



**RCV: PERCEPCIÓN Y  
REALIDAD EN LORQUINOS  
MAYORES DE 40 AÑOS Y  
PARTICULARMENTE EN  
MAYORES DE 60 AÑOS**

Coordinadores: D.<sup>a</sup> María José Aragón Sánchez y D. Juan Luis Fernández López

Ámbito: Biología

Cursos Académicos: 2023-2025

Institución: IES Francisco Ros Giner

## Índice

Abstract.....	2
Introducción.....	2
Objetivos.....	4
Metodología.....	4
Conclusiones.....	8
Bibliografía.....	33

## Abstract

Prevenir las enfermedades cardiovasculares (ECV) debería ser uno de los objetivos más importantes de la sanidad, ya que suponen la principal causa de mortalidad. Por otro lado, conocer el riesgo cardiovascular (RCV), los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y los estilos de vida que influyen en las ECV es fundamental para mejorar la salud cardiovascular. Esta investigación presenta como objetivos valorar el nivel de conocimiento sobre el RCV, los FRCV y los estilos de vida saludables entre la población de Lorca de más de 40 años, centrandó nuestro estudio en los mayores de 60, para comprobar si conocer su RCV les motiva a realizar cambios que mejoren su salud. Para ello, les hemos calculado el RCV real utilizando la calculadora SCORE de la Fundación Española del Corazón, y hemos llevado un análisis descriptivo mediante entrevistas. Como resultado, concluimos que la mayoría de las personas tienen una percepción errónea sobre su RCV y un desconocimiento sobre los FRCV y los estilos de vida saludables, en particular las personas mayores, siendo estos los que presentan mayor riesgo. Asimismo, los resultados muestran un interés de realizar cambios en los estilos de vida tras conocer cada uno su RCV.

*Palabras clave:* riesgo cardiovascular, percepción, factores de riesgo, estilos de vida, prevención

## Introducción

Hoy en día, la salud cardiovascular ha adquirido una gran importancia como objeto de estudio a nivel global debido a la alta prevalencia de casos en la población.

Los estilos de vida son un factor clave en la salud de una población, ya que conductas poco saludables, como una mala alimentación, son origen de muchas enfermedades. Un ejemplo claro son las enfermedades cardiovasculares, para las que el estilo de vida tiene una influencia notable (Mendoza et al., 2013).

Según la Organización mundial de la salud (OMS, 2015), “las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en el mundo y, según estimaciones, se cobran 17,9 millones de vidas cada año. Estas enfermedades comprenden un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos”.

Para ayudar a prevenir problemas cardiovasculares, es fundamental conocer el riesgo cardiovascular, el cual se define como “la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado período, que habitualmente se establece en 5 o 10 años” (Vega et al., 2011, p. 92).

Los factores de riesgo cardiovasculares son características biológicas o hábitos de vida que aumentan la probabilidad de padecer o morir a causa de una ECV, como por ejemplo, la edad o el sexo. Es crucial tener una percepción correcta sobre estos factores, dado que, al tratarse de una probabilidad, la ausencia de los factores de riesgo no excluye la posibilidad de desarrollar una ECV en el futuro y tenerlos tampoco implica su aparición. Se estima que “estudiar el grado de conocimiento poblacional de los factores de riesgo y del riesgo cardiovascular es una estrategia preventiva prioritaria” (Pérez-Manchón et al., 2015, p. 100). La percepción del riesgo influye directamente en cómo las personas se comportan en relación a los factores y en los estilos de vida que influyen en el mismo.

En pocas palabras, la percepción del riesgo cardiovascular es fundamental para garantizar una buena salud y prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares. Esta percepción se refiere a la conciencia que cada persona tiene sobre los factores que pueden aumentar su probabilidad de desarrollar problemas cardíacos. En nuestro estudio, vamos a investigar la percepción que tienen las personas sobre su riesgo cardiovascular y si, tras conocerlo, cambiarían sus hábitos de vida, además de analizar la importancia que otorgan a los factores que influyen en el RCV, así como a los hábitos y estilos de vida saludables.

La publicación realizada por el Ministerio de Sanidad (2022), titulada Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV), ha sido fundamental para el desarrollo de este proyecto.

El interés social de este estudio se debe a que la ECV tiene un impacto muy importante en la sociedad, debido a su alta prevalencia y a que las personas que la padecen tienen mucha probabilidad de sufrir secuelas importantes para su vida o, incluso, de fallecer. El interés científico se justifica debido a que la ECV se puede prevenir interviniendo en los factores de riesgo cardiovascular por lo que es necesario desarrollar estudios que ayuden a saber si las personas le dan importancia a estos factores y tienen predisposición a modificar estilos de vida que les ayuden a controlarlos. Con este estudio aportamos conocimiento en el campo de la educación sanitaria, que es un tema muy relevante para la promoción de la salud.

Esta investigación se enmarca en los ámbitos de la medicina (concretamente en la cardiología). La elección del tema de esta investigación está directamente relacionada con el grado universitario que quiero estudiar.

En definitiva, dado que el RCV es una preocupación significativa para la salud pública, su gestión efectiva requiere un enfoque integral que aborde tanto los factores de riesgo modificables como los no modificables. Educar y concienciar a la población sobre estos temas es crucial para la prevención de la ECV y para mejorar la salud cardiovascular a nivel individual y comunitario.

### **Objetivos**

Así, planteamos la hipótesis de que “un elevado porcentaje de lorquinos mayores de 40 años tiene una percepción errónea del RCV que realmente tienen”.

Proponemos como objetivos los siguientes:

1. Conocer la percepción de RCV de los lorquinos mayores de 40 años (con atención especial en los mayores de 60 años) y calcular su RCV real.
2. Valorar el nivel de conocimiento que tienen los entrevistados sobre los FRCV y los hábitos de vida saludables.
3. Comprobar si el conocimiento del RCV de una persona provoca cambios en sus hábitos de vida a favor de su salud CV.

### **Metodología**

Para la elaboración de nuestro trabajo utilizaremos como método general el método analítico-inductivo: analítico, debido a que ha sido descrita la investigación y se han definido los términos necesarios para la comprensión del proyecto; e inductivo, ya que se realizará una

entrevista para recopilar datos sobre la percepción de la salud cardiovascular, hábitos y estilos de vida de las personas de cuyos resultados extraeremos conclusiones de carácter universal.

Como método específico, utilizaremos el método descriptivo, ya que nuestro objetivo principal es describir un fenómeno específico: la percepción del riesgo cardiovascular por parte de la población mayor de 40 años de Lorca. Para ello, utilizaremos una entrevista como herramienta para la recolección de datos.

Se tratará de una investigación sincrónica, dado que estamos analizando la percepción del RCV y los hábitos de vida antes de la entrevista, y tras dar a conocer el RCV real, la intención de introducir cambios en estos, en el momento exacto en el que se realizan las entrevistas. La amplitud del trabajo será micro, debido a que nos limitamos a estudiar un grupo reducido de sujetos.

La investigación tiene un enfoque mixto, con predominancia cuantitativa. Por un lado, el uso de herramientas como entrevistas, permiten obtener datos cualitativos que enriquecen el análisis, proporcionando una comprensión más completa y profunda del fenómeno estudiado. Sin embargo, a algunas de las preguntas se les ha asignado un valor numérico, lo que facilita su análisis estadístico. Además, el carácter cuantitativo se refuerza con el uso de la calculadora SCORE del RCV.

El nivel de la investigación es aplicado, ya que tras realizar el estudio pretendemos crear conciencia sobre la necesidad de conocer nuestro RCV para modificar hábitos y estilos de vida que permitan la disminución de la tasa de morbilidad causada por las enfermedades cardiovasculares. Tendrá un grado de profundidad descriptivo, dado que no nos limitamos a la obtención de datos, sino que pretendemos analizarlos y compararlos para la predicción de las relaciones existentes entre las distintas variables: tensión sistólica, edad, nacionalidad, sexo, hábito tabáquico, nivel de colesterol, antecedentes de ECV, RCV y estilos de vida (sedentarismo, realización de ejercicio físico, etc.).

Por otro lado, el diseño de la investigación será ex post facto, concretamente descriptivo, pues pretendemos describir este fenómeno sin implicar cambios en él, utilizando una entrevista para la recogida de datos. La entrevista ha sido realizada a personas mayores de 40 años de la población lorquina. Considerando un error máximo del 6% y un nivel de confianza del 95%, resulta un tamaño muestral de 265 personas.

La entrevista ha sido la siguiente:

Hola, mi nombre es Isabel Campoy Blasco y curso 2º Bachillerato, en el Programa de Investigación, en el I.E.S Francisco Ros Giner de Lorca.

Esta entrevista tiene como objetivo averiguar cómo percibe usted su riesgo cardiovascular, entendiendo como tal la probabilidad de sufrir de una enfermedad cardiovascular, es decir, una enfermedad por disfunción del corazón y/o los vasos sanguíneos. También le haremos algunas preguntas sobre sus factores de riesgo y hábitos de estilos de vida. Para poder comparar resultados por grupos, nos interesará saber su nivel de estudios, situación económica y nacionalidad. Esta entrevista es solo para mayores de 40 años. Todos estos datos se tratarán de forma anónima.

1. ¿En alguna ocasión, por un examen o revisión médica, le han informado de cuál es el riesgo cardiovascular que usted tiene?
  - i. Sí
  - ii. No
  
2. En relación a su riesgo cardiovascular, puntúe del 1 al 10 la percepción de riesgo cardiovascular que tiene, siendo 1 ningún riesgo, 2-4 riesgo bajo, 5-7 riesgo medio, 8-10 riesgo alto.
  - i. Puntuación =
  
3. ¿Ha sufrido alguna vez algún evento cardiovascular?
  - i. Sí
  - ii. No
  
4. ¿Alguien de su familia cercana, padres, hermanos o hijos, han sufrido algún evento cardiovascular o fallecido por ese motivo?
  - i. Sí
  - ii. No
  
5. En relación a los factores que influyen en el riesgo cardiovascular, puntúe del 1 al 10, siendo 1 nada importante y 10 muy importante, cada uno de estos:
  - i. Tensión arterial =
  - ii. Colesterol =
  - iii. Diabetes =
  - iv. Tabaco =
  - v. Sedentarismo =
  - vi. Obesidad =
  - vii. Estrés =

6. En relación a los hábitos y estilos que influyen en mejorar el riesgo cardiovascular, puntúe del 1 al 10, siendo 1 nada importante y 10 muy importante, cada uno de estos:

- i. Dieta mediterránea =
- ii. Restricción de alcohol =
- iii. Restricción de tabaco =
- iv. Ejercicio físico =
- v. Bienestar emocional =
- vi. Actividad social =

7. ¿Tiene usted tensión arterial alta o toma medicación para tratarla?

