



## INVESTIGACIÓN

Disponible en:  
[www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx](http://www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx)

## ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: UNA INTERPRETACIÓN DESDE EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD.

### LIFESTYLES OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE: AN INTERPRETATION FROM THE HEALTH BELIEF MODEL.

<sup>1</sup>Julio César Cadena-Estrada,\* <sup>2</sup>Virginia Berenice Alejo-Macías, <sup>2</sup>Cecilia Cervantes-Juárez, <sup>2</sup>Rosa Castro Merino.

<sup>1</sup>Departamento de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ciudad de México.

<sup>2</sup>Servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ciudad de México.

## RESUMEN

**Introducción:** Las prácticas y creencias de estilos de vida (PCEV) revelan los hábitos, costumbres, conocimientos, valores y riesgos que tiene el individuo en su vida diaria, por lo tanto, juegan un papel trascendental en el origen de enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica (CI).

**Objetivo:** Analizar las PCEV de los pacientes con CI.

**Metodología:** Estudio analítico, prospectivo y transversal. Muestra por conveniencia (n=83) incluyó pacientes adultos hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención, ambos sexos, orientados y que desearon participar voluntariamente. Datos recolectados con el cuestionario validado de PCEV: 9 ítems para datos demográficos, 116 ítems para prácticas y creencias; respuestas tipo Likert donde 0=nunca hasta 3=totamente de acuerdo, puntaje total de 0-348; puntos de corte: muy bajo=0-87, bajo=88-174, alto=175-261 y muy alto=262-348 puntos. Análisis de datos con estadística descriptiva y prueba de Pearson (edad), Spearman (grado académico) y T Student (sexo y procedencia); significancia estadística p<0.05. **Resultados:** 69.4% son mujeres, edad promedio 60.1±10.8 años, 55.4% con educación básica; 84.3% con estilos de vida poco saludables. PCEV se asocian con escolaridad (rs=0.383, p=0.000) e ingresos económicos (rs=0.284, p=0.009), no así con edad (r=0.113, p=0.381). Las personas de provincia tienen PCEV poco saludables 12.76 ± 5.26 vs 15.48 ± 3.9; t=-3.122, gl=60, p=0.002).

**Conclusión.** Los pacientes con CI tienen un bajo nivel de PCEV, mismas que se relacionan con la escolaridad, sin embargo, aquellos que viven en provincia

tienden a realizar mayor actividad física, deporte y recreación en el tiempo libre.

**Palabras clave.** Estilos de vida, prevención secundaria, enfermería cardiovascular, enfermería coronaria.

## ABSTRACT

**Introduction:** The practices and beliefs of lifestyles (PCEV) reveal the habits, customs, knowledge, values and risks that the individual has in his daily life, therefore, play a transcendental role in the origin of cardiovascular diseases such as ischemic heart disease (CI).

**Objective:** To analyze PCEV of patients with IC.

**Methodology:** Analytical, prospective and cross-sectional study. Sample for convenience (n = 83) included adult patients hospitalized in a third level care institution, both sexes, oriented and willing to participate voluntarily. Data collected with the PCEV validated questionnaire: 9 items for demographic data, 116 items for practices and beliefs; Likert type answers where 0= never to 3= totally agree, total score of 0-348; Cut points: very low= 0-87, low= 88-174, high= 175-261 and very high= 262-348 points. Data analysis with descriptive statistics and Pearson's test (age), Spearman (academic degree) and Student's T (sex and origin); Statistical significance p <0.05. **Results.** 69.4% are women, average age 60.1 ± 10.8 years, 55.4% with basic education; 84.3% with unhealthy lifestyles. PCEV were associated with schooling (r<sub>s</sub> = 0.383, p = 0.000) and income (r<sub>s</sub> = 0.284, p = 0.009), but not with age (r = 0.113, p = 0.381). Provincial people have less healthy PCEVs (12.76 ± 5.26 vs 15.48 ± 3.9; t = -3,222, gl = 60, p = 0.002).

