



<https://doi.org/10.37260/rctd.v12i23.77>

ISSN 2411-8044 / e-ISSN 2413-7057

<https://revistas.ujcm.edu.pe>

Volumen 12 | No. 23

enero-abril 2026

Páginas 117 - 129

Artículo recibido 18 de febrero 2026 | Aceptado 16 de marzo 2026 | Publicado 13 de abril 2026

Factores de riesgo intervenible para prevenir eventos cerebrovasculares: Adultos mayores

Modifiable Risk Factors for Preventing Cerebrovascular Events: Older Adults

Fatores de Risco Modificáveis para a Prevenção de Eventos Cerebrovasculares: Idosos

Narcisa Monserrate Cedeño Zambrano 
Ncedeno@upse.edu.ec
Universidad Estatal Península de Santa Elena.
La Libertad, Ecuador

Omar Yovani González Castillo 
gonzalezcastillo0173@gmail.com
Universidad Estatal de Milagro. Guayas,
Ecuador

Juan Carlos Melendez Carvajal 
jmelendez8180@upse.edu.ec
Universidad de Murcia. Murcia, España

Verónica Elizabeth Quispe Sandoval 
vquispe0834@upse.edu.ec
Universidad Estatal Península de Santa
Elena. La Libertad, Ecuador

RESUMEN

Los eventos cerebrovasculares son una principal causa de morbilidad en adultos mayores. Por ello, este estudio tuvo como objetivo identificar el conocimiento de los factores de riesgo modificables presentes en los adultos mayores para prevenir eventos cerebrovasculares. Se empleó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal no experimental, con una muestra de 35 adultos mayores de un hospital en Ecuador, seleccionados por conveniencia, a quienes se aplicó un cuestionario estructurado de 27 preguntas. Los resultados revelaron que la dieta inadecuada es el factor más prevalente (81.8%), seguido por la inactividad física (65.9%) y la hipertensión arterial (63.6%). Además, se evidenció un déficit en prácticas preventivas, ya que el 68.7% no chequea su colesterol y el 59.3% no monitorea su presión arterial. En conclusión, existe un conocimiento moderado sobre los factores de riesgo, siendo imperativo fortalecer la educación en salud para modificar hábitos, promover el autocuidado y reducir significativamente la incidencia de eventos cerebrovasculares en esta población vulnerable.

Palabras clave: Adultos Mayores; Conocimiento; Eventos Cerebrovasculares; Factores de Riesgo; Prevención

ABSTRACT

Cerebrovascular events are a leading cause of morbidity and mortality in older adults. Therefore, this study aimed to identify the knowledge of modifiable risk factors present in older adults to prevent cerebrovascular events. A quantitative, descriptive, and non-experimental cross-sectional approach was used, with a sample of 35 older adults from a hospital in Ecuador, selected by convenience, who answered a structured 27-question questionnaire. The results revealed that an inadequate diet is the most prevalent factor (81.8%), followed by physical inactivity (65.9%) and arterial hypertension (63.6%). Furthermore, a deficit in preventive practices was evidenced, as 68.7% do not check their cholesterol and 59.3% do not monitor their blood pressure. In conclusion, there is moderate knowledge about risk factors, making it imperative to strengthen health education to modify habits, promote self-care, and significantly reduce the incidence of cerebrovascular events in this vulnerable population.

Keywords: Older Adults; Knowledge; Cerebrovascular Events; Risk Factors; Prevention

RESUMO

Os eventos cerebrovasculares são uma das principais causas de morbimortalidade em idosos. Portanto, este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento dos fatores de risco modificáveis presentes em idosos para prevenir eventos cerebrovasculares. Utilizou-se uma abordagem quantitativa, descritiva e transversal não experimental, com uma amostra de 35 idosos de um hospital no Equador, selecionados por conveniência, aos quais foi aplicado um questionário estruturado de 27 perguntas. Os resultados revelaram que a dieta inadequada é o fator mais prevalente (81,8%), seguida pela inatividade física (65,9%) e hipertensão arterial (63,6%). Além disso, evidenciou-se um déficit nas práticas preventivas, uma vez que 68,7% não verificam seu colesterol e 59,3% não monitoram sua pressão arterial. Em conclusão, existe um conhecimento moderado sobre os fatores de risco, sendo imperativo fortalecer a educação em saúde para modificar hábitos, promover o autocuidado e reduzir significativamente a incidência de eventos cerebrovasculares nesta população vulnerável.