- i. Sí
- ii. No

8. ¿Sabe cuál fue el último valor de su tensión sistólica? (tensión máxima).

- i. Valor =
- ii. No lo sé

9. ¿Tiene usted colesterol alto o toma medicación para bajarlo?

- i. Sí
- ii. No

10. ¿Conoce su valor de colesterol en la última analítica?

- i. Valor =
- ii. No lo sé

11. ¿Es usted diabético?

- i. Sí
- ii. No

12. ¿Cuántos años tiene? (mayor de 40)

- i. Valor =

13. Sexo

- i. Hombre
- ii. Mujer

14. En base a los datos proporcionados podemos estimar que tiene un riesgo cardiovascular, según la calculadora SCORE

(<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/calculadoras-nutricion/riesgo-cardiovascular.html>):

- i. Valor =
15. ¿Cree usted que debería hacer algo para disminuir su riesgo cardiovascular?
- i. Sí
  - ii. No
16. Señale qué haría (opciones múltiples):
- i. Nada.
  - ii. Mejorar mi dieta.
  - iii. Realizar más ejercicio.
  - iv. Pérdida de peso.
  - v. Dejar de fumar.
  - vi. No tomar alcohol.
  - vii. Reducir el estrés.
  - viii. Tomar pastillas.
17. ¿Podría decirnos cuales son sus estudios finalizados?
- i. Sin estudios o estudios primarios.
  - ii. Estudios secundarios y bachiller.
  - iii. Estudios universitarios.
18. ¿Podría decirnos cuál es su nivel de ingresos?
- i. Bajo.
  - ii. Medio.
  - iii. Alto.
19. ¿Podría decirnos cuál es su nacionalidad?
- i. Respuesta =

Muchas gracias por su participación. Si lo desea puede dejarnos un comentario:

En cuanto a los materiales utilizados durante nuestra investigación, hacemos referencia a los distintos buscadores y herramientas proporcionadas por Google, así como Google Académico o Documentos de Google, además de la entrevista mencionada anteriormente y la calculadora de riesgo cardiovascular de Score online, proporcionada por la fundación española del corazón (<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/calculadoras-nutricion/riesgo-cardiovascular.html>).

## Conclusiones

### RCV: percepción y realidad

Los datos obtenidos de las entrevistas nos han permitido conocer cómo las personas encuestadas perciben su riesgo cardiovascular y calcular su riesgo cardiovascular real con la calculadora de riesgo SCORE. Con ello, cumplimos nuestro primer objetivo (conocer la percepción de RCV de las personas y calcular su RCV real).

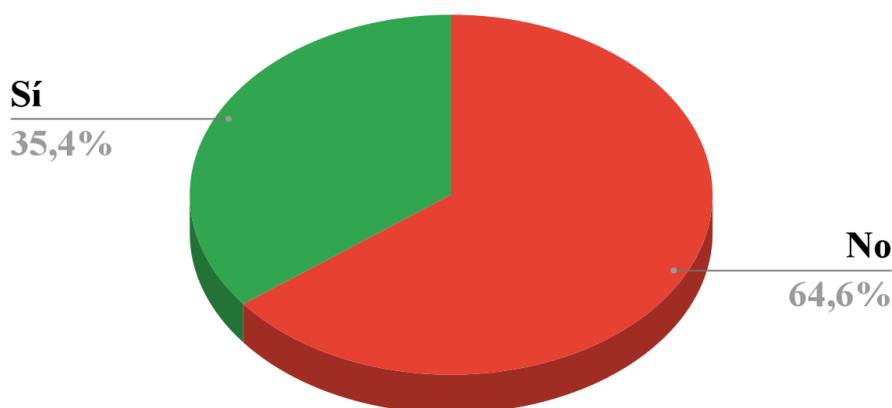
Como mencionamos anteriormente, el tamaño de la muestra es de 265 personas (100%); sin embargo, debido a que 5 participantes no proporcionaron datos completos, como su tensión sistólica o su valor de colesterol total, no hemos podido calcular su RCV, por lo que se ha excluido un 1,89% de las respuestas en esta parte del análisis; en consecuencia, para este apartado, el tamaño de la muestra será de 260 personas, y el error máximo para un nivel de confianza del 95% resulta del 6,05%.

No obstante, aunque no podamos contar con estas respuestas para la comprobación de la hipótesis, si serán útiles para analizar otras de las preguntas formuladas en la entrevista, tales como las relacionadas con el conocimiento sobre la importancia de los FRCV.

Con la primera pregunta queríamos conocer si en alguna revisión médica habían sido informados del RCV que tenían, ya que, en caso afirmativo, su percepción de riesgo podría estar condicionada al ya saber el dato real. Como vemos en la Figura 1, la mayoría (64,6%) nunca habían recibido esa información.

**Figura 1**

*Informados o no sobre su RCV en una revisión médica*

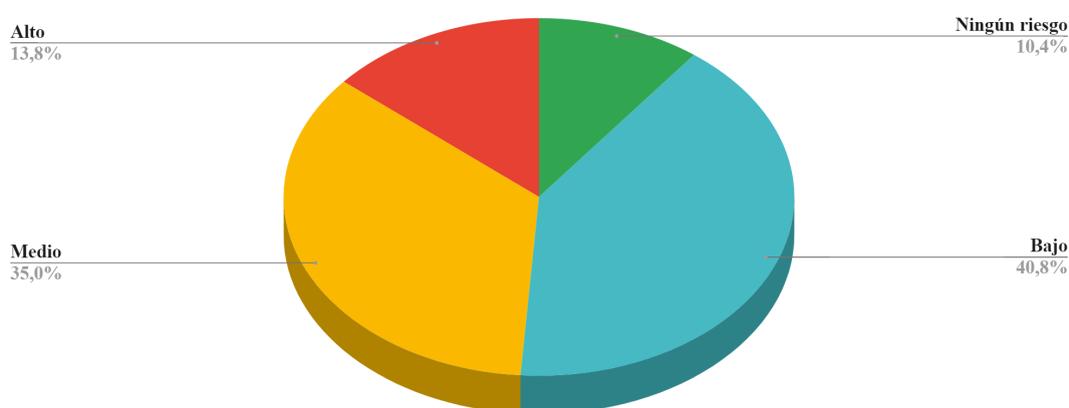


Fuente: Elaboración propia.

Para la comprobación de la hipótesis, en base a sus hábitos y estilos de vida, teniendo en cuenta su edad, si fuman, etc., les preguntamos a las personas cuál creían que era su RCV: bajo (2-4), medio (5-7), alto (8-10) o ninguno (1). Los datos obtenidos han sido representados en una gráfica, Figura 2, en la que podemos observar que el 10,4%, no creen tener riesgo, el 40,8%, creen que es bajo, el 35%, medio y el 13,8%, alto.

### Figura 2

*Percepción del RCV por parte de las personas encuestadas*



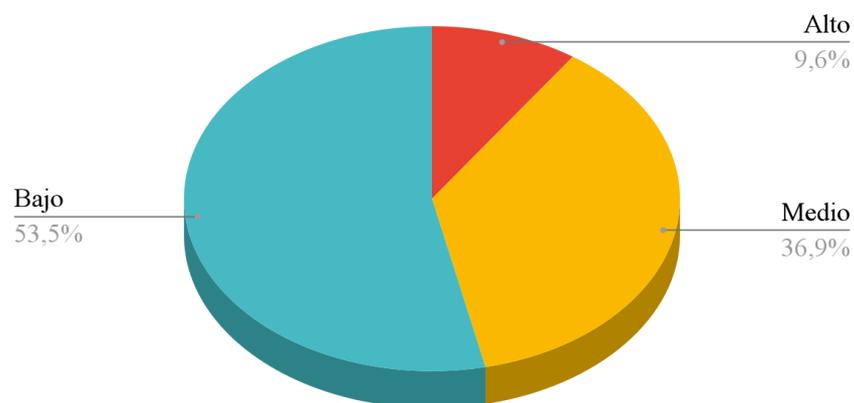
*Fuente:* Elaboración propia.

Durante la entrevista, se realizaron una serie de preguntas necesarias para recopilar los datos imprescindibles para calcular el RCV real (edad, sexo, tensión sistólica, etc.), además de otras sobre el nivel de conocimiento de los encuestados respecto al RCV y los FRCV.

Posteriormente, se procedió a calcular su RCV real utilizando la calculadora SCORE. En la Figura 3, se puede apreciar cómo la mayoría (53,5%), presenta un riesgo real bajo, el 36,9%, medio y un 9,6%, alto.