**Conclusions:** Patients with IHD have a low level of PCEV, which are related to schooling, however, those who live in the province tend to perform more physical activity, sport and recreation in their free time.

**Key words.** Lifestyles, secondary prevention, cardiovascular nursing, chronic disease.

## Dirección para correspondencia:

\*Julio César Cadena-Estrada

Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, C.P. 14080. Ciudad de México Tel. 55732911 Ext. 1391.

Correo electrónico: jccadena\_81@yahoo.com.mx, cadjul@cardiologia.org.mx

## INTRODUCCIÓN

A pesar de que la prevención y promoción a la salud es una prioridad en las políticas públicas de salud en México,<sup>1</sup> las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad de la población adulta.<sup>2</sup> Actualmente es innegable que estas enfermedades que padece la población mexicana están directamente relacionadas con sus estilos de vida no saludables; tales como el tiempo de sueño insuficiente y de mala calidad, los hábitos alimenticios basados en productos ricos en carbohidratos y grasas, la falta de recreación, la inactividad física o sedentarismo, el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, estar constantemente sometidos a estrés, entre otros.

El estilo de vida se puede considerar como los *hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario, y que son susceptibles de ser modificados*. Por lo tanto, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer y/o mejorar su salud.<sup>3</sup>

Actualmente se sabe que las conductas saludables están influenciadas por el factor cognitivo-conductual; y por lo tanto, el conocimiento sobre qué es o cómo se caracteriza una enfermedad, cómo se previene, sus consecuencias o qué la causa, no es suficiente para generar un cambio de conducta. En las ciencias de la salud, se han utilizado diferentes modelos de componente cognitivo-conductual como el Modelo de creencias en salud de Hochbaum,<sup>4</sup> el Modelo de la acción razonada de Fishbein y Ajzen,<sup>5</sup> el Modelo de adopción de precauciones de Weinstein<sup>6</sup> y la Teoría cognitivo social de Bandura,<sup>7</sup> con la intención de explicar por qué las personas no participan activamente en la prevención y promoción de su salud, y al contrario, tienen conductas de riesgo que aprenden, asimilan o imitan de patrones familiares, modelos, grupos formales o informales.

De acuerdo al modelo de Hochbaum,<sup>4</sup> las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad, el análisis costo-beneficio y el sentido de autoeficacia, evitan conductas de riesgo, favorecen la conservación y mejoría de la salud, la prevención de enfermedades y la adopción de estilos de vida saludables. La importancia de las creencias es tal que pueden o no influir en las acciones o las prácticas de salud o de riesgo que tienen las personas.

En el caso de los pacientes que recientemente han sido diagnosticados con una enfermedad cardiovascular (EC) como la cardiopatía isquémica, es fundamental para el equipo de salud identificar los estilos de vida que aprendió y desarrolló durante su infancia y adolescencia, ya que esto influye en lo que actualmente el propio paciente considera un estilo de vida saludable; y por lo tanto, lo lleva a la práctica todos los días de su vida.

Existen diversos estudios realizados en países anglosajones y latinos;<sup>8</sup> y en el caso de México, se ha descrito en un Instituto Nacional de Salud que los pacientes que debutaron con EC creen tener estilos de vida saludables; sin embargo, en la práctica sus estilos de vida son bajas o no saludables, y se ven influidas por el grado académico, independientemente de su riesgo cardiovascular o ingresos económicos. Esto se refleja cuando refieren que la actividad física mejora su estado de salud al prevenir enfermedades, que el descanso es importante para la salud, que es mejor prevenir que curar y es importante visitar periódicamente al equipo de salud, pero en la práctica no lo llevan a cabo, lo que se refleja en su estado de salud.<sup>9</sup>

En un hospital del Instituto Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado ubicado en Yucatán, México, Vargas y cols.<sup>10</sup>, encontraron en un grupo de pacientes con enfermedad cardiovascular que el 22% consume una dieta que les aporta un exceso de energía y 88% reportó dietas con inadecuado equilibrio entre los macronutrientes (proteínas, lípidos e hidratos de carbono), lo que ocasiona que más del 85% presentara sobrepeso u obesidad, además de una falta de actividad física.