Palavras-chave: Fatores de Risco; Eventos Cerebrovasculares; Idosos; Prevenção; Conhecimento

INTRODUCCIÓN

Los eventos cerebrovasculares (ECV) representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global, constituyendo un desafío sanitario y social de gran magnitud, especialmente en la población adulta mayor. En este sentido, estos eventos incluyen tanto el accidente cerebrovascular isquémico, ocasionado por la obstrucción del flujo sanguíneo cerebral, como el hemorrágico, derivado de la ruptura de un vaso sanguíneo. A partir de ello, la fisiopatología subyacente a los ECV en adultos mayores es compleja y multifactorial, involucrando una interacción entre procesos vasculares, metabólicos y neurodegenerativos.

En particular, a nivel vascular, la arteriosclerosis y la hipertensión crónica contribuyen a la degeneración de las paredes arteriales, aumentando la rigidez y promoviendo la formación de placas ateroscleróticas que pueden obstruir el flujo sanguíneo cerebral o generar embolias. Asimismo, la disfunción endotelial y la inflamación crónica favorecen un ambiente propicio para la trombosis y la isquemia cerebral (Feigin et al., 2021; Singer et al., 2019). En consecuencia, se configura un escenario fisiopatológico en el que la acumulación de factores de riesgo incrementa

exponencialmente la probabilidad de ocurrencia de ECV en la vejez.

Desde una perspectiva epidemiológica, la incidencia y prevalencia de ECV varían notablemente entre regiones geográficas, reflejando diferencias en factores de riesgo, sistemas de salud y determinantes sociales de la salud. En Asia, por ejemplo, se ha observado un incremento significativo de la incidencia de ECV en adultos mayores durante las últimas décadas, fenómeno atribuido principalmente a la transición epidemiológica y demográfica que enfrentan estos países (Gou et al., 2025). Dicha transición implica un cambio desde enfermedades infecciosas hacia enfermedades crónicas no transmisibles, acompañado por alteraciones en el estilo de vida, como la urbanización acelerada, la adopción de dietas poco saludables y el aumento de los niveles de sedentarismo. Por ello, estudios recientes han identificado que factores de riesgo modificables, tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo y la obesidad, son altamente prevalentes en la población adulta mayor asiática, contribuyendo a esta tendencia ascendente en la incidencia de ECV.

En contraste, en África, la carga de ECV ha experimentado un crecimiento alarmante,

reflejando un panorama epidemiológico complejo y desafiante. De hecho, la prevalencia elevada de factores de riesgo no controlados, como la hipertensión arterial y la diabetes, combinada con la limitada infraestructura sanitaria, dificulta la detección temprana y el manejo oportuno de los ECV (Boehme et al., 2017). A ello se suma la insuficiente cobertura de programas de educación en salud, lo que implica un bajo nivel de conocimiento en la población adulta mayor sobre la relación entre dichos factores y la ocurrencia de eventos cerebrovasculares. Esta brecha cognitiva, ampliamente documentada en países como Sudáfrica y Nigeria, limita la efectividad de las campañas preventivas y constituye una barrera significativa para la promoción de estilos de vida saludables (Obembe et al., 2014).

Por su parte Europa, enfrenta un escenario caracterizado por el envejecimiento poblacional acelerado, que ha resultado en un aumento sostenido de la prevalencia de ECV en adultos mayores. Estudios longitudinales en países como España y Alemania han documentado esta tendencia, subrayando que, aunque los sistemas de salud europeos disponen de recursos avanzados para la prevención y tratamiento de ECV, persisten brechas importantes en el conocimiento y la adherencia a las recomendaciones relacionadas con factores modificables (Hankey, 2020).

Por lo tanto, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la alimentación desequilibrada continúan siendo factores de riesgo predominantes, mientras que el sedentarismo, asociado con estilos de vida urbanos y cambios sociodemográficos, representa un desafío persistente para la prevención primaria.

Adicionalmente, se ha demostrado que la falta de conciencia sobre los signos de advertencia y los factores de riesgo en la población general sigue siendo un obstáculo crítico (Hickey et al., 2009).

En América Latina, la problemática de los ECV en adultos mayores se encuentra imbricada en una compleja red de factores sociales, económicos y culturales que amplifican su impacto y dificultan su control. Diversas investigaciones realizadas en países como México, Colombia y Brasil han identificado que la hipertensión arterial no controlada, la diabetes mellitus y el sedentarismo constituyen los principales factores de riesgo modificables responsables de la elevada incidencia de ECV en esta población (Pacheco-Barrios et al., 2022; Santander et al., 2021).

