8%, y se ha estimado que para el 2030 morirán 23.6 millones por enfermedad cardiovascular.⁹ En América Latina y el Caribe la situación es diferente; por un lado, hay disminución de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles (ENT), como las cardiovasculares, pero por otro lado, se incrementan las defunciones por cáncer, diabetes mellitus y algunas enfermedades infecciosas, como es el caso de Colombia y Guyana, países en los que se estima que la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad obstructiva crónica serán las principales causas de muerte.¹⁰ En cuestión de factores de riesgo el 59% de las personas que viven en la región de las Américas presentan sobrepeso u obesidad y están por encima del doble del promedio mundial (24.6% contra 11.5%); las mujeres tienen más probabilidad de ser obesas que los hombres, la inactividad física también es un problema real en esta región, el consumo de alcohol es mayor comparado con Europa y el mundo. También las poblaciones de América tienen una prevalencia mayor de colesterol sérico elevado (12.6% comparado con el 9.8% mundial), consumo de tabaco (19%) e hipertensión, que es de 19.3% y, por lo tanto, inferior al mundial que es de 23.2%.¹⁰ Por otra parte, a nivel nacional la diabetes mellitus se mantiene como la primera causa de muerte. Este

pasó de 14.3% en 2013 a 15.02% en 2015, y, al igual que las enfermedades isquémicas del corazón, registró una tasa de 75 x cada 100 mil habitantes en 2015 y se estima que va en aumento.¹¹ En el Hospital General de México “Doctor Eduardo Liceaga”, del 2006 al 2016 la cardiopatía isquémica figuró como primera causa de egreso hospitalario, primera como causa de defunción y tercera como motivo de consulta en el Servicio de Cardiología.¹² Otro aspecto importante que influye en el desarrollo de ECV, es el efecto de la globalización, dado que crea una mercadotecnia agresiva y una comunicación masiva que incita a las poblaciones a estilos de vida inadecuados y conductas de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, dietas no saludables, etcétera). Los cambios en el estilo de vida, como el aumento en la actividad y el ejercicio físico, la modificación de la dieta, la pérdida de peso y dejar de fumar, son de beneficio comprobado y sus resultados pueden ser visibles en seis meses.¹³⁻¹⁸ En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) se identificaron marcadores de ECV, como la diabetes mellitus (13.5%), el tabaquismo (10% en mujeres y 30% en hombres), la hipertensión arterial (26.5%), la hipercolesterolemia (26.5%), el sobrepeso y la obesidad (índice de masa corporal ≥ 25 kg/m², 70%).¹⁹ En la ENSANUT 2012, se observó un aumento en el consumo de alcohol en adultos. Este pasó de 39.7% en 2000 a 53.9% en el 2012.²⁰ Y con el consumo de tabaco ocurrió la situación contraria, dado que se redujo de 22.3% en 2000 a 19.9% en el 2012. La atención de la diabetes se incrementó en cuanto a control adecuado, pues pasó de 5.29% en 2006 a 24.5% en 2012. En cuanto a la hipertensión arterial, esta se mantuvo sin cambios de 2006 a 2012 y de las personas que conocían su condición, 73% reportó que estaba en tratamiento y 76% se midió la presión una vez por mes.²⁰ En cuanto al sobrepeso y la obesidad, para el 2012 existían 26 millones de adultos con sobrepeso y 22 millones con obesidad.^{20,21} En la ENSANUT Medio Camino 2016 (ENSANUT MC) se observó un ligero aumento en la prevalencia de diabetes si se la compara con las encuestas anteriores. De los adultos entrevistados, 45.5% manifestaron que alguna vez les habían medido los niveles de colesterol en sangre; de estos, 28% informaron que recibieron un diagnóstico médico de hipercolesterolemia. Se encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 25.5%, del cual 40% desconocía que padecía esta enfermedad y 58.7% tuvo control adecuado; sin embargo, debido a las consecuencias que ocasiona en la salud de la población, se deben intensificar los esfuerzos para mejorar la prevención y los medios de

control de quienes ya la padecen para evitar complicaciones. En cuanto al sobrepeso y la obesidad, en los mayores de 20 años, la prevalencia pasó de 71.2 a 72.5% en el 2016; en actividad física, los adultos que no cumplían con la recomendación de la OMS (< 150 minutos de actividad física moderada/vigorosa a la semana) se redujo de 16 a 14.4%.²² Los datos antes mencionados son un área de oportunidad para la promoción de la salud, dado que hoy en día es un objetivo para modificar el entorno y la salud de la población. En el estudio de prevalencia de obesidad de Barquera,²³ realizado en población mexicana, encontraron una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 71.3% (38.8% sobrepeso y obesidad 32.4%), situación que hace necesario incidir sobre los estilos de vida y los factores de riesgo modificables, al promover una alfabetización en salud (*health literacy*) acorde a las necesidades individuales y poblacionales, para modificar conductas, reducir complicaciones y evitar reingresos, además de los altos costos de atención por este padecimiento. Es importante, entonces, analizar los estilos de vida, entendidos como el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.²⁴ En el campo de la promoción y de la prevención de la enfermedad existen diferentes modelos que procuran explicar las acciones de las personas respecto al proceso salud-enfermedad. Estos incluyen variables teóricas y de conducta de salud, explicadas desde el punto de vista social, cognitivo y comportamental. Tal es el modelo de creencias en salud, que se basa en las teorías de Kurt Lewin.²⁵ Este intenta comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas. Otro modelo es el de la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980), con el cual buscan el origen de la conducta en las creencias que el individuo mantiene ante la intención de realizar una determinada conducta,²⁶ por lo que es una teoría del comportamiento humano. Otro es el modelo de prevención de enfermedad de Bayés,²⁷ el cual incluye el pasado del individuo, las competencias funcionales (recursos con los que cuenta, que pueden o no facilitar una conducta preventiva o de riesgo) e información específica que posee sobre su situación, todos los cuales deberán permitirle restablecer o mantener su salud. Por otra parte, Florez²⁸ menciona que las personas generan estilos de vida que se van sistematizando y que son adquiridos a través de un aprendizaje por asimilación o imitación de modelos, patrones familiares o de grupo, lo que