En otro estudio, Denman y cols.<sup>11</sup>, identificaron en una población de pacientes con enfermedad crónica residente de Sonora que solo el 49% realiza actividad física, la mayoría consume menos de 1 ración de frutas y vegetales por día, toma 2 bebidas azucaradas al día, y consume alimentos enlatados.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio no experimental, observacional, prospectivo y transversal en pacientes adultos con cardiopatía isquémica que se encontraban hospitalizados. Para fines de este estudio se ha definido a los estilos de vida como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona o como aquellos patrones de conducta individuales, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza; incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y prácticas de las personas para mantener, restablecer y/o mejorar su salud; dichos estilos están determinados por las **creencias y las prácticas**.<sup>3</sup>

De una población aproximada de 1823 ingresos por cardiopatía isquémica se tomó una muestra no probabilística de n=83 pacientes seleccionados por conveniencia; incluyó pacientes adultos de ambos sexos, hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención, orientados en tiempo, lugar y espacio, que desearon participar libre y voluntariamente; cabe señalar que se eliminaron aquellos instrumentos que no fueron contestados al 100%.

La recolección de los datos fue realizado por los propios investigadores a través del *Cuestionario de Prácticas y*

*Creencias sobre Estilos de Vida* elaborado por Arrivilla-ga<sup>12</sup>, y validado para este estudio a través de una prueba piloto con un Alfa de Cronbach de 0.898. Está constituido por 2 dominios: el primero contiene 8 ítems para datos sociodemográficos; y el segundo con 116 ítems para describir las prácticas y creencias con los indicadores: *condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño*. Cabe mencionar que tenían dos escalas de respuesta tipo Likert con 4 opciones: nunca=0 puntos hasta siempre=3 puntos; al sumarse se obtuvo una escala total de 0 a 348 con intervalos de no saludable=0-87, poco saludable=88-174, saludable=175-261 y muy saludable=262-348 puntos.

Para mantener la validez interna y limitar el riesgo de sesgo se estandarizó el procedimiento de recolección de datos siguiendo los siguientes pasos: 1) al revisar el censo de pacientes que se encontraban hospitalizados se seleccionaron a los posibles participantes que cumplieron con los criterios de selección; 2) se les visitó en su habitación para invitarlos a participar en el estudio previa firma del consentimiento informado. 3) Cada paciente recibió orientación de cómo contestar el instrumento dándoles el tiempo suficiente y resolviéndose sus dudas. 4) Al terminar de llenarlo se le proporcionó educación para la salud establecida en la institución de salud sobre su enfermedad, el tratamiento y los cuidados a seguir durante su hospitalización y en su domicilio cuando egresara.

El análisis de datos se realizó con el *Statistical Package for the Social Sciences versión 17* a través de frecuencias y porcentajes para las variables sexo, escolaridad, lugar de residencia, estado civil, ocupación, ingresos económicos y nivel de PCEV; medidas de tendencia central y de dispersión para la edad, los puntajes de cada dimensión y el puntaje general de las PCEV; y prueba de Pearson para edad, Spearman con grado académico e ingresos económicos, y prueba T Student de acuerdo al sexo y procedencia. Se consideró como significancia estadística una  $p < 0.05$ .

Con base en la normatividad vigente tanto a nivel nacional como internacional<sup>13-16</sup> el presente estudio se cataloga como investigación sin riesgo; se respetaron los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia de los participantes al darles la libertad de expresar su aceptación o rechazo de participación. Los datos obtenidos se recolectaron una vez que el paciente leyó y entendió los alcances del estudio con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, firmando un consentimiento informado. Los investigadores se comprometen a mantener los datos recolectados bajo resguardo y confidencialidad. La aplicación del estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y registrado con el número DIE/CE/09/2015.

