

2016

**Impacto de intervención educativa, en los
estilos de vida de usuarios hipertensos**

Leydiana Acosta Hernández



Universidad Autónoma de
Querétaro

Facultad de Enfermería

**Impacto de intervención educativa, en los
estilos de vida de usuarios hipertensos.**

Tesis

Que como parte de los requisitos para
obtener el grado de

Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta

L.E. Leydiana Acosta Hernández



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

IMPACTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA, EN LOS ESTILOS DE VIDA DE USUARIOS HIPERTENSOS

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestra en Ciencias de
Enfermería

Presenta:

L.E. Leydiana Acosta Hernández

Director de tesis:

Dra. Aurora Zamora Mendoza

SINODALES

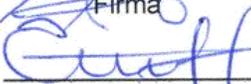
Dra. Aurora Zamora Mendoza
Presidente


Firma

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Secretaria


Firma

Dra. MA. Antonieta Mendoza Ayala
Vocal

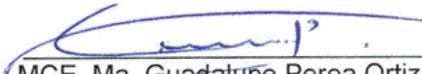

Firma

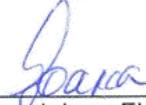
M.C.E. Mercedes Sánchez Perales
Suplente


Firma

Dra. Verónica Hernández Rodríguez
Suplente


Firma


MCE. Ma. Guadalupe Perea Ortiz
Directora de la Facultad


Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Septiembre, 2016
México

RESUMEN

Se empleó la intervención educativa como una herramienta didáctica que permite a los usuarios hipertensos, mejorar, controlar y/o mantener su estado de salud a través de la enseñanza. **Objetivo general:** diseño y aplicación de una estrategia educativa para medir el impacto de la modificación de estilos de vida, en personas hipertensas. **Metodología:** es un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo cuasi experimental, de corte longitudinal, la muestra fue por conveniencia de 20 pacientes ambos géneros, del centro de Salud Progreso de Obregón, Hidalgo. Con un rango de edad de 37 a 60 años, utilizando el instrumento de estilos de vida de Nola Pender, aplicado en dos momentos en pre y pos intervención educativa, orientado en el modelo de promoción de Nola Pender y el enfoque pedagógico de Lindeman, para la interpretación de resultados se manejó estadística descriptiva, y análisis de varianza de dos factores, la presión arterial y el sexo, los datos se interpretaron a través del programa estadístico SPSS versión 20. **Resultados:** se obtuvieron a través de intervención educativa en el cual el 10% se encontraba en un parámetro levemente saludable, mientras el 40% se encontraban en moderadamente saludable, y el 50% se encontraba en saludable. Posterior a la intervención educativa el parámetro levemente saludable desapareció, permaneciendo en moderadamente saludable este último sufrió cambios positivos en el cual solo el 30% permanece en él, confirmando que el parámetro saludable se incrementó del 50 al 70%. La presión arterial de los participantes antes de la intervención se encontraba en una media de 146.3 sobre 84.7 mmHg. Posterior a la intervención hubo modificación la sistólica en 126.5 sobre 76.3 para diastólica, en la mayoría de las personas. **Conclusiones:** La correlación de factores permitió observar cambios que se dieron antes y después de la intervención, así como diferencias que se tuvo en cada uno de ellos, se deduce que la intervención bajo el modelo de Nola Pender permitió identificar características y experiencias individuales de los participantes, así como sus conocimientos sobre su padecimiento y el estilo de vida que cada uno tenía, esto permitió, que la intervención educativa pudieran tener efectos positivos.

Palabras claves: Hipertensión arterial, intervención educativa, promoción a la salud, estrategia didáctica, estilos de vida.