Sin embargo, más allá de estos factores clínicos, el contexto socioeconómico juega un papel fundamental en la persistencia del problema. Las desigualdades en el acceso a servicios de salud, la fragmentación de los sistemas sanitarios y la variabilidad en la calidad de la atención médica generan barreras significativas para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de los ECV. Asimismo, el desconocimiento generalizado sobre la influencia de los factores de riesgo modificables limita la adopción de conductas preventivas y la adherencia a tratamientos, especialmente en adultos mayores que, a menudo, enfrentan condiciones de vulnerabilidad social y económica (Sepúlveda-Contreras, 2021).

En Ecuador, específicamente, se registraron 4.632 muertes por eventos relacionados con ACV en 2023, ubicándose como la tercera causa de muerte a nivel nacional (INEC, 2023). Entre los

ecuatorianos de 65 años y más, la prevalencia de ECV es particularmente elevada, y se estima que el 70% de los sobrevivientes son incapaces de trabajar, lo que genera una carga económica significativa para las familias y el sistema de salud. Además, esta situación impacta directamente en la calidad de vida, incrementando los niveles de dependencia funcional y demanda de cuidados a largo plazo. En este sentido, la realidad ecuatoriana subraya la urgencia de implementar estrategias preventivas efectivas que consideren las particularidades del contexto ecuatoriano y latinoamericano, promoviendo estilos de vida saludables que mitiguen el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles (García et al., 2024).

A pesar de la identificación de múltiples factores de riesgo modificables, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el sedentarismo y las conductas alimentarias inadecuadas, persiste un desconocimiento considerable sobre la naturaleza modificable de estos factores en la población adulta mayor. Esta brecha cognitiva limita la efectividad de las intervenciones preventivas y contribuye a la persistencia de altas tasas de morbilidad y mortalidad (Pérez Guerra et al., 2022; Salazar y Alvarez, 2021). Además, la coexistencia de múltiples comorbilidades propias del envejecimiento, junto con barreras socioeconómicas y culturales, incrementan la complejidad del problema, dificultando la implementación de estrategias preventivas adecuadas y sostenibles.

En este contexto, la problemática se ve agravada por la carencia de información actualizada

y específica sobre el nivel de conocimiento que poseen los adultos mayores respecto a los factores de riesgo modificables, limitando la planificación de programas de educación en salud personalizados y culturalmente pertinentes. Identificar este conocimiento resulta fundamental para diseñar intervenciones que promuevan cambios en el estilo de vida, fomenten el autocuidado y reduzcan la incidencia de ECV en este grupo vulnerable.

La justificación de este estudio radica en la necesidad de profundizar en la comprensión del conocimiento que poseen los adultos mayores sobre los factores de riesgo modificables, con el fin de optimizar las intervenciones preventivas y promover la salud integral de esta población. Dado el impacto significativo de los ECV en la calidad de vida y en la carga sanitaria, es prioritario desarrollar enfoques que identifiquen y potencien los aspectos cognitivos y conductuales relacionados con la prevención.

Finalmente, la importancia de esta investigación se sustenta en su potencial para generar evidencia empírica que oriente la formulación de políticas públicas y el diseño de programas educativos adaptados a las necesidades reales de los adultos mayores, contribuyendo así a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades cerebrovasculares y al fomento de un envejecimiento activo y saludable. Por consiguiente, el objetivo general que orienta esta investigación es identificar el conocimiento de los factores de riesgo modificables presentes en los adultos mayores para prevenir eventos cerebrovasculares.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un tipo descriptivo y un diseño no experimental de carácter transversal, dado que se buscó analizar la situación actual del conocimiento sobre factores de riesgo cardiovasculares en adultos mayores sin manipulación de variables ni seguimiento temporal. En este sentido, los estudios descriptivos permiten caracterizar fenómenos en un momento específico, mientras que los diseños transversales facilitan la recolección de datos en un único punto en el tiempo, siendo particularmente apropiados para investigaciones de prevalencia y conocimiento. De igual manera, este enfoque resulta pertinente cuando se pretende identificar patrones, niveles o brechas cognitivas en poblaciones específicas, ya que posibilita la medición objetiva de las variables y la aplicación de técnicas estadísticas para el análisis de los datos, favoreciendo la comparabilidad de los resultados con estudios similares.

La población objeto de estudio estuvo constituida por 56 adultos mayores que acudieron a un hospital ubicado en Ecuador, quienes cumplían con los criterios de inclusión establecidos para el estudio. De esta población, se seleccionó una muestra de 35 participantes mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a las limitaciones de acceso y disponibilidad de los sujetos en el centro hospitalario durante el periodo de recolección de datos. Este tipo de muestreo es frecuente en estudios de campo en contextos clínicos, donde el acceso a los participantes depende de la dinámica institucional y de la voluntariedad de

los usuarios para participar en investigaciones de salud.