## RESULTADOS

De acuerdo a los datos demográficos, se puede decir que la mayoría de los participantes del estudio eran mujeres

(69.4%); la edad promedio era de  $60.1 \pm 10.8$  años dentro de un intervalo de 38-85 años; 55.4% tenía educación básica (primaria y secundaria), 30.2% nivel medio superior y 9.6% estudios de licenciatura y posgrado. La mitad de los pacientes era residentes de la Ciudad de México y la zona metropolitana (50.6%).

En la ocupación laboral, 18.3% era obrero, técnico o artesano; 18.3% ejercía su profesión de médico, profesor, arquitecto o ingeniero; 15.9% ya se había jubilado, 14.6% no trabajaba, 7.3% era ama de casa que no recibía un sueldo y el resto era vendedor, recepcionista o mesero (25.7%). Sólo quienes trabajaban refirieron un ingreso económico, donde el 49.4% ganaban menos de \$5000.00 pesos MN y el 22.9%  $\geq$  \$15000.00 pesos MN al mes.

En relación a su red de apoyo social, muchos pacientes contestaron que eran casados o vivía en unión libre (73.5%), seguidos de aquellas personas que ya habían enviudado (12%), se divorciaron (4.8%) y quienes eran solteros (9.6%); no obstante, solo el 50.6% vivía con su esposa/o, el 27.7% con sus hijos, 12% con otro familiar, 6% solo y 3.6% con sus padres.

**En cuanto a la dimensión de condición, actividad física y deporte**, los pacientes creen que los cambios repentinos de peso puede afectar su salud (83.1%), hacer ejercicio la mejora (78.3%) y evita algunas enfermedades (72.3%). Pero frecuentemente o siempre, solo el 25.3% realiza ejercicio, caminata, trota o juega algún deporte de forma informal; mantiene el peso corporal estable (45.8%), realiza ejercicio que ayuda al funcionamiento del corazón (8.4%) y participa en un programa de ejercicio físico bajo supervisión (2.4%). Por lo tanto, las creencias fueron altas (30.1%) a muy altas (48.2%) pero sus prácticas se observaron como no saludables (63.9%) o poco saludables (32.5%).

**En el Autocuidado y cuidado médico**, de acuerdo a sus creencias, consideran que cada persona es responsable de su salud (95.1%), que es mejor prevenir que curar (91.6%), que no solo cuando se está enfermo se debe ir al médico (59%), que el estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento (72.3%) y no es difícil cambiar comportamientos no saludables (45.7%). No obstante, en su vida diaria frecuentemente, pocos van al odontólogo (31.3%) o al médico (55.4%) por lo menos una vez al año; checa al menos una vez al año su presión arterial (63.9%); realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año (53%); y como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad (78.3%). Esto muestra que sus creencias relacionadas con éste indicador de estilo de vida fue alto (73.5%) a bajo (19.3%) y sus prácticas poco saludables (55.4%) a saludables (25.3%).

**En relación a los Hábitos alimenticios**, los participantes consideraron que el agua es importante para la salud (88%); comer cerdo es dañino (37.4%); entre más grasosa sea la comida le resulta más sabrosa (37.4%); las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo (26.5%); y que las dietas son lo mejor para bajar de peso (32.6%). Sin embargo, con frecuencia consumen en un día

ordinario entre 4-8 vasos de agua natural (65%); más de 4 gaseosas (22.9%); su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína (66.3%); limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general) (51.8%); come pescado y pollo, más que carnes rojas (56.6%); mantiene un horario regular entre las comidas (45.8%); desayuna antes de iniciar su actividad diaria (62.7%) y consume poco las comidas rápidas como pizza, hamburguesa, perro caliente (16.8%). Por lo tanto, sus creencias se pueden considerar como bajas (67.5%) a altas (24.1%), pero en su vida cotidiana sus prácticas son poco saludables (66.3%) o saludables (28.9%).