### Figura 3

*Riesgo cardiovascular real calculado con SCORE*



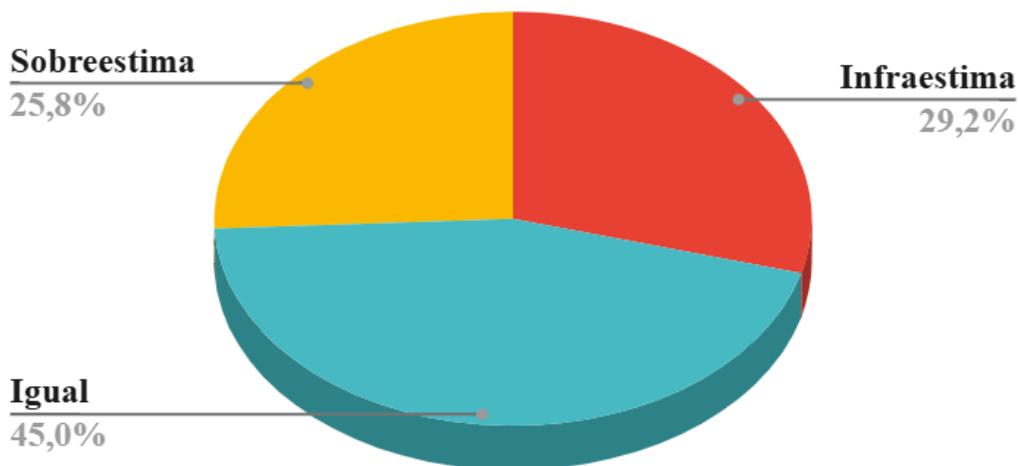
Fuente: Elaboración propia.

En líneas generales, observamos diferencias entre la percepción del RCV y el riesgo real: el 10,38% de las personas que creían no tener ningún riesgo estaban equivocadas, ya que a partir de la edad mínima de las personas encuestadas (40 años), ya se considera al menos un riesgo bajo. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007), “a pesar de que es menos probable que se produzcan episodios cardiovasculares en personas con niveles de riesgo bajo, no hay ningún nivel de riesgo que pueda considerarse seguro” (p. 10). Comparando las Figuras 2 y 3, vemos cómo hay un aumento del 12,7% en el grupo de bajo riesgo con respecto a la dos y una disminución del 4,2% del riesgo alto; en cuanto al riesgo medio, no hay casi diferencia entre una y otra. Esto nos indica que, en general, las personas no tienen una percepción correcta de su riesgo real.

A partir de los resultados mostrados en las Figuras 2 y 3, hemos sintetizado la información y creado la siguiente gráfica, Figura 4, donde se puede comprobar si la percepción por parte de los encuestados corresponde con su RCV calculado.

#### **Figura 4**

*Percepción y realidad del RCV*



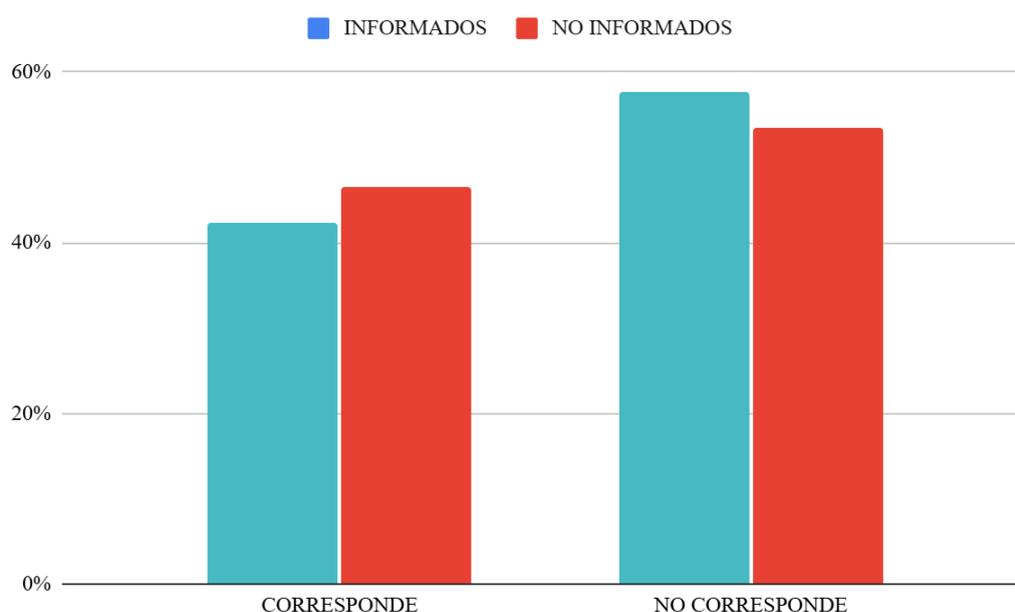
Fuente: Elaboración propia.

Como hemos comentado anteriormente, ya existían diferencias visibles entre la percepción y realidad del RCV; al cruzar ambos datos, observamos que solo el 45% de los encuestados son conscientes de su RCV, ya que su percepción coincide con su valor real, mientras que el 55% no lo son, lo que puede suponer una amenaza para la salud cardiovascular de estas personas.

Una vez identificado el porcentaje de personas cuya percepción del RCV coincide con la realidad, y teniendo en cuenta la Figura 1, donde el 35,4% de los encuestados habían sido previamente informados sobre su RCV en una revisión médica, concluimos que este hecho podría condicionar los resultados; sin embargo, en la Figura 5 observamos que solo el 42% de las personas previamente informadas tienen una percepción del RCV que se corresponde con la realidad frente al 46% de los no informados.

### **Figura 5**

*Correlación entre información médica y realidad*

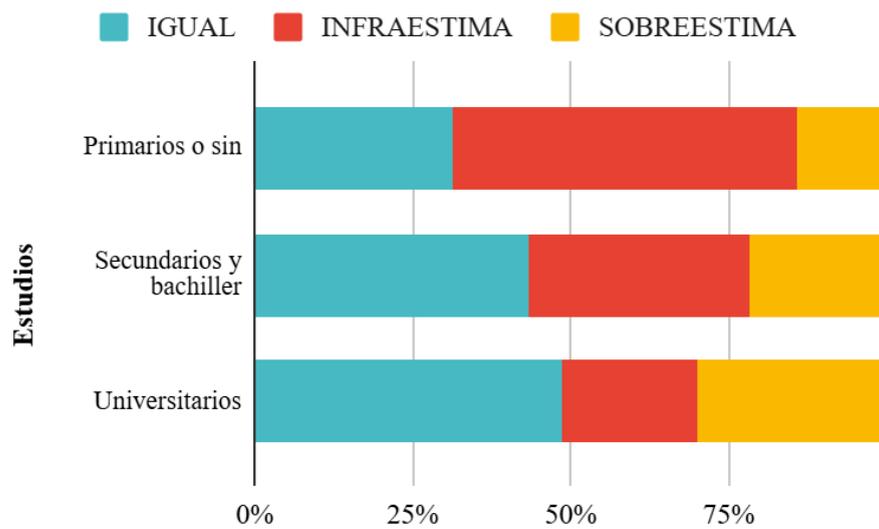


Fuente: Elaboración propia.

Analizando una posible relación entre el nivel de estudios y la percepción del riesgo, observamos en la siguiente gráfica, Figura 6, que hay mayor porcentaje de personas con nivel de estudios primarios o sin estudios que infraestima su riesgo. Por otro lado, vemos cómo a mayor nivel de estudios, hay más porcentaje de personas que identifican su riesgo con el real calculado. Podemos concluir que a mayor nivel de estudios, mejor percepción del riesgo cardiovascular. Por tanto, habría que tener en cuenta el nivel de estudios a la hora de intensificar una intervención en educación del riesgo cardiovascular.

### **Figura 6**

*Correlación RCV-estudios*

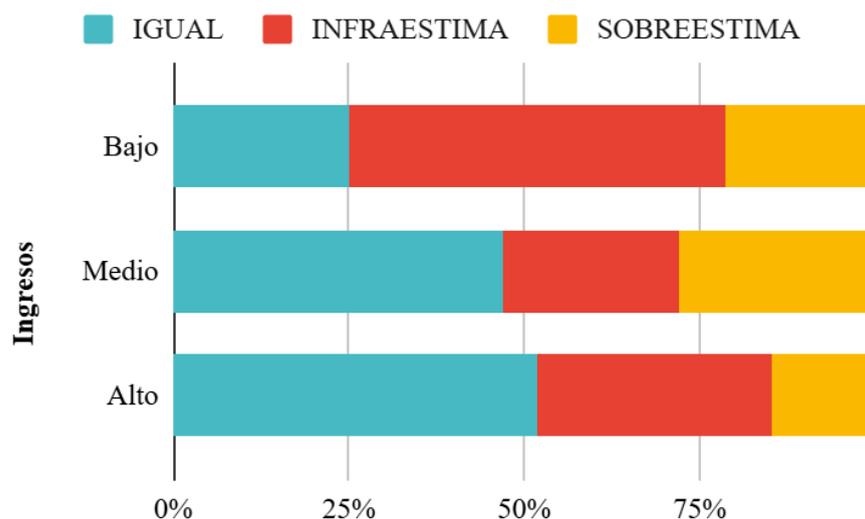


Fuente: Elaboración propia.

Otro factor que hemos considerado relevante analizar es el nivel de ingresos económicos (Figura 7). Al igual que en el nivel de estudios, observamos que las personas que declaran niveles de ingresos bajos tienden a infraestimar más su riesgo y, al mismo tiempo, a mayor nivel de ingresos declarados, más son las coincidencias del riesgo percibido con el real.

### Figura 7

*Correlación RCV-ingresos*



Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, tras este análisis, podemos pensar que las personas con menor nivel de ingresos se beneficiarían de una intervención más intensiva de educación para la salud cardiovascular.

### **Grado de conocimiento sobre los FRCV y hábitos de vida saludables**

Para ayudar a prevenir problemas cardiovasculares es esencial comprender qué es el riesgo cardiovascular, identificar los factores de riesgo cardiovasculares y entender la importancia de cada uno de ellos, así como, conocer los beneficios de llevar unos hábitos de vida saludables para conseguir una buena salud cardiovascular.

Por eso, uno de nuestros objetivos es evaluar el nivel de conocimiento de las personas sobre estos aspectos y, para ello, durante las entrevistas enfocamos una parte de las preguntas al conocimiento de los temas mencionados.

En primer lugar, vamos a analizar el conocimiento sobre los factores no modificables, comenzando con los factores genéticos; estos factores los hemos evaluado a través de la presencia o ausencia de antecedentes, tanto propios como familiares, y los hemos relacionado con la percepción del riesgo de los entrevistados.