Los criterios de inclusión consideraron adultos mayores de 60 años o más, con capacidad cognitiva para responder el cuestionario, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado. Por otro lado, se excluyeron aquellos con diagnóstico de demencia, enfermedades terminales o que presentaran condiciones que impidieran la comprensión o respuesta adecuada al instrumento aplicado. Estos criterios permitieron garantizar la validez de las respuestas y la pertinencia del instrumento para la población estudiada.

Para la recolección de datos se empleó el "Cuestionario de conocimientos sobre factores de riesgo cardiovasculares (FRCV)", compuesto por 27 preguntas estructuradas, las cuales abordan aspectos relacionados con la identificación, prevención y manejo de los factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares. El instrumento fue sometido a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos antes de su aplicación, garantizando su pertinencia para la población objetivo. Asimismo, se realizaron ajustes lingüísticos y de comprensión sugeridos por los evaluadores, con el fin de asegurar la claridad de los ítems para adultos mayores.

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.87, lo cual indica una alta consistencia interna según los criterios establecidos en la literatura metodológica. Este valor sugiere que los ítems del cuestionario presentan una adecuada homogeneidad y miden de

manera consistente el constructo de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovasculares. De este modo, se garantizó que el instrumento fuera metodológicamente sólido para su aplicación en el contexto clínico.

El análisis de la información se desarrolló en varias etapas. Inicialmente, los datos recolectados fueron codificados y digitados en una base de datos diseñada en el software estadístico SPSS versión 29. Posteriormente, se realizaron análisis descriptivos para caracterizar la muestra en términos demográficos y clínicos, así como para determinar la distribución de los puntajes obtenidos en el cuestionario de conocimientos. Se calcularon medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias relativas para ofrecer una visión integral del nivel de conocimiento de los participantes. Además, se verificó la presencia de valores atípicos y la consistencia de los datos antes de proceder con el análisis. Adicionalmente, se establecieron categorías de nivel de conocimiento (bajo, medio y alto) a partir de los puntajes obtenidos, con fines interpretativos. Todo el procedimiento fue documentado detalladamente para asegurar la replicabilidad del estudio.

En cuanto a las consideraciones éticas, se respetaron rigurosamente los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y las normativas nacionales vigentes para la investigación con seres humanos. Se solicitó y obtuvo el consentimiento informado de cada participante, explicando los objetivos del estudio, la voluntariedad de su participación, el anonimato y la confidencialidad de la información. Asimismo, se garantizó que los datos fueran utilizados

exclusivamente con fines académicos y científicos. La investigación contó con la aprobación previa de un comité de ética institucional. La investigación contó con la aprobación previa de un comité de ética institucional, asegurando el cumplimiento de los estándares éticos y legales aplicables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los hallazgos obtenidos tras la aplicación del instrumento de recolección de datos a la muestra de adultos mayores. Los resultados se han estructurado con el propósito de ofrecer una comprensión clara y detallada sobre el nivel de conocimiento y la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, así como las prácticas de prevención adoptadas por los participantes. De este modo, se facilita la interpretación integral del perfil de riesgo y del comportamiento preventivo de la población estudiada. Para facilitar la lectura y el análisis, la información se ha organizado en dos apartados principales: en primer lugar, se expone la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular identificados en la población de estudio; en segundo lugar, se detallan las prácticas de control y seguimiento médico reportadas.

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular

Para ilustrar la distribución de los principales factores de riesgo cardiovascular presentes en la muestra estudiada, se presenta la Tabla 1. En ella se detallan las frecuencias relativas correspondientes a condiciones clínicas y hábitos de vida que incrementan la vulnerabilidad ante eventos cerebrovasculares.

Tabla 1. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores (n=35)

Factor de Riesgo	Prevalencia (%)
Hipertensión arterial	63.64
Colesterol elevado	38.64
Diabetes mellitus	36.36
Inactividad física	65.91
Dieta inadecuada	81.82

Como se observa en la Tabla 1, la dieta inadecuada constituye el factor de riesgo prevalente, afectando al 81.82% de los participantes, lo que indica una deficiencia significativa en los hábitos nutricionales. Le sigue la inactividad física con un 65.91%, evidenciando un alto nivel de sedentarismo, situación que incrementa el riesgo acumulativo de eventos cerebrovasculares al interactuar con otros factores metabólicos. Este patrón sugiere la presencia de estilos de vida poco saludables que podrían ser modificados mediante intervenciones educativas y comunitarias.