hace que las personas establezcan criterios y decisiones individuales, en su tiempo, energía física y psíquica, además de sus relaciones con otras esferas de su vida. Así, se pueden encontrar estilos de vida saludables, tales como el ejercicio físico, métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, estrategias de afrontamiento al estrés, dieta balanceada, autocuidado y cuidado médico, habilidades sociales, prácticas adecuadas de higiene, entre otros. Sin embargo, también hay estilos de vida que propician un estado de enfermedad en el sujeto, como el sedentarismo (que favorece enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad y otras), el consumo de tabaco y alcohol, conductas sexuales de riesgo, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas saturadas, baja autoestima, ansiedad social, timidez y depresión, por mencionar algunos. En enfermería el modelo de promoción de la salud de Nola Pender²⁹ permite comprender los comportamientos humanos relacionados con la salud y orienta hacia la generación de conductas saludables. También explica cómo las características, experiencias individuales, conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan a la persona a participar o no en comportamientos de salud. De esta manera la promoción de la salud se convierte en un modelo que permite conjuntar todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de carácter educativo e informativo, individual o grupal, destinados a crear y reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar aquellos que no lo sean, a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos. También se promueve, estimula, incentiva y concreta la participación social en el manejo y la solución de los problemas de salud. La promoción de la salud conlleva el establecimiento y mantenimiento de comportamientos no solo saludables, sino también el aumento de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona. Esto se logra de manera ascendente por las acciones ejercidas sobre las personas, lo cual incide en que modifiquen sus comportamientos y aprendan a utilizar los recursos de salud de manera juiciosa, a fin de tener una mejor toma de decisiones sobre su salud.

Por todo lo anterior, es necesario que el individuo cubra ciertas necesidades para poder lograr cambios conductuales, en un ambiente favorable para su desarrollo físico, social y psicológico. Estos cambios no se logran por sí solos, sino que es necesario que el individuo adquiera conocimientos mediante procesos de aprendizaje, por experiencia directa y por modelos sociales. De esta

forma, una conducta es una modalidad o forma de ser de una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Para la OMS, una conducta de riesgo es una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente,³⁰ o bien son comportamientos que vulneran a los individuos ante la presencia de enfermedades y son patógenos conductuales; se trata de las conductas protectoras que el individuo presenta para evitar la presencia de enfermedades; por ejemplo, prácticas de autocuidado físico, mental, alimenticio y sexual, estilos de vida y conductas que fueron medidas a través del cuestionario de Flórez en 1998. De esta manera se puede distinguir que los conceptos *factores de riesgo* y *estilos de vida* están relacionados: el primero habla de la probabilidad de desarrollar una enfermedad y el segundo es el conjunto de hábitos y pautas comportamentales cotidianos de una persona, los cuales pueden ser comprendidos como conductas protectoras o de riesgo. Otro dato importante, mundialmente conocido como Informe Lalonde, describió que el nivel de salud de la comunidad estaba determinado por cuatro variables: estilo de vida, medio ambiente, biología humana y sistema de asistencia sanitario y las dos primeras son las responsables de los problemas. En el estudio de Hewitt,³¹ realizado a 73 profesionales, para medir estilos de vida, el 56.2% fueron mujeres y 43.8% hombres; presentaron conductas protectoras en las dimensiones accidentes, valores de la vida y consumo de alcohol; de riesgo en condición física, hábitos alimentarios y medio ambiente. En factores de riesgo 63% presentaron antecedentes de familiares con presión alta, 56.1% le agregaban sal a sus alimentos y 9.2% consumían dos tragos de alcohol diarios. Álvarez³² midió estilos de vida y depresión en estudiantes universitarios de recién ingreso; encontró que el estilo de vida en general fue bueno en 50.7%, excelente en 38.2%, regular en 6.4% y malo en 4.6%. Valdés *et al.*³³ identificaron una prevalencia de 4.7% (102) en pacientes portadores de CI en una población de 2129 pacientes; 61.8% fueron mujeres, con factores de riesgo como sedentarismo (77.4%), hipertensión arterial (68.6%), obesidad y hábito de fumar, ambos con 28.4%. Lorenzo *et al.*³⁴ estudiaron a 148 pacientes, 58.7% fueron mujeres y 41.2% hombres; los factores y estilos de vida más frecuentes fueron sedentarismo (91.2%), hipertensión arterial (HTA) (86.4%), obesidad (73.6%), tabaquismo (56.7%), diabetes mellitus (37.1%) y alcoholismo (18.2%). Carzola *et al.*³⁵ aplicaron un programa educativo de enfermería al alta hospitalaria e incluyeron a 110 pa-

cientes, de los cuales 71% fueron hombres y 29% mujeres; fueron hipertensos 89%, diabéticos 29%, dislipidémicos 81%, con sobrepeso 45% y fumadores 29%. Después de la intervención, 78% cumplió con la dieta, disminuyeron las dislipidemias a 58%, el sobrepeso a 38% y el 90% dejó de fumar. La finalidad de este proyecto fue identificar y describir los estilos de vida y factores de riesgo que presentan los pacientes con cardiopatía isquémica en un hospital de alta especialidad. Por lo antes mencionado, es necesario intervenir sobre los factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión, colesterol elevado, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, diabetes) en pacientes que ya han tenido alguna manifestación clínica de enfermedad (como puede ser un infarto agudo al miocardio o una angina de pecho) con el objetivo de evitar que se repita. Es decir, el daño ya está hecho y debemos actuar sobre los factores de riesgo para intentar evitar que incidan más en la salud del paciente. La puesta en marcha de programas exitosos para la prevención de la enfermedad cardiovascular, dirigidos por enfermeras, puede hacer que los pacientes consigan actitudes beneficiosas en cuanto al abandono de tabaco, la dieta pobre en grasas y el ejercicio físico regular, lo que supondría una importante reducción en la morbilidad y mortalidad de la enfermedad cardiovascular y ayudaría a incrementar su calidad de vida.