Después, hemos querido comprobar si existía alguna correlación entre la nacionalidad y el riesgo cardiovascular, dado que el RCV varía entre grupos étnicos debido a factores genéticos; no obstante, como el 98,1% de los entrevistados son de nacionalidad española, no es posible demostrar esta correlación.

Las personas que han sufrido anteriormente una enfermedad cardiovascular deberían considerarse de riesgo alto, ya que el haber padecido cualquier tipo de ECV indica tener una enfermedad crónica, lo que implica que continúan teniendo un riesgo elevado, lo que es el motivo por el cual reciben un tratamiento para prevenir nuevos eventos cardiovasculares (Fundación Española del Corazón, 2016).

Por otro lado, el hecho de tener un familiar que haya padecido ECV puede implicar una predisposición genética, aunque no siempre se puede determinar si la ha heredado, por lo que es importante tenerla en cuenta.

En la siguiente tabla (Tabla 3), se muestra la percepción de riesgo entre distintos grupos de pacientes según su historial familiar y personal de enfermedades cardiovasculares.

**Tabla 3***Antecedentes propios o de familiares cercanos de ECV*

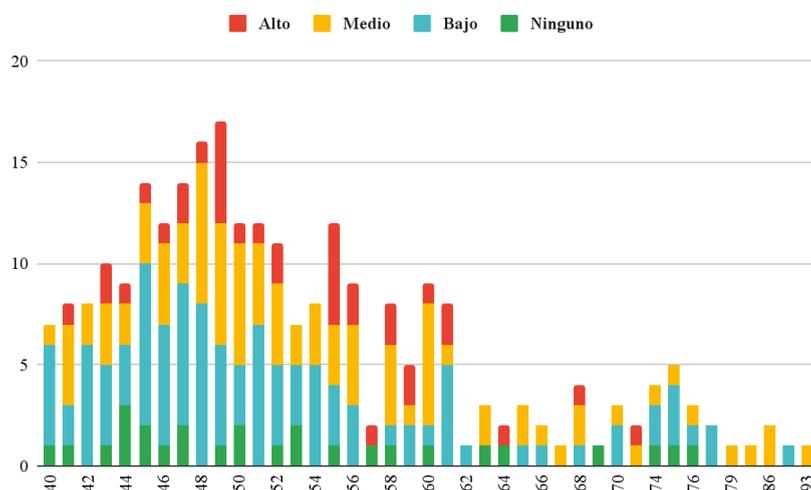
	<b>Solo atencientes familiares de ECV</b>	<b>Antecedentes familiares y propios de ECV</b>	<b>Sin antecedentes familiares pero si propios de ECV</b>	<b>Sin antecedentes familiares ni propios de ECV</b>
<b>Ningún riesgo</b>	12	0	1	14
<b>Riesgo bajo</b>	37	9	5	55
<b>Riesgo medio</b>	37	6	15	33
<b>Riesgo alto</b>	12	14	3	7

Fuente: Elaboración propia.

La tabla muestra una subestimación del RCV en la mayoría de los grupos, especialmente en aquellos con antecedentes familiares de ECV, donde la mitad considera que no tienen riesgo o que este es bajo. Respecto a las personas con antecedentes de enfermedad cardiovascular, solo el 32% se consideran de alto riesgo, a pesar de que deberían ser los que más conciencia tuvieran. Por lo tanto, estos resultados nos confirman una falta de conocimiento sobre la importancia de los factores genéticos frente a la salud cardiovascular.

Continuando con los factores de riesgo no modificables, conocemos que el sexo y la edad también afectan al RCV; a continuación, vamos a ver cómo se percibe el riesgo en función de la edad.

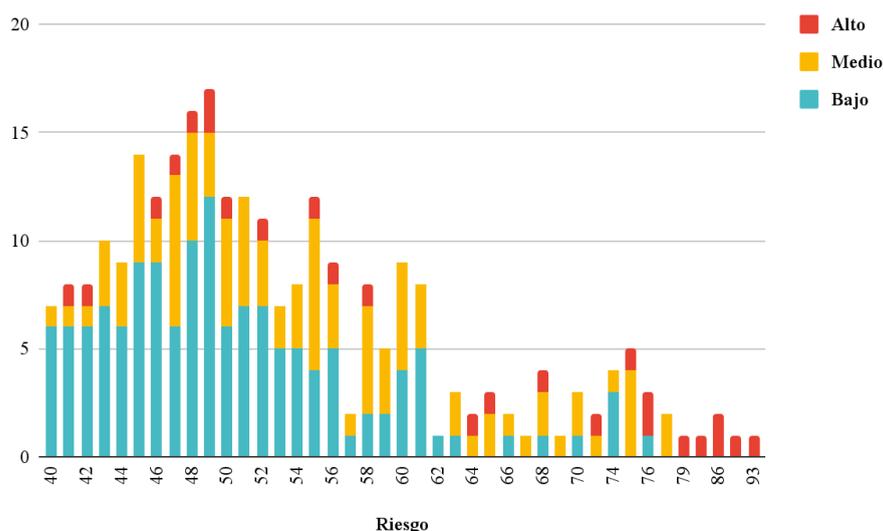
- Como sabemos que el riesgo aumenta con la edad, es de esperar que las personas de mayor edad perciban su riesgo más alto; sin embargo, observamos en la Figura 10 que esto no es así, lo que indica un bajo grado de conocimiento del mismo; esto podría ser debido a que las personas de mayor edad no recibieron tanta información sanitaria. Además, en la actualidad hay una mayor preocupación por la salud y los estilos de vida que se difunde por las redes sociales, que son una fuente de información muy usada en los más jóvenes.

**Figura 10***Edad y percepción de riesgo*

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente gráfica, Figura 11, relacionamos la edad con el riesgo real calculado y vemos cómo conforme aumenta la edad, disminuyen las personas de bajo riesgo, pudiendo decir que el punto de inflexión estaría en torno a los 60-65 años, edad a la que se observa un aumento de las personas con alto riesgo. También vemos, que a partir de los 79 años, sólo observamos casos de alto riesgo; con esto confirmamos, que con la edad, se aumenta el riesgo.

**Figura 11***Edad y riesgo real*



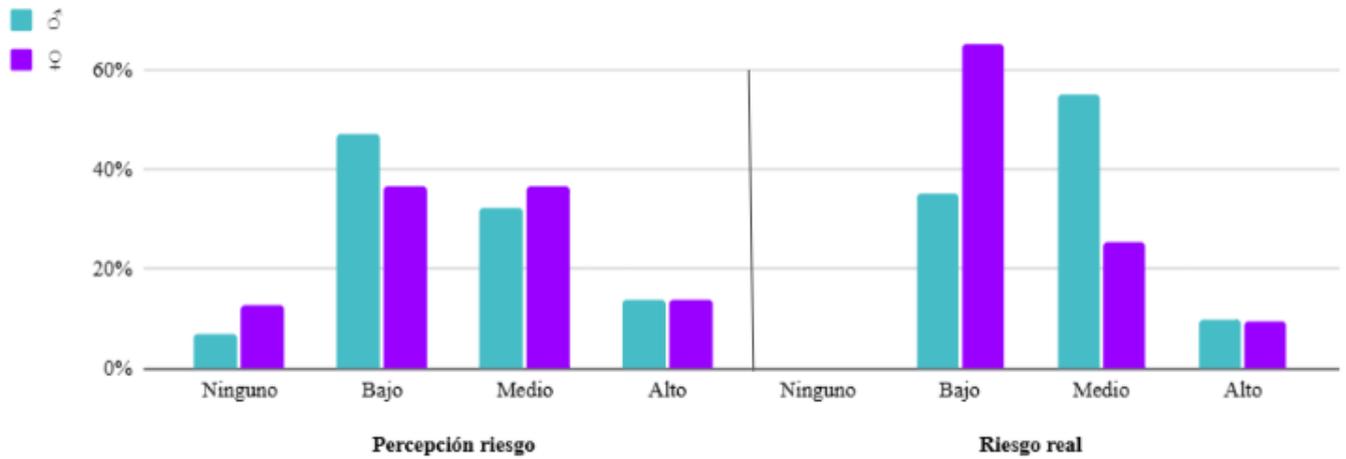
Fuente: Elaboración propia.

Tras comparar las Figuras 10 y 11, vemos que la mayoría de las personas no han tenido en cuenta su edad a la hora de identificar qué riesgo tienen, en especial, los mayores de 60, ya que, como podemos observar comparando ambas gráficas, hay una gran cantidad de personas a partir de esa edad que no consideran que su riesgo es alto, lo que muestra una notable falta de conocimiento por parte de las personas mayores acerca de su riesgo cardiovascular. Por ello, posteriormente analizaremos detalladamente su nivel de comprensión respecto a los diversos aspectos que abarca la salud cardiovascular.

En cuanto al sexo, la siguiente gráfica, Figura 12, muestra que más hombres se consideran de riesgo bajo, mientras que más mujeres se consideran de medio; no obstante, vemos cómo un mismo porcentaje de personas consideran tener riesgo alto. En relación al RCV real calculado, la mayoría de las mujeres están en la categoría de riesgo bajo, mientras que los hombres, tienen principalmente riesgo medio.