SUMMARY

Educational intervention was used as an educational tool that allows hypertensive users to improve, control and / or maintain their health through education. **General Objective:** design and implementation of an educational strategy for measuring the impact of changing lifestyles in hypertensive patients. **Methodology:** a study with a quantitative approach, quasi-experimental, with longitudinal cut, the sample was of 20 patients for convenience, both genders from the Health Center in Progreso de Obregon, Hidalgo; with an age range of 37-60 years, using Nola Pender's lifestyles instrument, applied in two times: in pre and post educational intervention, aimed at Nola Pender's promotion model and Lindeman's pedagogical approach, for results interpretation it was used descriptive statistics, and variance of two factors analysis, blood pressure and sex were handled, the data were interpreted through the SPSS version 20. **Results:** they were obtained through educational intervention in which the 10% was in a slightly healthier parameter, while 40% were moderately healthy, and 50% were healthy. After the educational intervention the parameter "slightly healthy" disappeared, staying in moderately healthy; latter undergoes positive changes in which only 30% remains in it, confirming that the healthy parameter increased from 50 to 70%. The blood pressure of the participants before the intervention was at an average of 146.3 over 84.7 mmHg. Post intervention was 126.5 modification in systolic and 76.3 over diastolic, in most people. **Conclusions:** The correlation of factors allowed to observe changes that occurred before and after the intervention, as well as differences on each of them, it follows that the intervention under the model of Nola Pender identified individual characteristics and experiences from participants and their knowledge about their condition and the lifestyle that each one had, this allowed that educational intervention could have positive effects.

Keywords: Arterial hypertension, educational intervention, health promotion, teaching strategy, lifestyles.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por estar siempre conmigo en cada paso de mi vida.

A mis padres que sin duda alguna, son la estrella que guían mi camino a donde estén gracias por lo más valioso que me dieron “la vida” los amo.

Agradezco a mi esposo por su constante motivación y sobre todo por aquellos momentos tan difíciles que viví durante esta formación y quien siempre tuvo las palabras exactas que necesite para continuar, por toda la comprensión y cariño sin condiciones, ni medida, te amo.

Agradezco a mis dos corazones Alfredo Naum y José Alfredo, que aportaron a este trabajo de investigación de la manera más difícil, vivir mi frecuente ausencia y que a pesar de su corta edad lo asimilaron y contribuyeron a la familia con lo correspondía los admiro. Gracias hijos.

Agradezco a mis hermanos y en especial a mi hermana Soledad todo el apoyo durante este tiempo de formación y ser una segunda madre para mis hijos, te quiero y te agradezco hermana.

Sin duda cuando inicias un recorrido, vas descubriendo grandes cosas, pero cuando conoces grandes persona este se vuelve más interesante, Dra. Aurora Zamora Mendoza, agradezco su presencia en mi vida como maestra, persona y directora de Tesis, agradezco a usted todas las aportaciones a mi vida profesional Dios cuide de usted siempre.

Agradezco a mis compañeras de la maestría juntas vivimos muchas experiencias de aprendizaje continuo, hubieron lindos y difíciles momentos sin embargo siempre supimos apoyarnos. Gracias, gracias a todas aquellas personas que en algún momento me brindaron una palabra de aliento muchas Gracias.

ÍNDICE

Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivos	10
1.4 Hipótesis	11
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	12
2.1 Perfil epidemiológico	12
2.2 Estilos de vida	14
2.3 Promoción de la salud	17
2.4 Intervención educativa	24
2.5 Estudios relacionados	25
III. METODOLOGÍA	28
3.1 Tipo y diseño de estudio	28
3.2 Universo y muestra.	28
3.3 Material y métodos.	29
3.4 Método de análisis de datos	30
3.5 Ética del estudio	31