Metodología

Se diseñó un estudio descriptivo-transversal en la Consulta Externa de la especialidad de Cardiología, en un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México. Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con un nivel de significación de 0.05, un intervalo de confianza de 95% (IC95%) y un total de población de 719 egresos del servicio de Cardiología en el 2005; se utilizó la fórmula para una muestra sin reemplazo para población finita y se obtuvo un valor de 196 pacientes. El inventario se aplicó en el periodo de septiembre de 2006 a abril del 2008, con un muestreo sistemático en el que se tomó al primer paciente al azar y se verificó que cumpliera con los criterios de inclusión. Posteriormente se tomó uno por cada dos pacientes (el paciente 3, el 5, el 7 y así sucesivamente hasta llegar al 196), los cuales fueron seleccionados de las listas de citas un día antes de su consulta, a la par que se verificó su expediente para resultados de estudios de laboratorio y se consideró el consentimiento informado y la autorización por parte de los mismos pacientes. Los criterios de inclusión estuvieron constituidos por pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, mayores de 20 años, de ambos sexos; se excluyeron pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión. Las variables

Cuadro I. Dimensiones y criterios de estilos de vida

Dominios	Criterios
1. Condición física	Con siete ítems, sus puntajes oscilaron entre 0 y 7. Indaga sobre la actividad física que realiza la persona
2. Historia familiar	Con seis ítems, los puntajes oscilaron entre 0 y 6. Indaga sobre los antecedentes patológicos familiares de la persona.
3. Autocuidado y cuidado médico	Con 10 ítems, los puntajes oscilaron entre 0 y 9. Indaga acerca de algunas conductas esenciales de higiene personal y de autoexamen para la detección precoz de enfermedades
4. Hábitos alimenticios	Con 12 ítems, los puntajes oscilaron entre 0 y 12. Indaga acerca de la ingestión de bebidas y alimentos
5. Consumo de alcohol y otras sustancias	Con 9 ítems, los puntajes oscilaron entre 0 y 9. Examina el consumo de agentes nocivos para la salud
6. Accidentes	Con siete ítems, sus puntajes oscilaron entre 0 y 7. Investiga acerca de comportamientos de protección contra accidentes
7. Valores de la vida	Contempló seis ítems y sus puntajes oscilaron entre 0 y 6. Pregunta acerca de comportamientos de la esfera intelectual y espiritual que constituyen factores de protección de la salud
8. Estrés y apoyo social	Con 16 ítems, los puntajes oscilaron entre 0 y 16. Examina eventos de la vida cotidiana que son generadores de estrés y el factor amortiguador que representa el apoyo social
9. Medio ambiente	Contempló siete ítems y los puntajes oscilaron entre 0 y 7. Investiga acerca del aspecto físico-químico y psicosocial en que vive la persona
10. Sexualidad	Tuvo dos ítems, cuyos puntajes oscilaron entre 0 y 2. Examina la satisfacción de la persona con su sexualidad
11. Factores de riesgo no modificables	Historia familiar de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia, edad, sexo y ataque cardiaco previo

Fuente: Inventario de estilos de vida aplicado a pacientes

principales fueron los estilos de vida, conceptualizados para este estudio como el conjunto de hábitos y pautas comportamentales cotidianos de una persona que pueden ser comprendidos como conductas protectoras o de riesgo, y los factores de riesgo. Además se midió el nivel socioeconómico y los factores demográficos. Se establecieron criterios para identificar las conductas protectoras y de riesgo, los cuales se basaron en los puntajes obtenidos por cada estilo de vida. La escala de medición para estilos de vida fue establecida de acuerdo con el puntaje obtenido por dimensión y de manera global (cuadro I). El instrumento de recolección de información fue el Inventario de Estilos de Vida con respuestas dicotómicas (Sí/No), creado por la Universidad de Berkeley, adaptado al español por el médico Manuel Garcés de Guatemala y en Bogotá por Flórez y Hernández en 1998, con un alfa de Cronbach de 0.90. Para fines de este estudio se anexaron tres apartados al inventario: 1) datos del identificación; 2)

características de la vivienda y 3) factores de riesgo en una prueba piloto a 20 pacientes, de lo que se obtuvo un alfa de 0.78, considerado como aceptable para este proyecto. El inventario fue cerrado, autoadministrado, identificó estilos de vida y comprendió 10 dominios de estilos de vida y siete factores de riesgo cardiovasculares (tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad, edad, antecedentes de enfermedad cardíaca, diabetes mellitus y haber sufrido ataque cardíaco previo). Para su interpretación se generó una escala de criterios para determinar conductas protectoras/de riesgo y la calificación del inventario se obtuvo mediante la revisión del número de respuestas correctas en cada categoría. Se realizó medición de presión arterial (PA) por medio de un esfigmomanómetro de mercurio Adex, calibrado a 0 mmHg. Para su interpretación se consideró la clasificación y los criterios de la *Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009*.³⁶ Se midió peso/talla, con báscula marca Torino con altímetro, calibrada cada tres meses y se calculó el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet y el peso corporal, dividido entre la estatura elevada al cuadrado (kg/m^2), cuyos resultados fueron interpretados de acuerdo con los valores del IMC de la OMS. Para el perímetro de cintura (PC) se utilizó la tabla perímetro de cintura-riesgo cardiovascular de la Asociación Americana de Diabetes para su interpretación. Para construir el índice de nivel socioeconómico se utilizaron variables de características de la vivienda y servicios disponibles, se seleccionaron ocho variables: propiedad de la casa, características del techo, pared, piso, cuarto de baño y en servicios: agua, luz y drenaje. Se seleccionó como índice el primer componente, que acumuló 27.5% de la variabilidad total. Finalmente, se clasificó el nivel socioeconómico (NSE) en tres categorías, utilizando como puntos de corte los percentiles 25 y 75% del índice (bajo, medio y alto).