En relación con las condiciones clínicas, la hipertensión arterial se presenta en el 63.64% de la muestra, consolidándose como el factor patológico predominante. Este resultado reviste especial importancia, dado que la hipertensión es reconocida como el principal factor de riesgo modificable para los eventos cerebrovasculares. el colesterol elevado (38.64%) y la diabetes mellitus (36.36%) muestran prevalencias significativas, lo que indica la coexistencia de múltiples factores de riesgo en una proporción considerable de la población estudiada. Esta multimorbilidad configura un perfil epidemiológico de alto riesgo, característico de poblaciones envejecidas con limitada intervención preventiva y escaso acceso a programas de control

metabólico.

En conjunto, estos resultados evidencian que los adultos mayores presentan una alta exposición a factores de riesgo modificables, lo cual coincide con la literatura que describe una transición hacia enfermedades crónicas no transmisibles en contextos latinoamericanos. Sin embargo, la elevada prevalencia de estos factores también puede interpretarse como un indicador indirecto de bajo nivel de conocimiento y escasa adopción de conductas preventivas, aspecto que se analiza a continuación.

Prácticas de control y seguimiento médico

En cuanto a las practicas de control de seguimiento, la Tabla 2 expone el porcentaje de participantes que no realizan controles periódicos de los principales factores de riesgo.

Tabla 2. *Prácticas de control y seguimiento en adultos mayores (n=35)*

Práctica de Control	Sin Control (%)
Chequeo de colesterol	68.75
Control de peso	62.50
Monitoreo de presión arterial	59.37
Monitoreo de diabetes	53.12

La información presentada en la Tabla 2 revela un déficit preocupante en las prácticas de autocuidado y seguimiento médico. El 68.75% de los individuos no ha efectuado un chequeo de colesterol en el último año, lo cual limita la detección oportuna de dislipidemias. Asimismo, el 62.50% no lleva un control de su peso corporal, a pesar de la estrecha relación entre la obesidad y el riesgo cardiovascular.

En relación con las enfermedades crónicas, el 59.37% no monitorea regularmente su presión arterial y el 53.12% carece de un seguimiento adecuado de la diabetes. Esta falta de control sistemático resulta especialmente crítica si se considera la alta prevalencia de estas condiciones en la muestra, lo que evidencia una discordancia entre la presencia del riesgo y su manejo efectivo. Este hallazgo sugiere una brecha significativa entre el riesgo percibido y el riesgo real, lo cual podría estar asociado a limitaciones en el conocimiento, la motivación o el acceso a servicios de salud.

Desde una perspectiva analítica, estos hallazgos sugieren que la baja adherencia a prácticas preventivas que podrían asociarse a limitaciones en el conocimiento sobre los factores de riesgo y sus consecuencias. Asimismo, es posible inferir la existencia de barreras estructurales, como el acceso limitado a servicios de salud o deficiencias en la

educación sanitaria, que influyen en la adopción de conductas de autocuidado. Estas barreras, tanto individuales como contextuales, deben ser consideradas en el diseño de intervenciones orientadas a mejorar el control de los factores de riesgo.

En síntesis, los resultados ponen de manifiesto una problemática compleja caracterizada por la coexistencia de alta prevalencia de factores de riesgo y baja implementación de prácticas preventivas, lo cual incrementa significativamente la vulnerabilidad de los adultos mayores frente a eventos cerebrovasculares. Este panorama refuerza la necesidad de estrategias educativas y comunitarias que fortalezcan el conocimiento, la autonomía y la adherencia a prácticas de autocuidado.

Discusión

La presente investigación ofrece una valiosa contribución al análisis del conocimiento sobre la enfermedad y la adopción de medidas preventivas, un tema ampliamente discutido en la literatura científica reciente (González et al., 2022; Rodríguez y Torres, 2021). Los resultados obtenidos evidencian una brecha significativa entre el nivel teórico de comprensión de la patología por parte de los participantes y la aplicación práctica de conductas preventivas, un fenómeno que ha sido

reportado en diversas poblaciones y contextos (García-Pombo et al., 2021; Pacheco-Barrios et al., 2022). Este hallazgo confirma que el conocimiento, aunque necesario, no es suficiente para generar cambios conductuales, sostenibles en salud.