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	51
LITERATURA CITADA	53
ANEXOS	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Página
4.1	Características Sociodemográficas de usuarios hipertensos.	34
4.2	Medidas Antropométricas de usuarios hipertensos.	36
4.3	Cifras de Presión Arterial	37
4.6	Parámetro que establece el cuestionario de estilos de vida, Nola J. Pender	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura		Página
2.3	Modelo de promoción de salud de Nola J. Pender	23
4.5.1	Factor de Autocuidado en intervención educativa en usuarios con hipertensión arterial.	40
4.5.2	Factor Psicológico en intervención educativa en usuarios con hipertensión arterial.	36
4.5.3	Factor Sociocultural en intervención educativa en usuarios con hipertensión arterial.	38
4.5.4	Factor Dependencia en intervención educativa en usuarios con hipertensión arterial.	40
4.6	Distribución del estado de salud de los usuarios antes y después de la intervención educativa	47
4.7	Correlaciones de dimensiones de Nola J. Pender	50

I.- INTRODUCCIÓN

Según la OMS¹ los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica, aproximadamente entre 1.5 a 5%. Por su parte, la cardiopatía isquémica afecta a hombres de edad mediana y avanzada; su mortalidad es 20% más alta que en las mujeres, siendo los mayores de 65 años los más afectados.

Según la Organización Mundial de la Salud², las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, estimándose que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas

Las causas más importantes de cardiopatías son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los efectos de los factores de riesgo comportamentales pueden manifestarse en las personas en forma de hipertensión arterial, hiperglucemia, hiperlipidemia y sobrepeso u obesidad, por lo que el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas están estrechamente relacionados con factores del estilo de vida³, que propicia una mayor incidencia de enfermedades crónicas como padecimientos cardiovasculares entre otras.

Los estilos de vida saludable son un factor importante para la prevención, tratamiento y preservación de la salud ante las enfermedades no transmisibles, el ejercicio físico recomendado para el paciente con enfermedades cardiovasculares principalmente es el aeróbico como caminata, trote, ciclismo; con estas actividades el paciente reduce aproximadamente 10 mmHg de la tensión arterial sistólica y diastólica de las personas con hipertensión leve⁴. La ingesta baja de carbohidratos y bebidas alcohólicas disminuyen los riesgos potenciales que pueden presentarse, en la actualidad la Promoción de la Salud es una herramienta fundamental que busca a través de diferentes estrategias y procesos que el individuo cambie y/o modifique sus estilos de

vida teniendo un mejor control sobre su salud, contribuyendo así a la promoción de la salud colectiva.

Para el personal de Enfermería, la Promoción de la Salud es un proceso educativo, que se fundamenta con el esquema de Promoción de la Salud de Nola Pender⁵, donde los principales propósitos son que el individuo modifique sus factores cognitivos – perceptuales por situaciones personales o interpersonales, lo cual le da la pauta para la modificación de conductas y define los conceptos, creencias o ideas propios del individuo, los cuales juegan un papel importante para determinar la conducta a seguir además de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir o asumir un comportamiento saludable o de riesgo debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

Este modelo ofrece la posibilidad de valorar a la persona que tiene riesgo de sufrir una desviación de la salud y así poder actuar antes de que se produzcan alteraciones que lleven a las personas a una atención hospitalaria, con riesgo para la vida y función⁶, por lo que se considera significativo llevar a cabo la ejecución de una intervención educativa, a través de la teoría cognitivo – conductual, que permita comprender las actitudes, motivaciones y acciones de las personas a partir del concepto de autoeficacia, reconociendo la pertinencia de la intervención educativa⁴, con la modificación a corto plazo de estilos de vida en usuarios con hipertensión arterial.

1.1. Planteamiento del problema.

Según la Organización Mundial de la Salud² (OMS), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo, en 2012 17,5 millones de personas murieron por esta causa, se estima que cada año mueren alrededor de 9,4 millones de personas por complicaciones derivadas de la hipertensión arterial⁷.