Cuadro II. Características sociodemográficas de los pacientes entrevistados (n = 124)

Estado civil	n	%
Casado	100	79.8
Soltero	2	16.9
Viudo	2	1.6
Separado	2	1.6
Sexo		
Femenino	54	43.5
Masculino	70	56.5
Escolaridad		
Primaria	55	44.3
Secundaria	20	16.1
Medio superior completo	17	13.7
Licenciatura	9	7.2
No estudió	16	12.9
Técnico contador	5	4
Doctorado	2	1.6
Ocupación		
Hogar	53	42.7
Desempleado	13	10.5
Costurera	8	6.5
Campo	8	6.4
Otra	42	33.9

Fuente: Inventario de estilos de vida aplicado a pacientes

Análisis estadístico

Para la estadística descriptiva, las variables categóricas se expresaron en porcentajes relacionados con el total de la muestra (n), las variables cuantitativas por medio de la media aritmética y desviación estándar (DE). Para la estadística no paramétrica se obtuvieron porcentajes de las variables con prueba no paramétrica, chi cuadrada por ser variables nominales, así como tablas de contingencia y de asociación (r de Pearson). Se transformaron y agruparon las dimensiones para obtener los porcentajes de estilos de vida saludables/no saludables, representados por con-

ductas o comportamientos de riesgo/protectores y factores de riesgo, con uso del programa SPSS, versión 22, y Word para la transcripción del texto.

Ética del estudio

El estudio fue revisado y aprobado por los comités de investigación y ética de un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México; se apegó a la Ley General de Salud en materia de Investigación, a los códigos de Helsinki y de Núremberg para el cuidado de los pacientes. En esta investigación se protegieron la dignidad, los derechos y el bienestar del paciente, además de que no representó riesgo alguno ni se realizaron modificaciones intencionadas en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales. Los pacientes firmaron la carta de consentimiento informado, en la que se les explicó con claridad el estudio, sus riesgos, beneficios y el derecho del paciente a retirarse de la investigación cuando así lo deseara, sin que ello interfiriera en su atención médica.

Resultados

Se aplicaron 196 inventarios a pacientes que acudieron a la Consulta Externa del servicio de Cardiología, de los cuales se recuperaron 124 y 72 fueron eliminados por dos razones: debido a que no cumplieron con el llenado y porque no devolvieron el inventario. La variable edad presentó valores comprendidos entre 41 y 82 años, con asimetría positiva (0.355) y con distribución normal (curtosis = -0.469). El valor medio de edad fue de 57.3 (DE = 10.3); 56.5% fueron hombres y 43.5%, mujeres. El estado civil de mayor predominio fue casado(a) 79.8%; 42.7% se dedicaban al hogar; 91.9% sabían leer y escribir; 50% eran de la Ciudad de México, 36.3% del Estado de México y 13.7% del interior de la República Mexicana (cuadro II). Los diagnósticos más comunes fueron infarto agudo al miocardio (IAM) con 69.4%, angina de pecho con 29.8% y 50% fueron de nivel socioeconómico medio.

Análisis por dimensión evaluada

Dimensión 1. Condición física: el 92.7% de los pacientes presentó conductas de riesgo por no practicar ejercicio diario. De estos, 57.3% no realizaba ejercicio o jugaba algún deporte durante al menos 30 minutos; 62.1% permaneció sentado por periodos de una hora o más tiempo; 64.5% no estaban satisfechos con su condición física; y

solo el 7.3% presentó conducta protectora, por que realizaba caminata y ejercicios de calentamiento previos.

Dimensión 2. Historia familiar: en el 69.5% de los pacientes no se identificaron antecedentes de enfermedad en sus familiares y en el 30.5% sí. De estos, el 52.4% identificó antecedente familiar de presión alta y diabetes mellitus, lo que constituyó un factor de riesgo para esta muestra.

Dimensión 3. Autocuidado y cuidado médico: solo el 46.8% de la muestra presentó conductas protectoras en relación con el cuidado personal referente a la higiene oral, a su tiempo de dormir y a dedicarle atención al cuidado médico; 53.2% tuvo conductas de riesgo y de estos el 67.7% no sabía si tenía su colesterol alto, lo que representó una conducta de riesgo para su salud.

Dimensión 4. Hábitos alimenticios: un poco más de la mitad de los pacientes (57.3%) presentó conductas protectoras relacionadas con la práctica de dietas balanceadas, consumo de alimentos ricos en fibra y carnes blancas, el 42.7% presentó conductas de riesgo en esta dimensión, ya que de este porcentaje el 63.7% consumió alimentos especiales o favoritos (chocolate, galletas, etcétera) y solo el 25% le añadió sal a sus alimentos cuando los estaba comiendo.

Dimensión 5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: el 15.4% de la muestra presentó conductas protectoras en relación con el consumo de alcohol y revisaba las instrucciones y precauciones relacionadas con el uso de medicamentos; no obstante, el 83.3% presentó conductas de riesgo. Dentro de este porcentaje, 56.5% de los pacientes consumió al menos dos tragos al día de vino (el cual fue un porcentaje significativo), 79.8% fumaba y 88.7% consumía alcohol cuando se enfrentaba a situaciones de angustia o problemas de la vida.

Dimensión 6. Accidentes: respecto a esta dimensión, se encontraron en el 75.4% de los pacientes conductas de riesgo relacionadas con manejar bajo los efectos del alcohol, no observar reglas de tránsito, operar maquinarias bajo los efectos de alcohol y por fumar en la cama, lo que es altamente significativo. El 24.6% presentó conductas protectoras.