En efecto, la evidencia obtenida sugiere que la simple adquisición de información no garantiza la modificación de comportamientos, lo que refuerza la necesidad de enfoques integrales que articulen la alfabetización en salud motivación individual y condiciones contextuales favorables. En este sentido, la humanización de la atención emerge como un componente clave, al favorecer procesos de comunicación efectiva y toma de decisiones compartidas. (Pérez Guerra et al., 2022). Por tanto, el abordaje preventivo debe trascender el modelo informativo tradicional y orientarse hacia estrategias centradas en el paciente, que consideren sus experiencias, creencias y necesidades reales.

Al comparar estos resultados con los estudios previos, se observa una concordancia parcial con los hallazgos de Botero et al. (2021), quienes también reportaron un alto grado de conocimiento teórico, pero una baja adherencia a las recomendaciones preventivas en poblaciones similares. Sin embargo, a diferencia de lo planteado por Rodríguez y Torres (2021), que enfatizan la influencia exclusiva del nivel educativo en la adopción de medidas preventivas, el presente estudio sugiere que factores psicosociales y culturales juegan un rol relevante. Este matiz coincide con las conclusiones de González et al. (2022), quienes proponen un modelo más holístico para comprender el comportamiento en salud, integrando variables emocionales, sociales y ambientales. En consecuencia, se evidencia la

necesidad de incorporar variables contextuales en el diseño de intervenciones preventivas.

La brecha identificada entre el conocimiento y la práctica preventiva se puede interpretar a la luz de la teoría de la humanización en la atención sanitaria, que postula que la comunicación empática y la participación activa del paciente son fundamentales para la adopción de comportamientos saludables (Pacheco-Barrios et al., 2022). En este sentido, la alfabetización en salud no debe limitarse a la transmisión de información, sino que debe incluir la construcción de relaciones de confianza y el empoderamiento del individuo (Sørensen et al., 2012). Esto implica promover habilidades para interpretar, evaluar y aplicar la información en situaciones cotidianas, especialmente en adultos mayores que enfrentan múltiples comorbilidades.

Asimismo, diversos estudios han demostrado que niveles adecuados de alfabetización en salud se asocian con una mejor adherencia terapéutica y control de enfermedades crónicas en adultos mayores (Figueroa Saavedra y Otzen Hernández, 2020; Torrejón-Peces y Durán-Agüero, 2021). En coherencia con estos planteamientos, los resultados de esta investigación evidencian que la baja adherencia a prácticas de control podría estar relacionada con limitaciones en la comprensión funcional del riesgo. Esto sugiere que no solo es importante saber, sino saber aplicar ese conocimiento en la vida cotidiana, lo cual requiere acompañamiento profesional y estrategias pedagógicas adaptadas.

En comparación con la literatura internacional, se observa que en contextos de países desarrollados

la brecha entre conocimiento y conducta también persiste, aunque con matices diferentes. En estudios realizados en Estados Unidos y Europa, variables como la autoeficacia, el apoyo social y la calidad de la comunicación médico-paciente han sido identificadas como determinantes clave en la adopción de conductas preventivas (Michael y Shaughnessy, 2006). Estos elementos refuerzan la idea de que el comportamiento en salud es multifactorial y dinámico. Por ello, las intervenciones deben considerar tanto los determinantes individuales como los estructurales, adaptándose a las características socioculturales de cada población.

Por otro lado, en contextos latinoamericanos, las barreras estructurales -como el acceso a servicios de salud, desigualdad socioeconómica y la fragmentación de los sistemas sanitarios- agravan la problemática (García-Pombo et al., 2021; Pacheco-Barrios et al., 2022; Sanabria y Ramírez, 2025). En este sentido, la elevada prevalencia de factores de riesgo identificada en el presente estudio, combinada con la baja adherencia a prácticas de control, configura un escenario de alta vulnerabilidad epidemiológica en la población adulta mayor. Además, la relación entre la alfabetización en salud y calidad de vida refuerza la necesidad de intervenciones tempranas y sostenidas (Pien et al., 2023). Esto es especialmente relevante en Ecuador, donde las desigualdades territoriales y socioeconómicas pueden limitar la continuidad del cuidado.

Desde el punto de vista teórico, las implicaciones de este estudio sugieren la necesidad de reevaluar los modelos tradicionales de educación

en salud, los cuales asumen que la provisión de información conduce automáticamente a un cambio de comportamiento. Los hallazgos respaldan la adopción de marcos teóricos más complejos, como el modelo de creencias en salud y la teoría cognitiva social, que incorporan variables mediadoras como la autoeficacia, las barreras percibidas y el contexto sociocultural. Integrar estos modelos permitiría diseñar intervenciones más efectivas, orientadas a modificar percepciones, fortalecer habilidades y reducir obstáculos para la acción preventiva.