En América Latina y el Caribe la Enfermedad Cardiovascular y accidente cerebrovascular son los responsables de 35 – 55% de las muertes registradas con aproximadamente 800 000 muertes por año, se deduce que para el año 2020 las enfermedades cardiovasculares provocarán tres veces más muerte e incapacidad que los padecimientos infecciosos⁷.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica degenerativa con alto índice en el mundo, de consideración importante en algunos continentes, la OMS¹ reportó en mayo del 2012, que uno de cada tres adultos tiene presión arterial alta, convirtiéndose en una condición que causa aproximadamente la mitad de todas las muertes por accidente cerebro vascular o enfermedad cardiaca. Este padecimiento se puede comparar con la diabetes en donde sólo uno de cada 10 presentan esta enfermedad, mientras que la presión arterial alta en personas adultas es de 3.3 veces mayor que la diabetes.

En México la hipertensión arterial en los grupos de 20 y 69 años, fue del 30.05% es decir más de 15 millones de Mexicanos en este grupo de edad, los estados del norte del país son los que destacaron con mayor prevalencia, un dato que llama la atención es que en la encuesta de nutrición del año 2000 el 61% de los pacientes hipertensos desconocen ser portadores de la enfermedad, una característica más encontrada en México es que; el paciente acude para su atención médica cuando han transcurrido varios años con la enfermedad convirtiéndose en un riesgo mayor para presentar daño a los órganos como es el cerebro, riñón, retina y corazón¹.

La hipertensión arterial sistémica en México tiene una prevalencia del 30.5 %, de manera general, existiendo algunas diferencias por su distribución geográfica, en la población hipertensa se destacan dos aspectos relevantes; cada vez mayor prevalencia en población joven y su común asociación con otros factores de riesgo cardiovascular⁸.

En México, las enfermedades cardiovasculares han mostrado un crecimiento exponencial en las últimas dos décadas, hasta constituir la primera causa de muerte en la población adulta. Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, dentro de los cuales destaca la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) de acuerdo con la OMS, el límite para definir a un paciente con HAS, es un valor igual o mayor a 140 mmHg en la presión sistólica y/o un valor igual o mayor a 90 mmHg en la diastólica cifras que hablan de hipertensión grado I, mientras que el grado II se considera a partir de 160-179/100-109 mm Hg. y finalmente grado III $\geq 180/120$ mm Hg⁹.

El Instituto Nacional de Salud Pública, con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 arroja que hay 22.4 millones adultos mexicanos con hipertensión, y 5.7 millones están controlados, así como refieren que el 50 % de la población ignoran la presencia de su padecimiento¹⁰.

En el estado de Hidalgo de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)¹¹, en el reporte 2010 se registró 2,665,018 habitantes y la incidencia de hipertensión arterial por cada 100 mil habitantes de quince años y más es de 492.09 casos, el estado de Hidalgo ocupa el sexto lugar nacional, de acuerdo a las encuestas del año 2011 se reportaron 8,946 casos nuevos teniendo mayor incidencia en el sexo femenino. En los últimos datos reportados por el INEGI, en el estado de Hidalgo existen 13,114 personas con hipertensión arterial, situación que genera gastos para las diferentes instituciones de salud. El estado de Hidalgo cuenta con 84 municipios y 13 jurisdicciones, la jurisdicción número VII Actopan hasta el mes de abril del año 2013 contaba con 2013 pacientes que padecen Hipertensión arterial¹² En los diferentes municipios que la forman, (Mixquiahuala, Francisco I. Madero, San Salvador, Santiago de Anaya, el Arenal, Actopan y Progreso de Obregón, en el cual se llevó a cabo

la investigación y aplicación del programa). En Progreso de Obregón, cuenta con una población total de 22,217 habitantes¹¹, la unidad de salud de esta localidad posee un censo de enfermedades no transmisibles, al mes de marzo 2013 de 156 pacientes que padecen diabetes mellitus más hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias entre otras, destacando el registro de 40 pacientes que padecen hipertensión arterial y que forman parte del programa de control de hipertensión arterial, y es el grupo con el que se pretende trabajar.