### Figura 12

*Riesgo en relación al sexo*

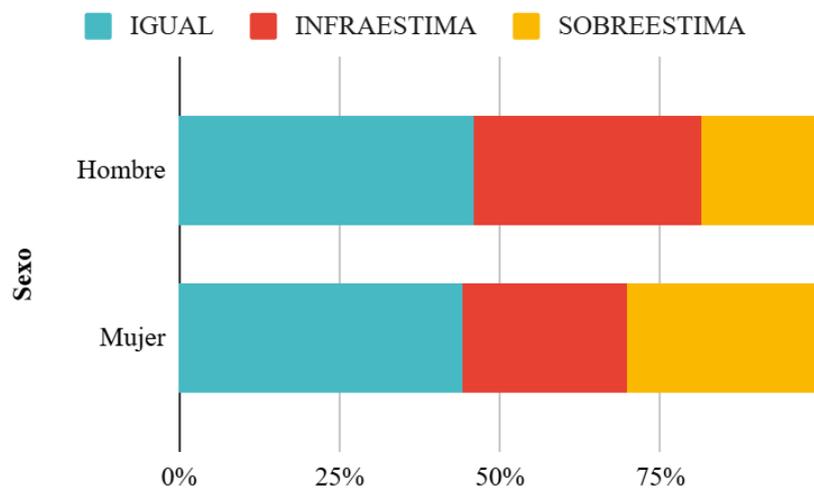


Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, vemos que más mujeres tienden a sobreestimar su RCV, ya que tienden a percibir tener un riesgo medio a pesar de este ser bajo. Por otro lado, los hombres lo infraestiman, ya que perciben tener un riesgo menor al real. Esta afirmación la corroboramos al correlacionar el riesgo percibido con el real según sexos, mostrado en la Figura 13. Por otro lado, prácticamente no hay diferencias entre sexos entre el porcentaje de personas que han percibido su riesgo igual que el real.

**Figura 13**

*Correlación RCV-sexo*



Fuente: Elaboración propia.

Además de los factores no modificables, hay otros modificables que hay que tener en cuenta, por ejemplo, la hipertensión, el colesterol y la diabetes. Es importante identificarlos para establecer medidas de intervención que reduzcan el riesgo. En la siguiente tabla, Tabla 4, se muestra cada grupo de personas por nivel de riesgo percibido y si padecían alguno de los factores mencionados.

**Tabla 4**

*Personas con hipertensión, colesterol o diabetes*

	<b>Tensión alta</b>	<b>Colesterol</b>	<b>Diabetes</b>
<b>Ningún riesgo</b>	2	6	2
<b>Riesgo bajo</b>	13	28	4
<b>Riesgo medio</b>	39	39	12
<b>Riesgo alto</b>	22	20	9

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla vemos cómo “en general” las personas que padecen alguna de estas tres patologías tienen un buen nivel de conocimiento a la hora de establecer su riesgo cardiovascular en función de esos tres factores.

Sin embargo, hay una gran diferencia entre quienes perciben su riesgo como medio y quienes lo consideran alto, especialmente entre los pacientes con colesterol elevado y diabetes. Esto demuestra que a pesar de que en general sí los consideran como factores importantes, no están del todo informados sobre el impacto de ellos en su salud.

Para analizar el resto de factores de riesgo modificables y los estilos de vida, se les pidió a las personas que los valoraran del 1 al 10 en función de la importancia que le daban a cada factor.

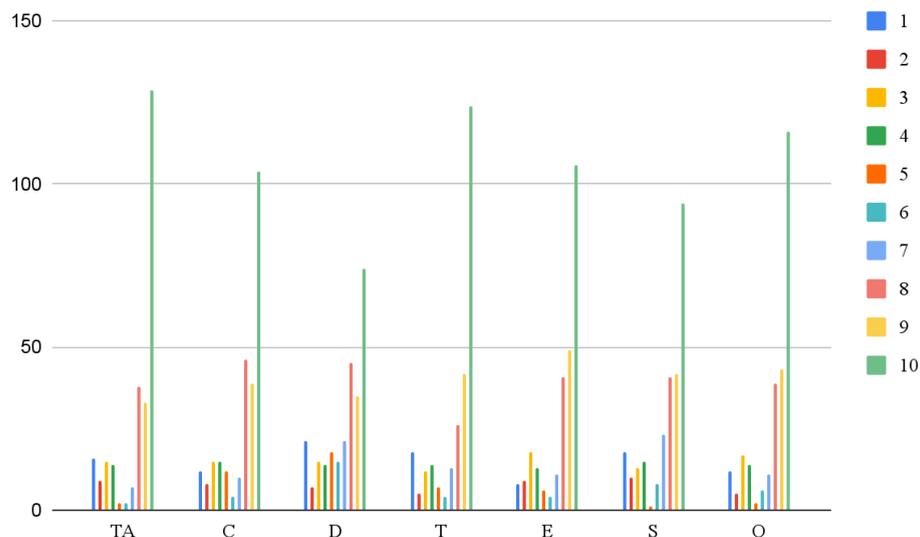
Como no los hemos relacionado con la percepción del RCV, utilizaremos el tamaño muestral original.

Dividimos las preguntas en dos apartados: el primer apartado se corresponde con los FRCV, y el segundo, con los estilos de vida que condicionan estos factores.

Tras estudiar los resultados, hemos realizado un análisis descriptivo de los mismos. En la siguiente gráfica, Figura 14, se muestran cada uno de los factores de riesgo y las puntuaciones asignadas por los entrevistados.

**Figura 14**

### Importancia dada a los FRCV



*Nota.* Con el término “TA” nos referimos a la tensión arterial; con “C”, colesterol; “D”, diabetes; “T”, tabaco; “E”, estrés; “S”, sedentarismo y “O”, obesidad. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la tensión arterial, es notable que la mayoría de las puntuaciones asignadas fueron de diez (48,68%), siendo además el factor que mayor puntuación de 10 ha recibido; además, las puntuaciones comprendidas entre 8-9 también son elevadas, por lo que, en general, las personas la consideran un FRCV importante.

En el caso del colesterol, aunque sigue una tendencia similar a la de la tensión arterial, un mayor porcentaje de personas (29,2%) lo subestiman.

Con la diabetes vemos una gran diferencia con respecto al resto de factores, observando un gran descenso en cuanto a las puntuaciones de 10 y un aumento en el resto, destacando las comprendidas entre 1 y 5, que son casi el 30% del total. La diabetes es el factor peor puntuado y, por lo tanto, el considerado menos importante por parte de las personas.

Respecto al tabaco, vuelve a la misma tendencia anterior a la diabetes, ya que aumenta la barra del diez y disminuyen el resto; sin embargo, también se ve un aumento en puntuaciones más bajas (1-7); es curioso, ya que es muy común que la mayoría de las personas sepan que “fumar mata”, dada la gran cantidad de campañas que se realizan contra los peligros del tabaquismo; esto podría ser porque muchas más personas relacionan el tabaco con el cáncer, lo que implicaría un desconocimiento de su efecto en la salud cardiovascular.

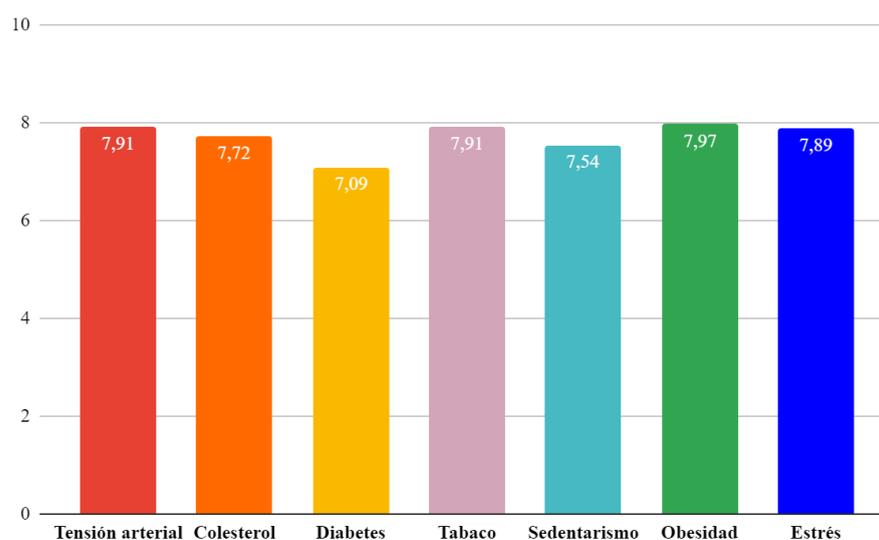
Por último, en relación al estrés, se observa cómo las personas encuestadas lo perciben como un FRCV muy importante, probablemente porque lo padecen, ya que el estrés es muy común por el ritmo de vida de la sociedad actual.

En el sedentarismo y la obesidad vuelve a haber una pequeña disminución en las puntuaciones respecto al resto, aunque a pesar de que están muy relacionados entre ellos, en el sedentarismo se aprecia menor puntuación.

A raíz de estos datos, hemos calculado la media de las respuestas para conocer cuál ha sido el factor al que mayor puntuación han otorgado, lo cual se puede observar en la siguiente gráfica (ver Figura 15).

**Figura 15**

*Orden de importancia de los FRCV*



Fuente: Elaboración propia.

Vemos cómo no hay grandes diferencias en la puntuación media asignada a cada factor; sin embargo, llama la atención que ninguna de las medias llega a ser 8 o mayor, lo que revela que muchas personas no les han dado el valor que realmente tienen.

Hemos ordenado los distintos factores en orden decreciente en importancia asignada por nuestros encuestados, obteniendo: obesidad, tensión arterial, tabaco, estrés, colesterol, sedentarismo y por último, la diabetes.

Según los datos obtenidos y mostrados en la Figura 16, obtenida de la publicación “Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)”, mencionada en el estado del arte, vemos cómo los factores de riesgo con mayor prevalencia en la salud cardiovascular en orden son: obesidad, tabaquismo, HTA, hipercolesterolemia y diabetes.

Por otro lado, sabemos que el tabaquismo es la principal causa de mortalidad en la ECV y la hipertensión, la segunda (Ministerio de Sanidad, 2022).

En base a esta información, cabría esperar, que el orden de los factores hubiera sido diferente, ya que algunos como el tabaquismo o la hipertensión deberían haber sido valorados con puntuaciones mayores.