En lo que concierne al **consumo de alcohol, tabaco y otras drogas**, los participantes creen que dejar de fumar es cuestión de voluntad (83.1%); que consumir uno o dos cigarrillos al día no es dañino para la salud (38.6%); que un traguito de licor de vez en cuando no le hace daño a nadie (45%); pero que el licor es dañino para la salud (65.1%). Sin embargo, en la práctica diaria, dijo no a todo tipo de droga (74.7%); prohíbe que fumen en su presencia (33.7%); puede reconocer en qué momento debe parar de beber alcohol (43.4%); y pocos consumen drogas (marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras) (8.4%). Este contexto refleja unas creencias bajas (43.4%) a altas (36.1%) y prácticas saludables (48.2%) a muy saludables (31.3%).

**Finalmente, en la dimensión de Sueño**, los participantes consideraron que dormir bien alarga la vida (69.9%); que si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien (48.2%); que sólo se puede dormir bien en su propia cama (54.2%) o cuando las condiciones son adecuadas (ventilación, luz, temperatura) (45.8%). Sin embargo, refirieron que frecuentemente duermen al menos 7 horas diarias (55.4%) y se levanta descansado (48.2%); y respeta sus horarios de sueño teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (54.2%). Lo que pone en evidencia que solo el 48.2% tuvo creencias consideradas bajas y 36.1% altas; sin embargo, sus prácticas mostraron ser saludables (48.2%) o muy saludables (31.3%)(cuadro I).

En su conjunto, los estilos de vida fueron poco saludables en el 84.3% de los casos y en el resto saludables, mismas que se relacionan más con las prácticas ( $r=0.884$ ,  $p=0.000$ ) que con las creencias ( $r=0.661$ ,  $p=0.000$ ); inclusive se observó que se incrementan conforme tienen una mayor escolaridad ( $r_s=0.383$ ,  $p=0.000$ ) y más ingresos económicos ( $r_s=0.284$ ,  $p=0.009$ ), no así con la edad ( $r=0.113$ ,  $p=0.381$ ).

Llamó la atención que entre hombres y mujeres las prácticas y creencias son semejantes, tanto de manera general ( $147.25 \pm 24.92$  vs  $148.25 \pm 24.63$ ;  $t=0.180$ ,  $gl=81$ ,  $p=0.858$ ) como en cada uno de los indicadores ( $p>0.05$ ). No obstante, se observó que los pacientes que viven en provincia tienen menos PCEV relacionadas con las condiciones, actividad física y deporte comparadas con quienes viven en la ciudad de México y el área conurbada ( $12.76 \pm 5.26$  vs  $15.48 \pm 3.9$ ;  $t=-3.122$ ,  $gl=60$ ,  $p=0.002$ ) (Cuadro II).

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio la mayoría de los participantes que se encontraban hospitalizados por cardiopatía isquémica eran adultos maduros con poca preparación académica y escasos recursos económicos, estos datos concuerdan con lo encontrado por Vargas<sup>5</sup>, Del Río<sup>17</sup> y Bamps<sup>18</sup>, no obstante difieren en relación al sexo, ya que en la mayoría de la literatura se ha encontrado una mayor prevalencia en hombres. Estos datos son relevantes para la práctica de enfermería, ya que para diseñar una intervención educativa, ésta deberá adaptarse al lenguaje y capacidad cognitiva del paciente. Inclusive, los recursos económicos deben de considerarse, porque no se le puede pedir a una persona que compre y consuma una dieta mediterránea, equilibrada, nutritiva y variada, cuando en ocasiones no tienen para comprar los alimentos básicos para satisfacer la necesidad de alimentación, o bien, los alimentos no son de la región; y por lo tanto, son difíciles de encontrar. Guerrero<sup>19</sup>, ha descrito que las principales barreras percibidas en la población con enfermedad crónica son el factor económico, la falta de seguridad social y la inadecuada atención del personal de salud; dichos factores limitan la autoeficacia del paciente, y consecuentemente, este mismo fenómeno se puede dar en nuestra población de estudio.