Estudios realizados por el Instituto Nacional de salud Pública¹³, demuestran que para el 2010 los gastos directos para la atención de la hipertensión arterial que incluye la consulta, medicamentos, hospitalización entre otros, equivalía un poco más de 2,446 millones de dólares durante el 2010, cifra que asciende a los 3,100 millones en 2012; a su vez el Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas comenta que el costo considerado atención de la hipertensión arterial y sus complicaciones ha sido estimado en 17 mil millones de pesos anuales, correspondientes a cerca del 14% de gasto nacional en salud y al 0.71% del PIB¹⁴. Este gasto es reflejado en el presupuesto destinado para salud del país; por lo tanto es muy importante abordar al paciente desde la educación para la salud, fomentando estilos de vida saludables.

Ante esta problemática se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el impacto de una intervención educativa en la modificación de estilos de vida, en pacientes con hipertensión arterial?

1.2 Justificación.

Durante los últimos años la promoción de la salud se ha desarrollado en cuatro ejes; reducir la mortalidad y discapacidad excesiva, reducir los riesgos a la salud humana, crear sistemas de salud que mejoren equitativamente los resultados de salud y colocar a la salud en el centro de la política económica y de desarrollo, en el primer Nivel de Atención en Salud; esta área destinada para llevar a cabo actividades de promoción a la salud, acciones de programas prioritarios que permiten brindar atención integral a los mexicanos, y ofertar a través de la estrategia de prevención y promoción a la salud los servicios de atención de Medicina Preventiva, Consulta Externa, Atención dental así como la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y no transmisibles¹⁵.

La Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo cuenta con 479 unidades de Primer Nivel con 963 consultorios, 6 unidades móviles, 85 equipos de salud itinerantes, 39 caravanas de salud, 3 unidades dentales, 2 unidades de colposcopia, 1 unidad móvil de geriatría, 5 unidades móviles de prevención de la rabia, esto permite que el personal de Salud en especial el profesional de enfermería con frecuencia sea quien tenga mayor contacto con los usuarios en este nivel de atención, de aquí la importancia de la atención oportuna hacia los usuarios¹⁶.

El personal de Enfermería es fundamental en todo proceso de atención al usuario, a medida que el profesional se desarrolla en el ámbito académico con modelos de Enfermería que le permiten orientar la práctica y desarrollar de manera esencial pensamiento lógico que más tarde aplicará en la toma de decisiones en relación con el cuidado de las personas, de esta manera enfermería aplica técnicas y procedimientos científicos, que permite satisfacer las necesidades del usuario¹⁷.

La promoción a la salud es el pilar importante para modificar estilos de vida mediante la educación, ya que estos han demostrado un eficaz descenso de la presión arterial, formando parte del abordaje terapéutico de las personas con hipertensión arterial¹⁸. Por lo que es necesario un programa de intervención educativa que refuerce a

los grupos de ayuda mutua (GAM) existentes en primer nivel de atención, mejorando las actividades que realiza el usuario al convivir¹⁹ con otros que tienen la misma problemática, para ello se requiere de trabajo en equipo, en el que el médico, los profesionales de enfermería, nutriólogo, activador físico y red familiar puedan ser un estímulo reforzador para seguir generando cambios de conducta.

El personal de enfermería es quien directamente monitoriza cada una de las diferentes actividades de los profesionales, su trabajo se deriva de las acciones que ejecuta con el paciente a partir de la valoración de peso, talla, toma de presión arterial, monitoreo de cintura, entre otros cuya finalidad es valorar las mejoras y el compromiso que tiene el usuario.