Dimensión 7. Valores de la vida, esfera intelectual y espiritual: el 91.1% de este grupo presentó conductas protectoras relacionadas con la vinculación a eventos y actividades recreativas, aceptación de estilos de vida de otros y satisfacción con su vida espiritual y solo el 8.9% presentó conductas de riesgo, principalmente por no estar satisfecho con el tiempo libre del que disponía para su recreación y entretenimiento.

Dimensión 8. Estrés y apoyo social: en esta dimensión, el 43.5% se encontró satisfecho con su ritmo de vida y manifestó una conducta protectora relacionada con la expresión libre de sentimientos, la toma de decisiones, el tiempo para relajarse y los hábitos adecuados de sueño. No obstante, el 56.5% presentó conductas de riesgo en relación con esta dimensión. El 57.5% de este porcentaje tuvo alteraciones en su estilo de vida familiar y laboral.

Dimensión 9. Medio ambiente: el 28.2% de la muestra manifestó conductas protectoras porque no extrañó su trabajo cuando lo dejó por alguna enfermedad, estaba satisfecho de realizar sus actividades, recibió reconocimiento y estaba satisfecho con el tiempo en que las realizaba. El 71.8% presentó conductas de riesgo; de este, el 64.5% estuvo expuesto a factores de riesgo, como el asbesto y otras sustancias tóxicas.

Dimensión 10. Sexualidad: en relación con esta condición el 59.7% de la muestra presentó conductas de riesgo relacionadas con la insatisfacción en sus relaciones sexuales, esto debido a que no sabían si tener relaciones sexuales les podía complicar su enfermedad cardíaca y el 40.3% presentó conductas protectoras por estar satisfechos con su actividad sexual (cuadro III).

Análisis no paramétrico de las dimensiones

Al realizar la transformación y agrupación por dominios, por conductas, por estilos de vida y factores de riesgo, encontramos un porcentaje mayor de conductas protectoras en las dimensiones de historia familiar, hábitos ali-

menticios y valores de la vida, lo que indica una mayor protección frente a sus hábitos, valores y factores de riesgo no modificables; también encontramos un porcentaje mayor de riesgo en condición física, autocuidado, estrés, accidentes, medio ambiente y sexualidad, lo que expone a los pacientes a presentar complicaciones relacionadas con su enfermedad. En cuanto al estilo de vida, se encontró que el 70% de los encuestados presentó estilos de vida no saludables y 30%, saludables. Y en lo que respecta a factores de riesgo no modificables, 52.4% refirió antecedentes familiares de presión alta, así como diabetes mellitus; 27.4% antecedentes de angina de pecho; y 37.1% antecedentes de infarto. La proporción de factores de riesgo modificables fue mayor en hombres (45.1%) que en mujeres (36.2%). Asimismo, en los resultados del índice de Quetelet, interpretados de acuerdo con los puntos de corte de la OMS, 59% se identificó con sobrepeso, 14% con obesidad grado I y 20% con peso normal. Y de acuerdo con la tabla de perímetro de cintura (PC) y riesgo cardiovascular de la Asociación Americana de Diabetes, los hombres presentaron una media de $93.4 \pm DE$ de 8.1 y las mujeres una media de $93.3 \pm DE$ 6.7, encontrando en los hombres 60% de PC normal, 31.4% con riesgo elevado, 8.6% muy elevado y en las mujeres 63% con riesgo muy elevado y 37% elevado. Al realizar tablas de contingencia con estilos de vida y factores de riesgo, se encontró en los hombres un mayor porcentaje de estilos de vida no saludables ($f = 55$, 44.3%) que en las mujeres ($f = 45$, 36.2%) con una chi cuadrada = 0.506; $gl = 1$; al tener un valor de chi cuadrada menor (0.506), la proporción de estilos de vida no saludables es diferente entre hombres y mujeres, con un nivel de confianza del 95%. (figura 1)

Al comparar los estilos de vida y el nivel socioeconómico, tuvimos una chi cuadrada = 4.096; $gl = 2$; chi cuadrada = 5.991, con 2 grados de libertad, un nivel de significación de 0.05 y un valor de chi cuadrada en tabla de 5.991; por lo tanto, al tener un valor menor, la proporción de estilos de vida no saludables es diferente entre el nivel socioeconómico bajo, medio y alto, con un nivel de confianza de 95% (figura 2). Finalmente, al realizar pruebas de relación entre variables como la edad frente a la presión arterial sistólica se encontró una relación positiva con un valor de $p < 0.000$, lo que significó que en esta muestra los mayores de 57 años presentaron elevación sistólica, la cual fue un factor de riesgo modificable (cuadro IV).