Los pacientes con CI que participaron en el estudio tienen como principal red de apoyo los miembros de su núcleo familiar (esposa, hijos) y familiares directos, pero pocos viven solos. Estos datos concuerdan con lo reportado en diversos estudios realizados en Brasil<sup>20,21</sup>, México<sup>22</sup> y España<sup>23,24</sup>. Este contexto es relevante que debe ser considerado por el profesional de salud, ya que cuando se presenta una enfermedad aguda o crónico-degenerativa, desde el inicio de la sintomatología hasta la confirmación del diagnóstico, la persona y la familia se ven involucrados en una serie de cambios profundos en sus estilos de vida y afecta la estructura, el funcionamiento y el desarrollo familiar. Por lo tanto, es un elemento fundamental a tenerse en cuenta en las estrategias de intervención, para adaptarse y afrontar la enfermedad, mejorar la capacidad de autocuidado y manejo de la enfermedad, pero sobre todo con la participación de la familia en estos cambios, esto les puede generar apoyo, comprensión, y posiblemente se puedan lograr con mayor facilidad las metas planteadas. Inclusive, la familia se ha considerado como el cuidador principal de cada uno de sus miembros, tanto en situaciones de salud y enfermedad, y su importancia es tal, que se ha relacionado con una mayor adherencia al tratamiento, ya que hace una contribución sustancial a la promoción de la salud, tal y como lo refiere Trindade.<sup>25</sup>

En lo que concierne a las creencias y prácticas de estilos de vida, en la mayoría de los participantes de nuestro estudio, se consideraron bajas y poco saludables, estos datos se asemejan con lo reportado en la evidencia.<sup>3-5</sup> En la práctica diaria, el profesional de la salud deberá considerar estos datos durante la atención de la persona que se ha hospitalizado por cardiopatía isquémica, ya que por lo menos días previos a la manifestación formal



de la enfermedad, el paciente se podía definir a sí mismo como sano, por lo que sus creencias o percepción de que su problema de salud es importante o suficientemente grave como para tenerlo en un estado vulnerable, podrá estimular a la persona a ejecutar una acción para prevenir la recidiva de la enfermedad. Inclusive al percibir o creer que puede poner en riesgo su vida, se espera que realice cambios de conducta saludable que le produzcan más beneficios que inconvenientes derivados del esfuerzo y le permitan alcanzar la meta trazada, recuperar su salud.

Los estilos de vida poco saludables que presentaron los pacientes con cardiopatía se relacionan más con las prácticas, e inclusive cuando tienen un menor nivel educativo y bajos ingresos económicos sus comportamientos son menos saludables, tanto hombres como mujeres; datos que se asemejan a lo reportado en estudios realizados en México. Este fenómeno posiblemente se debe a que las personas no se perciben como susceptibles o en riesgo de enfermarse y tienen un comportamiento poco saludable a pesar de que desde su percepción la actividad física, los hábitos alimenticios cardiosaludables, evitar el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas lícitas o ilícitas, pueden mantenerlo sano. Por lo tanto, el profesional de enfermería deberá desarrollar su intervención considerando que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta y justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que la persona otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el resultado deseado.<sup>4,26</sup>

## CONCLUSIÓN

Considerando los hallazgos del estudio se puede concluir que los pacientes que se encuentran hospitalizados por CI en su mayoría tienen estilos de vida poco saludables, mismos que se relacionan más con sus prácticas que con las creencias, independientemente de ser hombre o mujer. Esto se ve reflejado en cada una de las dimensiones cuando refieren saber que las conductas saludables como hacer ejercicio mejora la salud y evita enfermedades, es mejor prevenir que curar, tienen más beneficios visitar frecuentemente al odontólogo o al médico, consumir agua, no comer alimentos grasosos, no fumar, dormir 7-8 hrs. diarias, entre otras; no obstante no lo llevan a la práctica y en su caso tener conductas no saludables que ocasionaron la enfermedad actual.

Por otra parte, llama la atención que las personas con menos recursos económicos y bajo nivel educativo tienen menos creencias y prácticas saludables, datos que se deben considerar en futuros estudios de intervención. Sin embargo, es importante mencionar que se requieren más estudios que consideren variables como el tiempo que llevan con la enfermedad y el momento que se aplica la encuesta, ya que se pueden comportar como variables intervinientes e influir en los resultados.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**Cuadro I.** Nivel de creencias y prácticas de estilos de vida de los pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica.