Por lo anterior es importante implementar una intervención educativa, que permita al personal de Enfermería identificar y orientar, sobre cambios en los estilos de vida en personas hipertensas, a través de un modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender⁵, con una estrategia educativa basada en el modelo pedagógico de Lindeman²⁰, que permita la adquisición de habilidades y a su vez el desarrollo de aptitudes en su beneficio, evaluando el impacto de esta intervención a través del autocuidado y autocontrol del usuario con hipertensión arterial. Además busca identificar los factores cognitivos-perceptivos del individuo que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y que se traducen en la participación de conductas que favorecen la salud cuando existe una clave de acción, con el objetivo de integrar perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud. Se debe resaltar que para asegurar la calidad y El impacto de funcionamiento del programa, se deben desarrollar acciones de formación y educación para que las personas participantes desarrollen competencias sobre estilos de vida saludables, pudiéndose efectuar una comparación de la intervención educativa antes y después de esta, para asegurar un marco real, considerando en la aplicación del programa que debe adaptarse a las características sociales del lugar donde se hace la intervención educativa, para lograr una conducta que mejore las condiciones de los estilos de vida de los individuos y de la colectividad²¹.

Pender en su modelo de promoción a la salud lo sustenta en teorías de cambio de conductas, influenciadas por la cultura ²², la primera teoría es la Acción razonada, en segundo lugar se tiene la acción planteada, y por último la teoría social – cognitiva, el profesional de enfermería, poseedor del conocimiento especializado sobre el cuidado, tiene presencia en todos los niveles de asistencia por lo tanto contacto directo y cercanía con el usuario, de esta forma, se convierte en elemento clave dentro del equipo multidisciplinario para intervenir, a través de la educación para la salud, en el proceso preventivo dirigido al cambio de estilos de vida o factores de riesgo de los adultos hipertensos, que puedan incidir en su calidad de vida. Sin duda el papel de la enfermera en el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular es fundamental, a través de sus acciones de medida de presión arterial, monitorización ambulatoria de la presión arterial, asesoramiento y seguimiento del paciente en el tratamiento no farmacológico teniendo un protagonismo esencial en múltiples aspectos de la investigación cardiovascular²³.

Las complicaciones de este padecimiento pueden evitarse, controlarse o prevenir la aparición mediante la implementación de intervenciones de enfermería, uno de los grandes desafíos que enfrenta es satisfacer las necesidades de enseñanza para el fomento de la salud. En este sentido, los profesionales de enfermería son cada vez más sensibles a su función docente, en virtud de su experiencia y de los cuidados de salud, es por ello que la enfermería desempeña una función vital en la promoción de la salud como parte de los profesionales que tienen la responsabilidad de atender a los pacientes hipertensos, debido que no basta una atención individual al usuario.²⁴ permitiendo al profesional de enfermería apoyar al usuario a través de un programa de intervención que concientice sobre el padecimiento, complicaciones, tratamiento y sus alternativas, lo cual favorecerá de forma importante la disminución de gastos en atención por complicaciones, además de contribuir para mejorar y/o mantener su estado de salud a través de estilos de vida saludables.

La estimación de impacto intenta establecer la diferencia, en modificaciones de los estilos de vida de personas hipertensas que quisieron participar, como indicador de

resultados de un programa de intervención educativa, entre la situación que presenta un individuo, o el cambio en ésta, después de haber participado en el programa.

1.3 Objetivo General

Objetivos General:

Evaluar el impacto de una intervención educativa activa participativa sobre la modificación de estilos de vida, en personas hipertensas.

Objetivos Específicos:

- ◇ Identificar los estilos de vida de adultos con hipertensión arterial al iniciar y terminar la intervención educativa.
- ◇ Aplicar intervención educativa a usuarios que padecen Hipertensión Arterial, utilizando el modelo de promoción de Nola J. Pender.
- ◇ Valorar la eficacia de la estrategia educativa en la modificación de estilos de vida y control de factores de riesgo en personas hipertensas, aplicando un pretest y posttest.

1.4 Hipótesis

H₁ ¿La aplicación de una intervención educativa, modifica en un 20% los estilos de vida saludable y ayuda a mantener un mejor control del usuario con hipertensión arterial?