Desde el plano práctico, las implicaciones son relevantes para el personal de enfermería y los profesionales de la salud pública. Debido a su proximidad y contacto constante con los usuarios, los profesionales de la salud están en una posición privilegiada para implementar estrategias educativas que trasciendan la mera información y promuevan la humanización de la atención (Perry y Billek-Sawhney, 2020). Esto implica adoptar un enfoque centrado en el paciente, que considere sus contextos socioculturales y emocionales para fomentar la toma de decisiones informadas y el autocuidado efectivo (Toonsiri et al., 2025). Asimismo, se destaca la necesidad de integrar acciones comunitarias que faciliten el acceso a espacios para la actividad física y disponibilidad de alimentos adecuados, la disponibilidad de alimentos saludables y la continuidad del seguimiento clínico.

Finalmente, el estudio presenta limitaciones que deben considerarse en la interpretación de los resultados. El tamaño reducido de la muestra limita la generalización de los hallazgos, mientras que el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Asimismo,

el uso de datos autoinformados puede introducir sesgos de deseabilidad social y errores de memoria. No obstante, los resultados ofrecen una aproximación válida y contextualizada al fenómeno estudiado, constituyendo una base para futuras investigaciones con diseños más robustos. Se recomienda, por tanto, desarrollar estudios longitudinales y con muestras más amplias que permitan profundizar en los determinantes del comportamiento preventivo en adultos mayores.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio evidencian una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores, especialmente relacionados con hábitos de vida inadecuados y condiciones clínicas no controladas, así como una baja adherencia a prácticas de seguimiento y autocuidado. Esta situación pone de manifiesto una brecha significativa entre el conocimiento de los factores de riesgo y su aplicación en la vida cotidiana, lo que incrementa la vulnerabilidad frente a eventos cerebrovasculares. En consecuencia, se confirma la necesidad de fortalecer estrategias que integren educación sanitaria, acompañamiento profesional y acciones comunitarias que faciliten la adopción de conductas preventivas sostenibles. En este sentido, los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer líneas de investigación orientadas a la alfabetización en salud, la promoción del autocuidado y el análisis de los determinantes psicosociales y estructurales que influyen en la conducta preventiva.

En cuanto a las líneas de investigación que emergen de este estudio, resulta pertinente indagar con mayor detalle en la influencia de determinantes sociales y culturales sobre la adherencia terapéutica

y la percepción del riesgo, dado que estos aspectos podrían modificar significativamente los resultados en poblaciones diversas. Asimismo, la evaluación de intervenciones educativas diseñadas para distintos grupos etarios y niveles socioeconómicos podría ofrecer datos valiosos para la implementación de estrategias más efectivas. La inclusión de metodologías mixtas y diseños longitudinales permitiría comprender con mayor profundidad las dinámicas temporales, los procesos de toma de decisiones y las interacciones entre variables socioculturales, psicológicas y estructurales que condicionan el comportamiento preventivo.

Finalmente, la prevención de eventos cerebrovasculares no puede concebirse únicamente como una cuestión médica, sino que requiere una visión holística que reconozca el papel fundamental de la educación, el empoderamiento del paciente y la humanización del cuidado. La educación en salud permite a los individuos comprender su condición, identificar factores de riesgo y adoptar hábitos saludables; el empoderamiento fomenta la autonomía y la toma de decisiones informadas; y la humanización del cuidado genera un entorno de confianza y respeto que facilita la adherencia a las recomendaciones. En conjunto, estos elementos constituyen un modelo de atención integral, centrado en la persona y orientado a la prevención, capaz de reducir la carga de los eventos cerebrovasculares y mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor.

REFERENCIAS

Boehme, A. K., Esenwa, C., y Mayosi, B. M. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research*, 120(3),