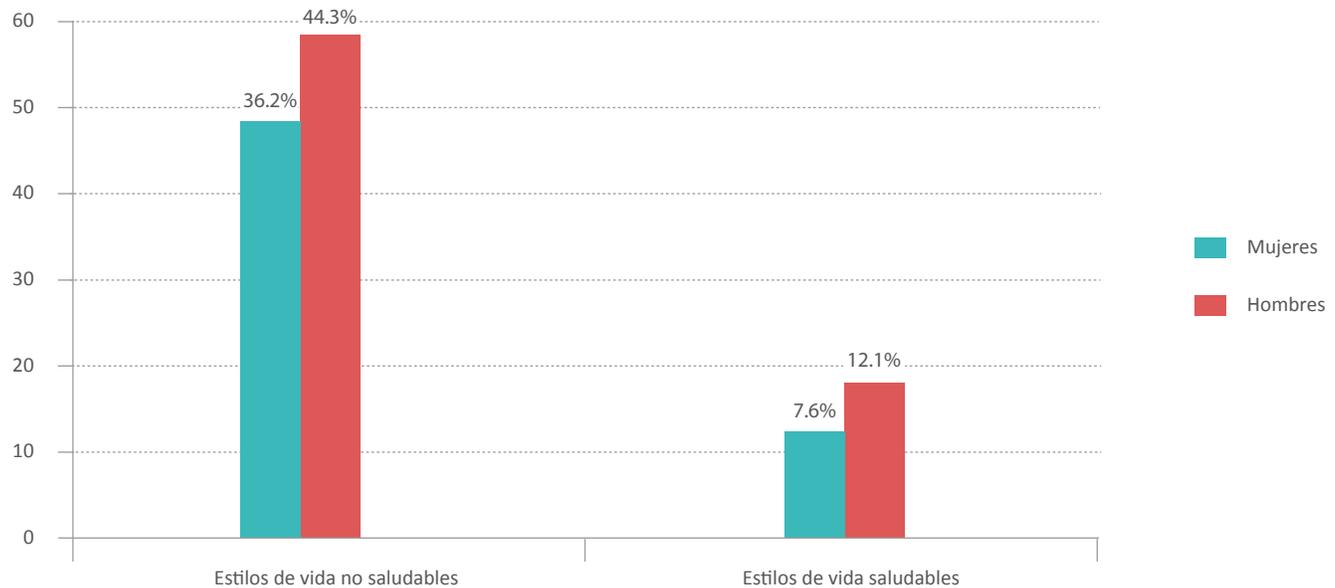
En cuanto al estilo global, predominó el comportamiento no saludable con 70%. Cuando se calculó el coefi-

Cuadro III. Conductas protectoras y de riesgo por dimensión (n = 124)

Dimensión	Tipo de conducta	
	Protectora %	De riesgo %
1. Condición física	7.3	92.7
2. Historia familiar	54	46
3. Autocuidado y cuidado médico	46.8	53.2
4. Hábitos alimenticios	57.3	42.7
5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	15.4	83.3
6. Accidentes	24.6	75.4
7. Valores de la vida	91.1	8.9
8. Estrés y apoyo social	43.5	56.5
9. Medio ambiente	28.2	71.8
10. Sexualidad	40.3	59.7

Fuente: Inventario de estilos de vida aplicado a pacientes

Figura 1. Estilos de vida según el sexo de los pacientes (n = 124)



Fuente: Inventario de estilos de vida aplicado a pacientes

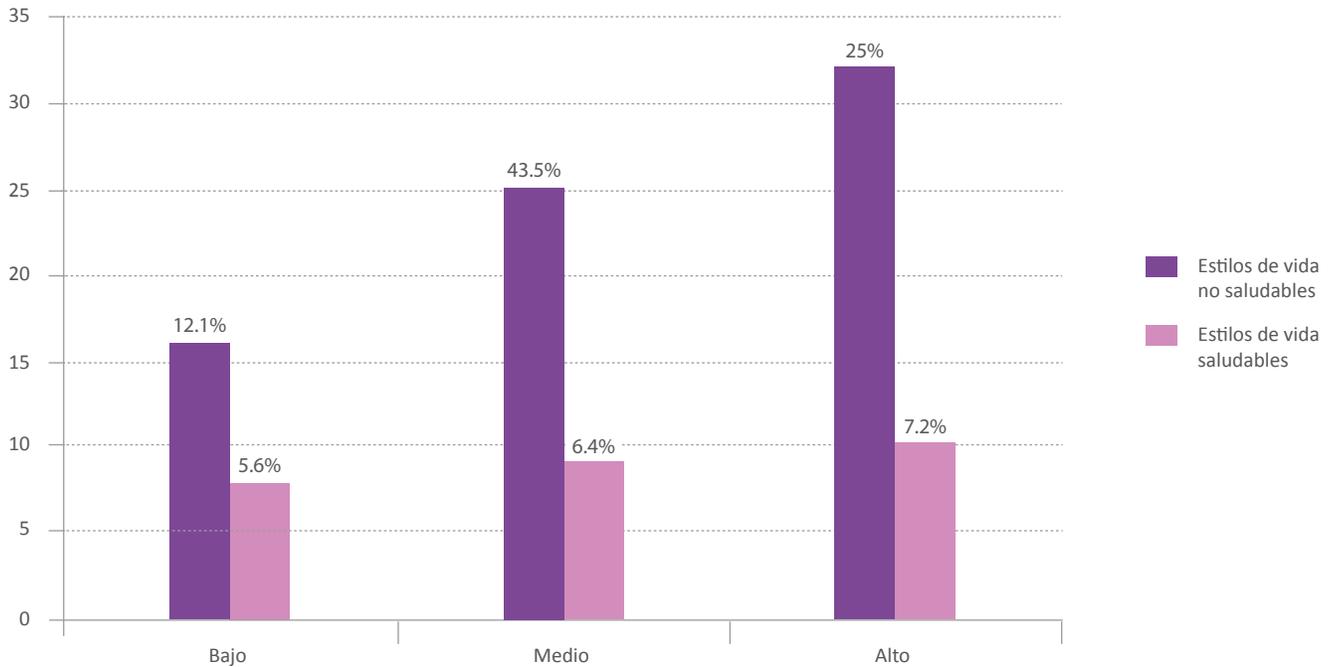
ciente de correlación de Pearson con los demás indicadores, se obtuvo lo siguiente: 1. condición física: $r = 0.571$, relación positiva moderada; 2. historia familiar: $r = 0.767$, relación positiva alta; 3. autocuidado: $r = 0.026$, relación negativa muy baja; 4. hábitos alimenticios: $r = 0.008$, relación nula; 5. consumo de alcohol: $r = 0.004$, relación nula; 6. accidentes: $r = 0.251$, relación positiva baja; 7. valores de la vida: $r = 0.588$, relación positiva moderada; 8. estrés y apoyo social: $r = 0.540$, relación positiva moderada; 9. medio ambiente: $r = 0.871$, relación positiva alta y 10. sexualidad: $r = 0.754$, relación positiva alta.