H₂ ¿La aplicación de una intervención educativa, modifica en menos del 20% los estilos de vida saludable y ayuda a mantener un mejor control del usuario con hipertensión arterial?

Para analizar las cifras de presión arterial estadísticamente se emplea la prueba de **McNemar**.

H₁: No existe asociación entre la Presión el IMC

H₂: Si existe asociación entre la presión y el IMC,

II.- REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Perfil Epidemiológico

Durante las últimas décadas, México ha experimentado cambios en la estructura poblacional dando paso a una transición demográfica, epidemiológica, y como consecuencia sufre modificaciones en el perfil de salud, donde persisten las enfermedades infectocontagiosas, muertes prematuras evitables y mayor predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como es la hipertensión arterial²⁵.

En 1990, las enfermedades no transmisibles contribuían con un 48% de las defunciones, sin embargo la presencia de factores conductuales, de dieta, metabólicos o fisiológicos, ambientales, de agua y saneamiento, modifican el comportamiento del individuo manifestando consecuencia en el perfil de salud de la población, dos décadas más tarde, para 2010 estos factores aumentaron a un 71% de las defunciones por enfermedades no transmisibles, es evidente que el perfil de salud de la población se caracteriza por el predominio de padecimientos prolongados²⁶.

Las vertientes en México para la hipertensión arterial se ha abordado desde el Plan Nacional de desarrollo, Plan Estatal de Salud, y esta a su vez en la Secretaría de Salud y otras dependencias, teniendo la mayor responsabilidad el primer nivel de atención el cual su diseño fue elaborado para la promoción, prevención y vigilancia enfermedades²⁷, esta estrategia es dirigida a la comunidad, y grupos de alto riesgo, los cambios de transición en México han obligado a la elaboración de programas específicos dando atención así a las necesidades de salud, siendo estos destinados a la población, en las últimas décadas se han elaborado, implementado y actualizado guías de manejo del usuario, así como guía para capacitar al propio usuario y guías clínicas de manejo, entre otros.

La OMS reconoce la importancia que tiene la hipertensión arterial, desde el punto de vista de la salud pública, como uno de los principales factores de riesgo de muerte por enfermedad no transmisible (ENT), por ello se ha dado a la tarea constante

de implantar, modificar o ampliar nuevas estrategias que permitan combatir este padecimiento.²⁸ La estrategia considerada comprende un periodo de 2012 – 2025 y se centra en atender cuatro grupos de enfermedades, en primer lugar se tiene las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, y cuatro factores de riesgo que son el tabaquismo, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol, instituyendo una meta mundial para el año 2025 reducir el 25 % de mortalidad prematura de ENT, ante uno de los aspectos más importantes como es la alimentación, varios países de la Región, como Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Perú, han elaborado o están en proceso de elaborar políticas o leyes para proteger a los niños de la comercialización y publicidad de los alimentos, y mejorar la alimentación en el ámbito escolar²⁹.

En la Región de las Américas, en los últimos cinco años se han formulado importantes políticas e iniciativas estratégicas sobre las ENT a nivel nacional, subregional y regional donde se contó con la participación activa y el apoyo de la OPS/OMS³⁰ entre los países que se encuentran activos trabajando las diferentes estrategias se encuentra Brasil, Argentina, Canadá, México y Trinidad y Tobago que han establecido mecanismos nacionales de asociación multisectorial, con la finalidad de contribuir a la disminución de factores de riesgo a la población y aumentar los estilos de vida saludable.

La hipertensión arterial tiene una distribución mundial multifactorial de índole, económico, social, cultural, ambiental, étnicos e higiénico – dietético³¹ de acuerdo con la OMS durante 2008, la prevalencia de la hipertensión arterial entre la población de 25 años y más a nivel mundial es de alrededor de 27 de cada 100 personas, el continente Africano tiene una de las prevalencias más altas con 36.8, la región de las Américas la más baja con 23, Canadá y Estados Unidos su prevalencia es de 15, en México es de 24.4, mientras que Brasil, Chile y Cuba aproximadamente de 30 respecto a la población de 25 años y más³².