	N= 83													
	Fr (%)													
	Creencias					Prácticas					Prácticas y creencias de estilos de vida			
	MB	B	A	MA	C	NS	PS	S	MS	C	NS	PS	S	MS
CAFD	4(4.8)	14(16.9)	25(30.1)	40(48.2)		53(63.9)	27(32.5)	2(2.4)	1(1.2)	10(12)	48(57.8)	25(30.1)	-	
RMTL	22(26.5)	49(59)	12(14.5)	-	19(22.9)	32(38.6)	26(31.3)	6(7.2)	12(14.5)	43(51.8)	28(33.7)	-		
ACM	-	16(19.3)	61(73.5)	6(7.2)	16(19.3)	46(55.4)	21(25.3)	-	-	50(60.2)	33(39.8)	-		
HA	5(6)	56(67.5)	20(24.1)	2(2.4)	4(4.8)	55(66.3)	24(28.9)	-	5(6)	62(74.7)	16(19.3)	-		
CATD	17(20.5)	36(43.4)	30(36.1)	-	1(1.2)	16(19.3)	40(48.2)	26(31.3)	17(20.5)	59(71.1)	7(8.4)	-		
Sueño	7(8.4)	40(48.2)	33(39.8)	3(3.6)	6(7.2)	65(78.3)	12(14.5)	-	3(3.6)	58(69.9)	22(26.5)	-		

CAFD: Condición, actividad física y deporte; RMTL: Recreación y manejo del tiempo libre; ACM: Autocuidado y cuidado médico; HA: Hábitos alimenticios; CATD: Consumo de alcohol, tabaco y drogas

MB: muy bajo; B: Bajo; A: alto; MA: muy alto

NS: No saludables; PS: poco saludables; S: saludables; MS: muy saludables

**Cuadro II.** Prácticas y creencias de estilos de vida de acuerdo al género y lugar de procedencia

	Sexo		Procedencia	
	Hombre Media ± DE	Mujer Media ± DE	Provincia Media ± DE	Ciudad de México y área conurbada Media ± DE
<b>Prácticas y creencias de...</b>				
<i>Condición, actividad física y deporte</i>	14.03 ± 3.9	14.20 ± 5.3	12.76 ± 5.26	15.48 ± 3.9*
<i>Recreación y manejo del tiempo libre</i>	11.19 ± 4.0	11.53 ± 3.7	10.59 ± 4.2	12.19 ± 3.5
<i>Autocuidado y cuidado médico</i>	48.44 ± 10.1	48.06 ± 10.0	46.90 ± 10.1	49.48 ± 9.8
<i>Hábitos alimenticios</i>	30.50 ± 6.7	30.55 ± 6.8	30.29 ± 6.1	30.76 ± 7.3
<i>Consumo de alcohol, tabaco y drogas</i>	20.91 ± 8.6	22.25 ± 6.4	21.90 ± 7.78	21.57 ± 6.9
<i>Sueño</i>	22.19 ± 5.8	21.67 ± 5.4	21.02 ± 5.5	22.69 ± 5.5
<b>Estilos de vida</b>	<b>147.25 ± 24.9</b>	<b>148.25 ± 24.6</b>	<b>143.46 ± 24.8</b>	<b>152.17 ± 23.9</b>