### Figura 16

*Prevalencia autodeclarada de los factores de riesgo más prevalentes en la población con mayor asociación con las enfermedades cardiovasculares*



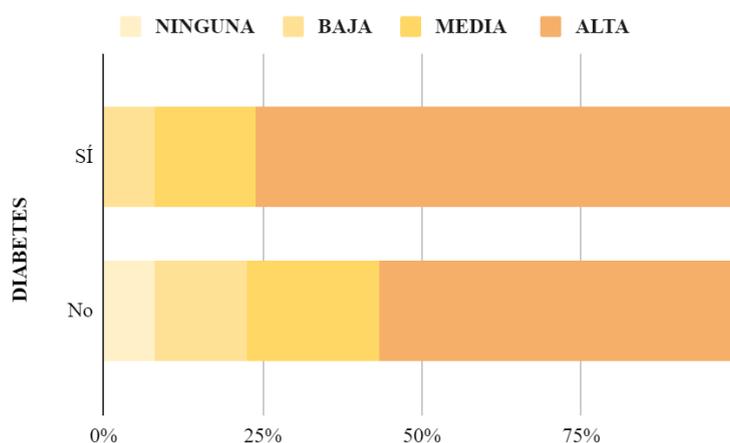
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (2020). INE.

Con respecto a la diabetes, es una condición que se considera de alto riesgo y que condiciona la aparición de un 14,7% de enfermedad cardiovascular a los 10 años en aquellas personas que la padecen desde el momento que se les diagnostica, además de una importante

causa de complicaciones. En base a esto, esperamos que en nuestra muestra se le dé una importancia alta tal y como vemos en la Figura 17; esto se da en aquellas personas ya diagnosticadas de diabetes, que en principio han debido recibir más información al respecto. Sin embargo, vemos que un porcentaje elevado no le da tanta importancia, siendo más marcado en el grupo de personas que no están diagnosticadas.

**Figura 17**

*Importancia de la diabetes comparada entre diabéticos y no diabéticos*

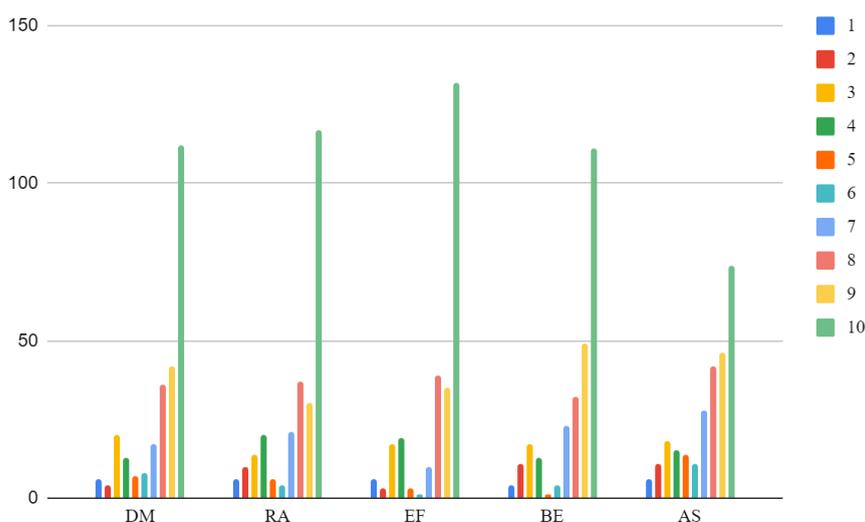


Fuente: Elaboración propia.

Después les pedimos a las personas que dieran una puntuación del 1 al 10 en relación a los hábitos y estilos de vida que influyen en mejorar el riesgo cardiovascular. En la siguiente gráfica (Figura 18) se muestran cada uno de los estilos favorables y las puntuaciones asignadas por los entrevistados.

**Figura 18**

*Importancia dada a los hábitos y estilos favorables del RCV*



*Nota.* Con el término “DM” nos referimos a la dieta mediterránea, con “RA”, restricción del alcohol, “EF”, ejercicio físico, “BE”, bienestar emocional y “AS”, actividad social. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la dieta mediterránea, vemos que las puntuaciones más altas (8-10) son las predominantes, ocupando el 71,7% del total, por lo que, en general, el seguimiento de esta dieta es considerado de relevancia entre los hábitos y estilos de vida saludables.

Al igual que en la dieta mediterránea, en la restricción del alcohol las puntuaciones altas son las más frecuentes; sin embargo, vemos un aumento en puntuaciones más bajas (1-5), ocupando un 21,13% del total, lo que indica que aunque, en general, las personas son conscientes de los beneficios de reducir el consumo del alcohol, hay un grupo considerable de personas que no lo consideran relevante.

Respecto al ejercicio físico, vemos cómo es el hábito de vida con mayores puntuaciones altas (77,74%); esto se debe a que es el hábito de vida saludable más reconocido por la sociedad, ya que el ejercicio físico reduce la tensión, el peso y el estrés.

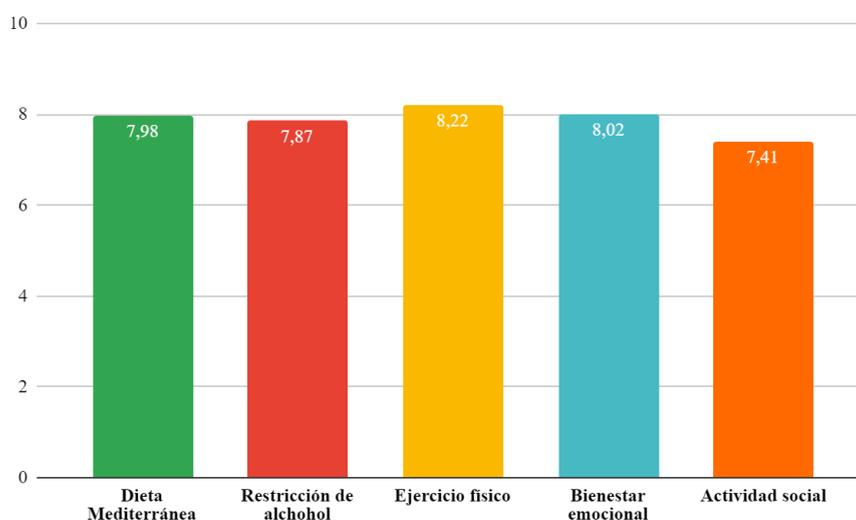
Por último, el bienestar emocional y la actividad social, a pesar de estar relacionados entre sí, vemos que hay una gran diferencia entre ellos; en el caso del bienestar emocional, predominan las puntuaciones altas, aunque con respecto a los anteriores, hay un aumento en las puntuaciones más bajas, concretamente en las puntuadas con seis, mientras que en la actividad social se presenta una gran diferencia con respecto al resto, en el que disminuyen las puntuaciones de 10 considerablemente y aumentan las puntuaciones más bajas.

La actividad social evita la soledad y el aislamiento, siendo un factor que se ha relacionado con un aumento de riesgo de enfermar y de morir, aunque es un efecto recientemente descrito, en parte debido a la pandemia de COVID-19 (Islas, 2024).

A raíz de estos datos, hemos calculado la media de las respuestas para conocer cuál ha sido el factor al que mayor puntuación han dado, lo cual se puede observar en la siguiente gráfica (ver Figura 19).

### Figura 19

*Orden de importancia de los hábitos y estilos favorables del RCV*



Fuente: Elaboración propia.

Siguen sin verse medias elevadas aunque, en este caso, la media sí llega a ser superior a ocho en algunos casos, especialmente en el ejercicio físico, que cuenta con una media de puntuaciones de 8,22, lo que indica que un gran número de personas lo valoraron con puntuaciones altas.

Hemos ordenado los distintos factores en orden decreciente de importancia asignada por nuestros encuestados, resultando: ejercicio físico, bienestar emocional, dieta mediterránea, restricción del alcohol y actividad social. La diferencia en las puntuaciones en la actividad social se debe a que muchas personas subestiman la salud mental con respecto a otro tipo de enfermedades.

Tras recopilar todos los análisis de este apartado, destacamos la importancia de una buena educación cardiovascular, ya que, en general, los encuestados no son conscientes del impacto de algunos factores de RCV ni de la importancia de algunos estilos de vida saludables.

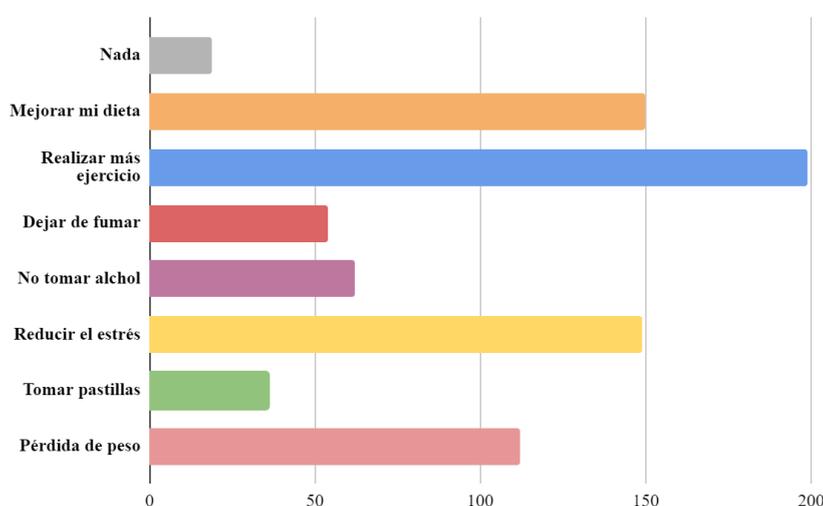
## Cambios en los hábitos de vida

Los hábitos de vida saludables no son importantes si no hay una intención de adoptarlos.

Directamente relacionado con nuestro tercer objetivo, tras calcularles el RCV, les preguntamos a las personas si creían que podían hacer algo para mejorar su salud cardiovascular (ver Figura 20). Entre las opciones estaban: no hacer nada, mejorar la dieta, realizar más ejercicio, perder peso, dejar de fumar, no tomar alcohol, reducir el estrés y tomar pastillas.

**Figura 20**

*Cambios en los hábitos de vida*



Fuente: Elaboración propia.