Discusión

En la medida en que aumenta la edad, se eleva la frecuencia de cardiopatía isquémica para disminuir posteriormente cuando se sobrepasa la edad promedio de vida de nuestra población. En cuanto al sexo, en este estudio predominaron los hombres, lo cual no coincide con lo encontrado en otros estudios, en los que la mujer fue la principal protagonista, como en los de Valdés, Hewitt y Lorenzo. El nivel de escolaridad en esta muestra fue en su mayoría primaria y secundaria, diferente a lo encontrado por otros autores. La edad estuvo por arriba de los 50 años, que es cuando empieza a aumentar la morbilidad de la mujer por el déficit hormonal que ocurre

a estas edades y que acelera el proceso aterosclerótico con calcificación de las arterias coronarias. Asimismo, en el caso del perímetro abdominal la mujer presentó un riesgo elevado mayor en comparación con el hombre, factor que puede ser modificable para evitar la presencia de enfermedades. El predominio de ocupación fue de amas de casa y desempleados, que se piensa que puede estar relacionado con la edad por estar en el tiempo del retiro laboral. Las conductas protectoras se encontraron en historia familiar, hábitos alimenticios y valores de la vida, de los cuales solo uno coincide con lo encontrado por Hewitt. En cuanto a las conductas de riesgo, se identificaron condición física, autocuidado, consumo de alcohol, accidentes, estrés, medio ambiente y sexualidad, uno de las cuales coincide con el estudio de Hewitt. Por otra parte, se identificó que las conductas de riesgo fueron más evidentes en el hombre que en la mujer; sin embargo, no se encontró relación estadística significativa. En cuanto a estilos de vida, el 80% presentaron estilos de vida no saludables: sobrepeso 59%, tabaquismo 79.8%, 56.5% consumió a lo mucho dos tragos de vino al día, lo que coincide con lo encontrado por Lorenzo. Estas condiciones de vida pueden llevar a los pacientes a tener situaciones no favorables para su salud, como el incremento de peso, un riesgo mayor para presentar un segundo infarto por consumo de alcohol y fumar (que incide en el descon-

Figura 2. Estilos de vida según el nivel socioeconómico de los pacientes



Fuente: Inventario de estilos de vida aplicado a pacientes

trol de la presión sanguínea y un incremento de complicaciones coronarias). Esto es diferente de lo encontrado por Álvarez en estudiantes, pues en su estudio los estilos de vida fueron buenos. En relación con factores de riesgo Lorenzo, Carzola y Hewitt identificaron antecedentes familiares de hipertensión, diabetes y sobrepeso. En nuestro caso, se identificaron de igual manera la presión alta, diabetes y sobrepeso. Llama la atención que al relacionar estilos de vida frente a conductas, se encontró una relación positiva de moderada a alta con condición física, historia familiar,

valores, estrés, medio ambiente y sexualidad, de los cuales cinco son factores de riesgo modificables que bien pueden ser mejorados con intervenciones educativas a la población a partir de modelos teóricos como el de Nola Pender.

Conclusiones

Este estudio es un punto de partida para hacer otras investigaciones sobre estilos de vida y factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica, para actualizar re-

Cuadro IV. Parámetros de presión arterial en el grupo de pacientes (n = 124)

Variable	Valores				p
	Mínimo	Máximo	Promedio	DE	
Presión arterial sistólica	90 mmHg	190 mmHg	125 mmHg	18 mmHg	0.000
Presión arterial diastólica	50 mmHg	100 mmHg	77 mmHg	9 mmHg	—
Peso	50 kg	175 kg	71 kg	15 kg	0.000
Perímetro de cintura	70 cm	117 cm	93 cm	7.5 cm	0.000
Índice de masa corporal	20 kg/m ²	57 kg/m ²	28 kg/m ²	4.7 kg/m ²	0.000

Fuente: Inventario de estilos de vida aplicado a pacientes

sultados del comportamiento en este tipo de pacientes y comparar lo encontrado con la realidad actual, sobre este problema de salud que afecta a la población de las grandes urbes. Los resultados sugieren la necesidad de fortalecer o generar un programa de rehabilitación cardíaca, con la finalidad de reducir la probabilidad de un segundo infarto a corto plazo y evitar la presencia de comportamientos no saludables, y también con la meta de hacer responsables a las personas sobre las decisiones de cambio de sus conductas. A su vez, se convierte en un área de oportu-

nidad para el profesional de enfermería para potenciar el autocuidado y la gestión de enfermedades de riesgo y complejas. Finalmente, se puede decir que la cardiopatía isquémica afecta frecuentemente a personas mayores de 50 años y los estilos de vida y los factores de riesgo coronario juegan un papel importante en su aparición. El estilo de vida no saludable es el que predominó en este tipo de pacientes; de las 10 dimensiones estudiadas, en siete de ellas se encontraron comportamientos de riesgo relacionados con estilos de vida no saludables.