DE: desviación estándar  
Prueba T de Student, \*p<0.05

### AGRADECIMIENTOS

Le agradecemos a la Lic. Mónica Zamudio Cortés y la Lic. Verónica Gutiérrez Díaz por su valiosa colaboración en la recolección de datos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Causas de defunción. Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2015. [Internet] [citado 4 de enero de 2017]. Disponible en: <http://googl/0zZbhttp://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587yA>
- Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Médica, 2003; 34(4): 186-95.
- Hochbaum GM, Sorenson JR, Lorig K. Theory in health education practice. Health Educ 1992; 19: 295-313.
- Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading: Addison-Wesley Publishing; 1975
- Weinstein ND. The precaution adoption process. Health Psychol 1988; 7: 355-386.
- Bandura A. Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. España: Desclée; 1999.
- Coleta MFD. Creanças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. Advances in Health Psychology. Jan-Dez 2010; 18 (1-2): 69-78.
- Cadena-Estrada JC. Calidad y estilos de vida de pacientes con enfermedad coronaria sometidos a cateterismo cardíaco. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017; 25(1): 19-28.
- Vargas CJB, Moreno ML, Pineda CF, Trejo TR, Martínez CCA, Mis FR. Valoración antropométrica y estilos de vida en pacientes internados en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Med Int Mex. 2010; 26(3): 213-8.
- Denman CA, Bell ML, Cornejo E, de Zapien JG, Carvajal S, Rosales C. Changes in health behaviors and self-rated health of participants in Meta Salud: a primary prevention intervention of NCD in Mexico. Glob Heart. 2015 Mar; 10 (1):55-61. doi: 10.1016/j.gheart.2014.12.007.
- Arrivillaga QM, Salazar TIC. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. Psicología Conductual. 2005; 13(1): 19-36.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2012. [consultado 15 enero 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Complete transcript 01 the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. En: Colomer MF, Pastor GLM. Vigencia del Código de Nuremberg después de cincuenta años? Cuad Bioética [Internet]. ene-mar 1999; IX(37):103-12. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf>

15. [Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Secretaría de Salud; 2001.](#)
16. [Informe Belmont. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento \[consultado 6 Nov 2016\]. Disponible en: \[goo.gl/jsm64z\]\(http://goo.gl/jsm64z\).](#)
17. [Del Rio MO, Maldonado VA, Carmena UO, Davós JR, GArzo MB, Gutiérrez NA, et al. Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica. Enferm Cardiol. 2005; XII \(35\):24-7.](#)
18. [Bambs C, Sgombich M, Leiva L, Baraona F, Margozzini P, Pizarro C, et al. Facilitators and barriers to the adoption of healthy lifestyles after first myocardial infarction in Chile: A qualitative study. Rev Chil Cardiol. 2015; 34\(3\): 163-74.](#)
19. [Guerrero AZC, Oviedo ZAM, Vargas SML, Rodríguez GC. Evaluación de la Percepción de Diabetes tipo 2 Bajo el Modelo de Creencias de Salud. Desarr Cientif Enferm. Abr 2010; 18\(3\):100-5.](#)
20. [Mota FRN, Oliveira ET, Marques MB, Bessa MEP, Leite BMB, Silva MJ. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. Esc Anna Nery. 2010 out-dez; 14 \(4\):833-8.](#)
21. [Souza AI, Pelegrini TS, Ribeiro JHM, Pereira DS, Mendes MA. Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis. Rev Bras Enferm. 2015 nov-dez; 68\(6\):864-73.](#)
22. [Díaz-Benítez ER, Rodríguez MLA. Comparación de la calidad de vida y sobrecarga entre cuidadores primarios de pacientes cardiopatas en edad pediátrica y adulta. Rev Mex Enferm Cardiol. 2014; 22\(1\): 6-12.](#)
23. [Gómez PMJ, Casajús PG, Gómez PC, Martínez MA. Percepciones y experiencias vividas por el paciente con un primer infarto, e impacto en su entorno social, familiar y laboral. Enferm Cardiol. 2012; XIX \(55-56\): 67-75.](#)
24. [Jiménez NML, Orkaizagirre GA, Bimbela SMT. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. Index Enferm \(Gran\) 2015; 24\(4\): 217-21.](#)
25. [Trindade-Radavanovic CA, Mantelo-Cecilio HP, Silva-Marcon S. Structural, developmental and functional evaluation of the family of individuals with arterial hypertension. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34\(1\): 45-54.](#)
26. [Cadena-Estrada JC, González OY. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J Pender. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2017; 19\(1\): 107-121.](#)