La opción más mencionada fue realizar más ejercicio, con 199 menciones, indicando que las personas ven el ejercicio como una acción clave para mejorar su salud cardiovascular. Mejorar la dieta fue mencionada 150 veces, mostrando una alta conciencia sobre la importancia de una alimentación equilibrada. Reducir el estrés fue elegido en 149 ocasiones, reflejando la necesidad de gestionar el estrés para evitar problemas de salud. La pérdida de peso tuvo 112 menciones, destacando su relevancia, ya que tiene una relación tanto con realizar ejercicio como con la dieta. Por otro lado, tomar pastillas y dejar de fumar fueron menos prioritarios, con 36 y 54 menciones, respectivamente, hecho que nos sorprende puesto que, el hábito de fumar es una de las principales causas de ECV. Por último, es relevante destacar que "nada" fue elegido 19 veces, lo que supone el 7,17% del total.

Vemos cómo la mayoría de las personas (92,83%) desean realizar cambios en sus hábitos y estilos de vida tras conocer su riesgo cardiovascular. Solo un pequeño grupo rechaza la idea de realizar cambios. De ellos, más de la mitad eran de bajo riesgo, por lo que esta situación podría justificarse; sin embargo, el 35% de ese grupo, es de riesgo medio. Mejorar los estilos de vida es imprescindible para mejorar la salud y por tanto no favorecer al aumento del RCV.

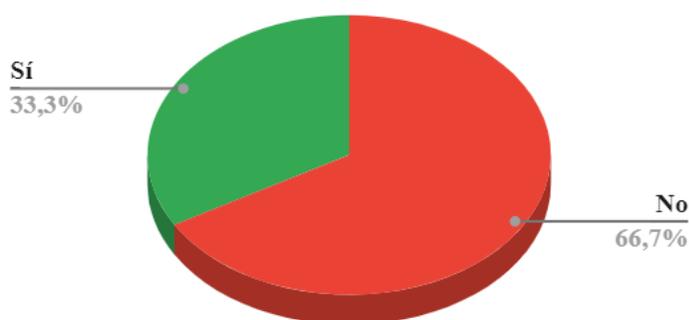
### **RCV: percepción y realidad en mayores de 60 años**

Una vez analizados los datos de la muestra, nos ha parecido interesante analizar los mismos en el grupo de personas mayores de 60 años, dado que hemos observado que en este grupo de edad hay mayor porcentaje de personas que estiman su RCV de forma errónea y que, en general, lo infraestiman.

Para ello, vamos a analizar los resultados de este grupo por separado. Comenzando por la primera pregunta de la entrevista, cuyos resultados se muestran en la siguiente gráfica, Figura 21.

**Figura 21**

*Personas mayores de 60 años informadas o no sobre su RCV en una revisión médica*



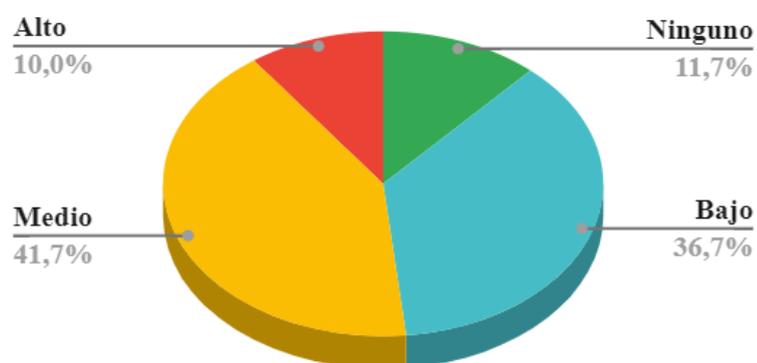
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 20, vemos cuántas personas de este grupo han recibido información sobre su riesgo en alguna visita médica. El porcentaje de personas mayores de 60 años que recibieron información médica es muy similar al de la muestra (Figura 1), por lo que no observamos diferencias.

Respecto a la percepción del RCV de las personas mayores de 60 años, también, en la Figura 22, vemos porcentajes muy similares al de la muestra (Figura 2).

**Figura 22**

*Percepción del RCV por parte de las personas mayores de 60 años encuestadas*

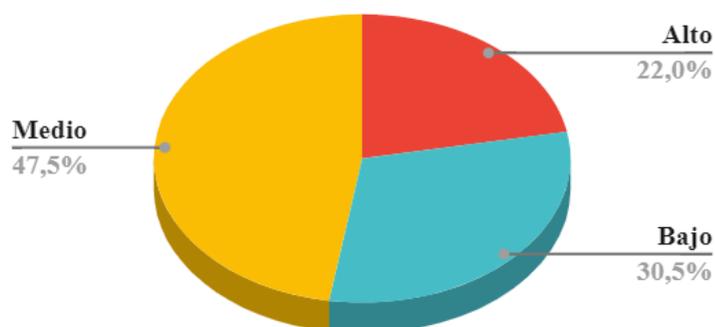


Fuente: Elaboración propia.

Esta similitud, como podemos ver en la Figura 23, ya no se aprecia en el RCV calculado.

**Figura 23**

*Riesgo cardiovascular real de las personas mayores de 60 años calculado con SCORE*

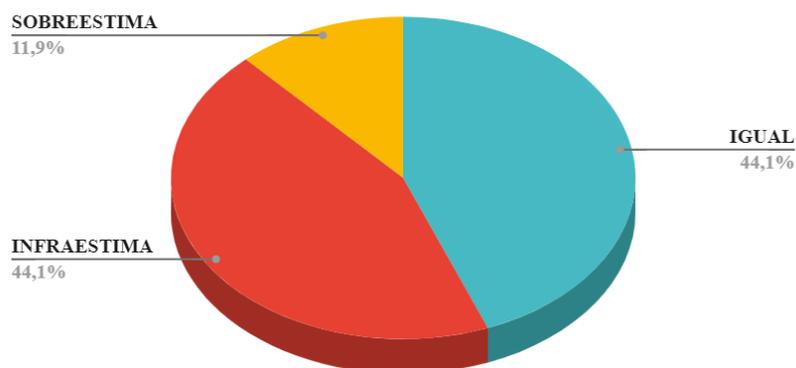


Fuente: Elaboración propia.

En esta gráfica ya vemos diferencias, pues el porcentaje de personas con riesgo bajo es menor, habiendo un mayor porcentaje de personas con riesgo medio y riesgo alto. Si relacionamos ambas gráficas, podemos ver en la Figura 24 cómo se corresponde el riesgo percibido con el real.

**Figura 24**

*Percepción y realidad del RCV en personas mayores de 60 años*



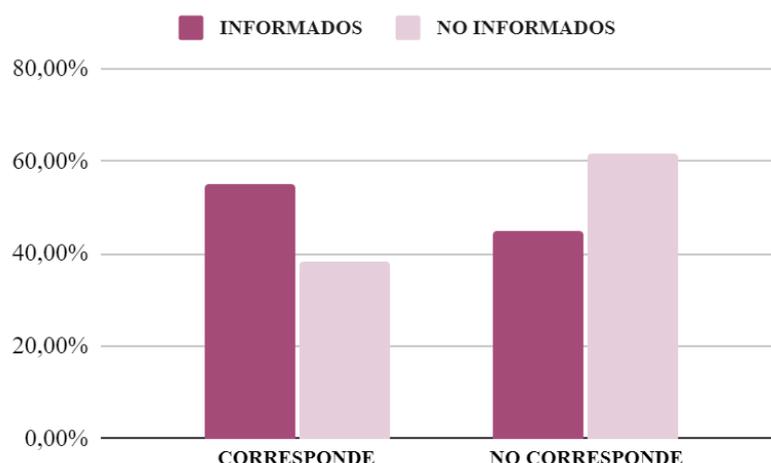
Fuente: Elaboración propia.

Como vemos, el 44,1% de las personas mayores tienen una percepción correcta sobre el RCV que realmente tienen, mientras que el resto tiene una percepción errónea; no obstante, llama la atención que entre estas personas es mucho más numeroso el grupo de las que lo infraestiman (44,1%) que el que lo sobreestiman (11,9%). Ya que infraestimar el riesgo puede hacer que las personas descuiden los hábitos saludables, es necesario comprobar si existe algún factor determinante entre ellos.

Una vez identificado el porcentaje de personas cuya percepción del RCV coincide con la realidad, y teniendo en cuenta la Figura 21, donde el 33,3% de los encuestados habían sido previamente informados sobre su RCV en una revisión médica, concluimos que este hecho podría condicionar los resultados; sin embargo, en la Figura 25, observamos que menos del 50% de las personas que habían sido informadas de su riesgo tienen una percepción errónea. Sin embargo, comparándolo con la muestra original, parece ser que el haber sido informados previamente en el médico del RCV que realmente tienen, a las personas mayores de 60 años les afecta positivamente. Por tanto, una mayor comunicación médico-paciente en materia de RCV podría contribuir a la mejora de la salud cardiovascular.

### **Figura 25**

*Correlación entre información médica y realidad en las personas mayores de 60 años*

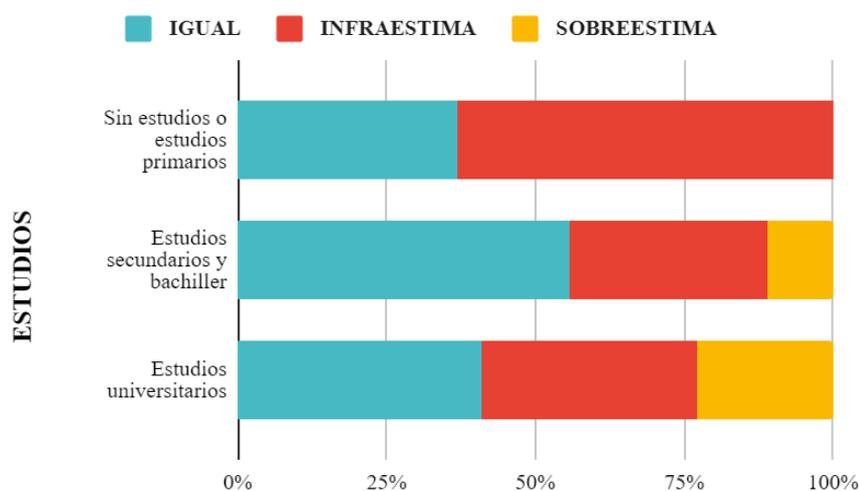


Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al nivel de estudios, en la muestra general vimos que podría haber una relación (Figura 6). En la Figura 26, hemos representado cómo es en este grupo de edad.