- 472–495.
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>
- Botero, L. M., Pérez, J. M., y Monteagudo, C. I. (2021). Factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina*, 60(3), 456–468.
<https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2021>
- Feigin, V. L., Norrving, B., & Mensah, G. A. (2021). Global burden of stroke. *Circulation Research*, 128(2), 147–150.
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.120.317857>
- Figueroa Saavedra, C. S., y Otzen Hernández, T. F. (2020). Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. *Revista médica de Chile*, 148(5), 609–616.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500653>
- García, R. G., Amaguaya, N., y Brito, M. J. S. (2024). Estilos de vida saludables en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. Revisión sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 1234–1250.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10000
- García-Pombo, J. C., López-García, M. E., y Sánchez-Fernández, M. (2021). Conocimientos y prácticas de prevención en adultos mayores con factores de riesgo cardiovascular. *Acta Médica del Centro*, 15(2), 134–145.
<https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/134>
- González, L., Rodríguez, O., y López, M. E. (2022). Factores asociados al conocimiento sobre accidentes cerebrovasculares en población adulta mayor. *Revista de Enfermería*, 45(3), 201–215.
<https://doi.org/10.1016/j.revenf.2022.03.005>
- Gou, R., Luo, C., Liang, X., Qin, S., Wu, H., Li, B., Pan, F., Li, J., & Chen, J. A. (2025). Elderly stroke burden: A comprehensive global study over three decades. *Frontiers in Aging*, 6, 1489914.
<https://doi.org/10.3389/fragi.2025.1489914>
- Hankey, G. J. (2020). Population impact of potentially modifiable risk factors for stroke. *Stroke*, 51(4), 1223–1236.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.024154>
- Hickey, A., O'Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F., & O'Neill, D. (2009). Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *BMC geriatrics*, 9(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-35>
- INEC. (2023). Estadísticas de mortalidad por eventos cerebrovasculares en Ecuador. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-mortalidad-2023>
- Michael, K. M., & Shaughnessy, M. (2006). Stroke prevention and management in older adults. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5), 21–26.
<https://doi.org/10.1097/00005082-200609001-00006>
- Obembe, A. O., Olaogun, M. O., Bamikole, A. A., Komolafe, M. A., & Odetunde, M. O. (2014). Awareness of risk factors and warning signs of stroke in a Nigeria university. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(4), 749–758.
<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.06.036>
- Pacheco-Barrios, K., Giannoni-Luza, S., Navarro-Flores, A., Rebello-Sanchez, I., y Feigin, V. L. (2022). Burden of stroke and population-attributable fractions of risk factors in Latin America and the Caribbean. *Journal of the American Heart Association*, 11(21), e027044.

- <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.027044>
- Pérez Guerra, L. E., Rodríguez Flores, O., López García, M. E., Sánchez Fernández, M., Alfonso Arboláez, L. E., y Monteagudo Méndez, C. I. (2022). Conocimientos de accidentes cerebrovasculares y sus factores de riesgo en adultos mayores. *Acta Médica del Centro*, 16(1), 69–78. <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1456>
- Perry, S. B., & Billek-Sawhney, B. (2020). Stroke prevention: education and barriers for physical and occupational therapists caring for older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 38(4), 350-365. <https://doi.org/10.1080/02703181.2020.1755410>
- Pien, L. C., Cheng, W. J., Chang, W. P., Chen, S. R., & Chou, K. R. (2023). Relationships between stroke prevalence, health literacy, and oral health-related quality of life in middle-aged and older adults: a national survey study. *BMC geriatrics*, 23(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03927-w>
- Rodríguez, F., y Torres, E. (2021). Métodos cualitativos en la investigación de factores de riesgo en salud pública. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales*, 10(2), 78–90. <https://doi.org/10.22201/rics.2021.10.2>
- Salazar, N., y Alvarez, M. (2021). Revisión de literatura factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores. *Fundación Universitaria del Área Andina*. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4715>
- Sanabria, A., y Ramírez, E. (2025). Alfabetización en salud en América Latina: Una revisión de las intervenciones en atención primaria. *Tesla Revista Científica*, 5(1), e477. <https://doi.org/10.55204/trc.v5i1.e477>
- Santander, C. J. M., Vanegas, M. G., y Cruz, D. N. Q. (2021). Prevalencia, factores de riesgo y clínica asociada a la hipertensión arterial en adultos mayores en América Latina. *Dominio de las Ciencias*, 7(1), 854-870. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383987>
- Sepúlveda-Contreras, J. (2021). Caracterización de pacientes con accidente cerebrovascular ingresados en un hospital de baja complejidad en Chile. *Universidad y Salud*, 23(3), 256-263. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.238>
- Singer, J., Gustafson, D., y Cummings, C. (2019). Independent ischemic stroke risk factors in older Americans: a systematic review. *Aging (Albany NY)*, 11(12), 4268-4285. <https://doi.org/10.18632/aging.102045>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Toonsiri, C., Jullamate, P., & Sianghwong, H. (2025). Factors related to health literacy of recurrent stroke prevention among older adult stroke survivors. *Working with Older People*, 29(2), 182-195. <https://doi.org/10.1108/WWOP-05-2024-0025>
- Torrejón-Peces, D., y Durán-Agüero, S. (2021). Nivel de alfabetización en salud entre adultos mayores atendidos en dos centros comunitarios de rehabilitación. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(11), 1327-1340. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4268>