Referencias

1. Ortega TYY, Armas RN, Dueñas HA, de la Noval R, Acosta GM. Prevención primaria de la cardiopatía isquémica. Aspectos de interés. *Rev Cub Car y Cir Cardiol*. 2015; 21(1):24-31.
2. Achiong-Alemañy M, Achiong-Estupiñán F, Achiong-Alemañy F, Alfonso de León JA, Álvarez Escobar MC, Suárez Merino M. Riesgo cardiovascular global y edad vascular: herramientas claves en la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Rev Méd Electrónica* [Internet]. 2016 Feb-Mar;38(2). Disponible en <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3008/1641> [Consultado el 12 de febrero de 2016].
3. Araujo-Pulido GT. Síndrome isquémico coronario agudo. ¿Qué es, cómo tratarlo y qué hacer para prevenirlo? Instituto Nacional de Salud Pública. 2011;3(2):26-30. Disponible en https://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/cts/110126_cts1.pdf [Consultado el 21 de abril de 2017].
4. Carrión-P. C. Prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares. Instituto Nacional de Salud Pública. 2011;3(2):26-30. Disponible en https://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/cts/cts_sep.pdf [Consultado el 21 de abril de 2017].
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de Prensa. Alimentación Sana. Septiembre 2015. Nota descriptiva No 394.
6. Váldez-Pacheco E, Morrees-Abella A, Alonso-Díaz NL. Prevalencia y factores de riesgo de cardiopatía isquémica. *Rev Cubana*. 1998;14(6):590-4. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n6/mgi14698.pdf> [Consultado el 18 de octubre de 2015].
7. Secretaría de Salud (SS). Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología. SS; 2007-2014.
8. [No authors listed.] GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*; 385(9963):117-71. Disponible en <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2814%2961682-2.pdf>
9. Sánchez-Arias MG, Bobadilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B, Gómez-Ortega M, González-González G. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Cardiol*. 2016;27(s3):98-102. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs163a.pdf> [Consultado el 3 de mayo de 2017].
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2017. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1#page=23> [Consultado el 3 de mayo de 2017].
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Consulta interactiva de datos, Defunciones Generales Totales, causas detalladas CIE y lista mexicana de enfermedades. México: INEGI 2000-2015. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587> [Consultado el 20 de abril de 2017].
12. Hospital General de México/Dirección de Planeación y Desarrollo Estadístico. Anuarios estadísticos. 2006-2016. Disponible en <http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/planeacion/anuarios.html> [Consultado el 3 de mayo de 2017].
13. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke. *Circulation*. 2002;106:388-91.
14. Ramos M. Enfermedad Cardiovascular Subclínica. *Rev de post de la Cat VI Medicina*. 2001;108:1-5. Disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista108/enf_card_subc.html
15. Gálvez E, Alegría E, Cordero A, Fácila L, Fernández de Bobadilla J, Lluís Ganella C. Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67(3):203-10.
16. Douglas PS. Exercise and fitness in the prevention of cardiovascular disease. *CONRYCIT*. UpToDate. Disponible en http://www.uptodate.com/contents/exercise-and-fitness-in-the-prevention-of-cardiovascular-disease?source=see_link [Consultado el 18 de enero de 2016].
17. Lawer PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am Heart J*. 2011;162(4):571-84. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000287031100559X> [Consultado el 13 de marzo de 2015].
18. Winchester DE, Pepine CJ. Angina treatments and prevention of cardiac events: an appraisal of the evidence. *Eur Heart J Suppl*. 2015 Dec; 17 (Suppl G):G10-G18.
19. Oláiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
20. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: resultados nacionales. Síntesis ejecutiva. Instituto Nacional de Salud Pública; 2012; Disponible en http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf [Consultado el 31 de agosto de 2015].
21. SINAVE/DGE/SALUD. Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010. 1era. Ed. México; 2012.

22. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016: Informe final de resultados. Instituto Nacional de Salud Pública. 2016; Disponible en http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf [Consultado el 3 de mayo de 2017].
23. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza AA, Rivera-Dommarco J. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Pública Méx.* 2013;55:2. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342013000800012&script=sci_arttext [Consultado el 25 de marzo de 2016].
24. Calvo-González A, Fernández-Machín LM, Guerrero-Guerrero L, González-García VM, Ruibal-León AJ, Hernández-Iglesias M. Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004; 20(3). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252004000300004&script=sci_arttext [Consultado el 15 de noviembre de 2015].
25. Moreno-San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Rev. Int. Psicol Ter Psicol./Intern Jour Psych Psychol Ther.* 2003;3(1). Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105> [Consultado el 12 de enero de 2016].
26. Reyes RL. La Teoría de la acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Inv Edu* 2007; s/v(7): Disponible en http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf [Consultado el 4 de abril de 2016].
27. Bayés R, Ribes-Iñesta E. Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo.* 1989;41. Disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=427> [Consultado el 11 de marzo de 2016].
28. Flórez-Alarcón L, Hernández L. Evaluación del estilo de vida. *Boletín latinoamericano de psicología de la salud.* 1998.
29. Aristizábal-Hoyos GP, Blanco-Borjas DM, Sánchez-Ramos A, Ostiguín-Meléndez RM. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender: una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.* 2011;8(8):16-23: Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf> [Consultado el 9 de mayo de 2017].
30. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. *Health Promotion Glossary.* 4ta. Ed. Geneva: WHO; 1998. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> [Consultado el 2 de diciembre de 2015].
31. Hewitt RN. Estilos de vida en profesionales de la salud del municipio de Zipaquirá *Psychologia. Avances de la disciplina.* 2007; Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224869008> [Consultado el 21 de agosto de 2015].
32. Álvarez GM, Guillen CD, Ríos SM, Jiménez MC. Evaluación del Estilo de Vida y Depresión en Estudiantes Universitarios. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2011;19(8):264-8: Disponible en <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-264.pdf> [Consultado el 23 de noviembre de 2015].
33. Lorenzo-Velázquez BM, Valdés-Valdés A, Peinado-Moreno M, Zubarreta-Peinado K. Evaluación del estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. Cinco consultorios médicos. Septiembre 2002-2004. Pnar del Río. *Rev Cien Med.* 2005;9(2). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v9n2/rpr06205.pdf> [Consultado el 25 de marzo de 2016].
34. Carzola RM, Gálan FS, Corcoy RR, Carrau VE, Gusi TG, Martínez RA. Rehabilitación cardiaca. ¿Cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes? *Enf en Cardio.* 2004;(32-33):58-6. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331632> [Consultado el 22 de febrero de 2016].
35. Secretaría de Gobernación. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. México: Secretaría de Gobernación. *Diario Oficial de la Federación;* 31 de mayo de 2010. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642&fecha=31/05/2010

.....

Cómo citar este artículo:

Castro-Serralde E, Ortega-Cedillo P. Estilos de vida y factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2017;25(3):189-200.