### Figura 26

*Correlación RCV-estudios en personas mayores de 60 años*



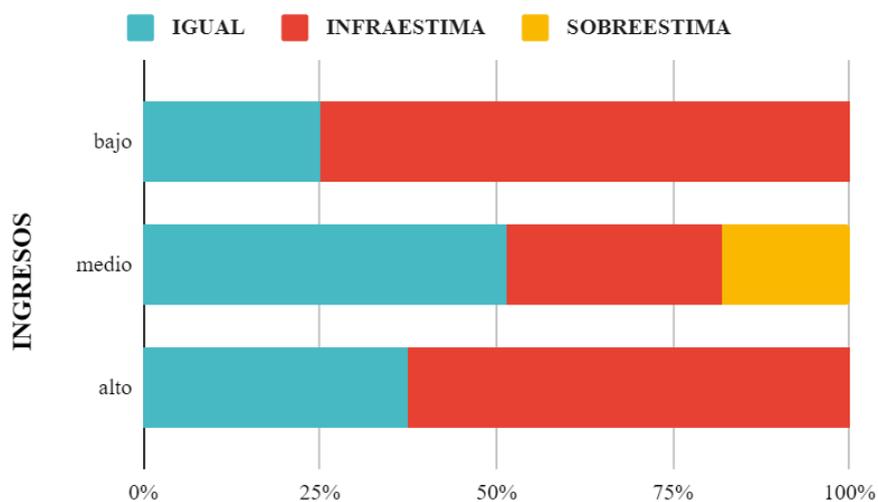
Fuente: Elaboración propia.

En este caso, no podemos concluir que a mayor nivel de estudios las personas estimen mejor su RCV, pero observamos que hay un mayor porcentaje de infraestimación del riesgo en personas con estudios más bajos.

Otro factor que hemos tenido en cuenta en la población de la muestra general es el nivel de ingresos económicos. En la Figura 27, representamos cómo se comporta entre las personas mayores de 60 años.

### Figura 27

### Correlación RCV-ingresos en personas mayores de 60 años



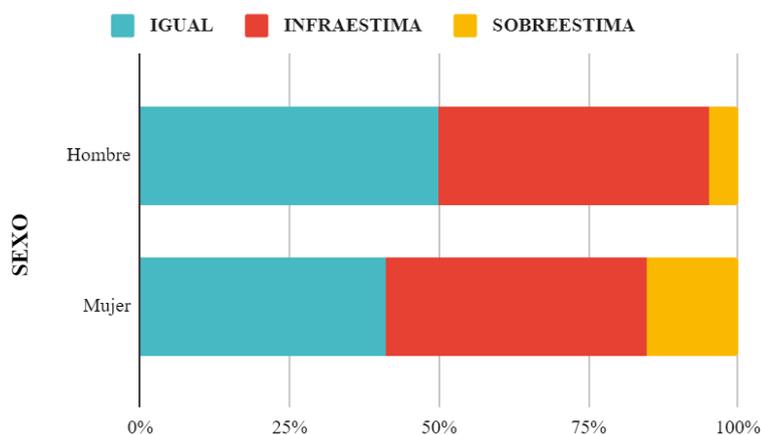
Fuente: Elaboración propia.

De nuevo vemos que las personas de ingresos bajos correlacionan peor su RCV, además de infraestimar en mayor porcentaje.

En cuanto al sexo, hemos representado la Figura 28 para analizar si se podía determinar alguna diferencia.

### Figura 28

#### Correlación RCV-sexo en personas mayores de 60 años



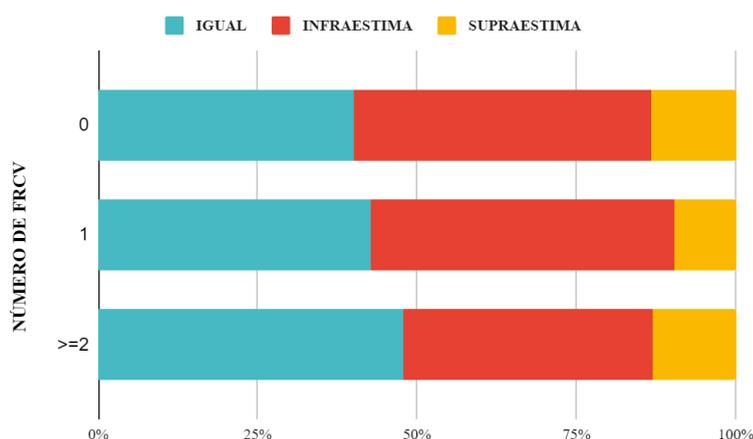
Fuente: Elaboración propia.

En este caso, sí vemos que entre las personas mayores de 60 años existen diferencias de percepción en función del sexo, pues las mujeres perciben peor su RCV.

Por último, ya que en personas mayores de 60 años hay más probabilidad de presentar algún FRCV, hemos querido comprobar (Figura 29) si esto influye de alguna manera en su percepción.

**Figura 29**

*Correlación RCV- FRCV en personas mayores de 60 años*

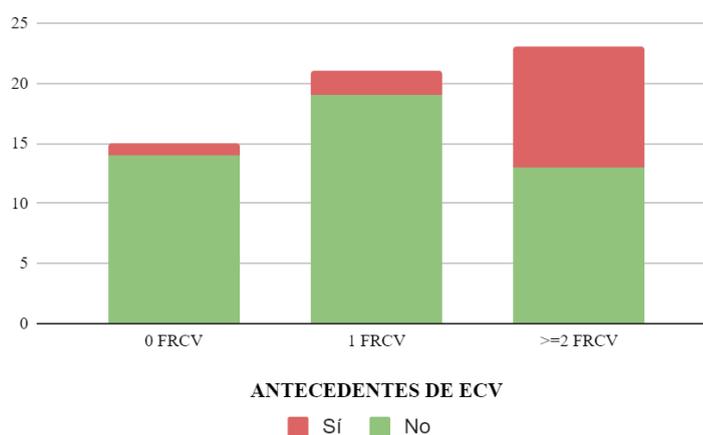


Fuente: Elaboración propia.

Vemos que las personas que padecen algún FRCV perciben mejor su riesgo; sin embargo, llama la atención que infraestiman menos las que padecen 2 o más FRCV. Esto lo atribuimos, como vemos en la Figura 30, a que en este grupo hay más personas con antecedentes de enfermedad.

**Figura 30**

*Correlación ECV-FRCV en personas mayores de 60 años*



Fuente: Elaboración propia.

Estas personas, además de tener más conciencia de la enfermedad, es probable que, por haber acudido en más ocasiones a una revisión médica, tengan más educación sanitaria

respecto a la salud cardiovascular. En esta gráfica también observamos que hay más personas con algún FRCV entre las personas mayores de 60 años.

Por lo tanto, a la vista de los resultados anteriormente descritos, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. En relación a la percepción del RCV y el riesgo cardiovascular real calculado, una gran proporción de personas subestima su riesgo cardiovascular; de hecho, un 55% percibe su riesgo de forma incorrecta y un 10,38% cree no tener riesgo alguno, pese a que, por la edad, todos los mayores de 40 años tienen al menos un riesgo bajo. En mayores de 60 años, la infraestimación del riesgo es más frecuente (probablemente por desconocimiento de que el riesgo aumenta con la edad, como muestran las tablas SCORE), a pesar de haber una gran prevalencia de personas con FRCV en este grupo de edad. Asimismo, el nivel de estudios y el nivel de ingresos están relacionados con una mejor percepción del riesgo cardiovascular, por lo que habría que tener en cuenta estas variables a la hora de intensificar una intervención en educación del riesgo cardiovascular.
2. Respecto a los FRCV y hábitos de vida saludable, concluimos que hay muchas personas que desconocen o minimizan la importancia que tienen. Esto lo observamos sobre todo en la edad, el tabaco, la HTA y la diabetes. En general, se muestra una necesidad de mejorar la educación sobre el RCV y los FRCV, especialmente en los no modificables, además de en los estilos de vida saludables, para prevenir problemas cardiovasculares futuros.
3. Por último, hemos comprobado que casi todas las personas tienen intención de hacer un cambio en su estilo de vida una vez que conocen su riesgo real, destacando, sobre todo, la intención de realizar más ejercicio físico y de mejorar la dieta.

Por tanto, la hipótesis planteada al principio de nuestra investigación queda totalmente verificada.

### **Bibliografía**

Diccionario Oceano Mosby. (1996). *Diccionario de Medicina Océano Mosby* (1a ed.).

Islas, K. (Enero 2024). *¿Existe un vínculo entre soledad y mortalidad?*. Vida y Salud.

<https://www.vidaysalud.com/existe-un-vinculo-entre-soledad-y-mortalidad/>

Mendoza, F., Nora, L., Serrano, B., Yaniset, I., Poutou, F., Lovaina, C., Cuevas, C., y Norkys, A. (2015). *Caracterización clínico-epidemiológica de hipertensión arterial en*

Venezuela. Red de Revistas Científicas de América Latina.

<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757244002.pdf>

Ministerio de Sanidad Español. (2022). *Estrategia de Salud Pública 2022*. Ministerio de Sanidad.

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/saludPublica/home.htm>

Pérez-Manchón, D., Álvarez-García, G.M., y González-López, E. (2015). *Percepción de riesgo cardiovascular en una población ambulatoria de la Comunidad de Madrid*. Elsevier.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183714000890>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Enfermedades Cardiovasculares*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular*. Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/es/documentos/directrices-evaluacion-manejo-riesgo-cardiovascular>.

Royo-Bordána, M.A. (2017). *Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica*. Scielo.

<https://www.scielosp.org/article/gs/2017.v31n3/255-268/>

Vega, J., Guimará, M., y Vega, L. (marzo 2011). *Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares*. Scielo.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000100010&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000100010&script=sci_arttext&tlng=en)