En México durante el 2006 la región sur presentó la incidencia más baja de hipertensión, comparada con la del norte, este comportamiento se mantiene similar para 2010, los estados del norte con mayor número de casos nuevos de hipertensión, durante

2006 a 2010 son Chihuahua 483 casos más respecto a 2006, Sonora 130, Michoacán 102; mientras tanto en los estados de Jalisco 228, Coahuila 225 y Guanajuato 168 se redujo la incidencia para el mismo periodo, la población mexicana conforme avanza la edad, la probabilidad de padecer enfermedades hipertensivas se incrementa, según Orduñez³³ el 90% de las personas que tenían presión arterial normal entre los 55 y 65 años, en los siguientes veinte años presentarán hipertensión arterial y morirán a consecuencia de sus complicaciones.

El panorama de mortalidad en el territorio mexicano en personas de 15 años y más en el año 2006 fue de 17.67 muertes por cada 100 mil personas, incrementando esta cifra para el 2011 a 23.06 muertes, algunos estados como Baja California sur y Morelos con 3.14 y 1.19 puntos por cada 100 mil personas de 15 años y más, mientras que Oaxaca y Nayarit se incrementó significativamente con 13.38 y 11.54 puntos cada uno, durante el 2011, los estados de Quintana Roo, Chiapas y Yucatán fueron las entidades con la tasa de mortalidad más baja del país con 9.04, 14.63 y 13.98 respectivamente, mientras Oaxaca, Veracruz y Michoacán presentan las tasas más altas con 39.40, 29.76 y 28.65 respectivamente³⁰ estos datos permiten visualizar la tarea para el profesional de salud.

2.2 Estilos de vida.

La salud puede verse afectada por el estilo de vida y condiciones de vida, los estilos de vida comprenden actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes espacios de la vida³⁴ los orígenes de este concepto se remota a finales del siglo XIX³⁵.

La OMS definió en 1986 el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”³⁶. 12 años después en 1998 establece que el estilo de vida es; “una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”³⁴.

Esta concepción amplia de estilo de vida, ha servido de base a los investigadores para clarificar este término y de ello surjan diversos conceptos, la OMS³⁷ define los estilos de vida “como una forma general de vida basada en patrones de comportamiento identificables, determinado por las interacciones entre características personales, individuales, sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” es decir en su forma más llana, el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir.

Para Torre y Tejada³⁸ los estilos de vida son un modo de concebir la realidad y proyectarse en la vida, producto de la interacción entre componentes genéticos, neurológicos, psicológicos, y el medio sociocultural y educativo, por consiguiente, la proyección operativa de estas preferencias en la forma de percibir, pensar, sentir, actuar, decidir, persistir e interactuar, es lo que llaman estilo de vida.

Los estilos de vida saludable son fundamentales ante la aparición de diferentes patologías, estos pueden retardar y/o eliminar el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles, o en su caso mantener en mejores condiciones al usuario.

Los determinantes de salud de la persona juegan un papel importante para el desarrollo de la salud, cada uno posee un porcentaje de responsabilidad, así lo demuestra un estudio realizado en Denver por Lalonde, donde se constató que la mejora de los hábitos de vida podría contribuir potencialmente a la reducción de la mortalidad en un 43%, los esfuerzos hechos en el campo de la biología humana pueden reducir la mortalidad en un 27%, la mejora de la calidad del medio ambiente puede reducir la mortalidad en un 19% y que, finalmente los servicios asistenciales contribuyen potencialmente a reducir la mortalidad en un 11%. El 43% corresponde de forma directa a la toma de decisiones del individuo por ello es importante que la persona esté informada respecto a las ventajas que se obtiene al practicar hábitos saludables, el profesional de Enfermería podrá utilizar instrumentos que permitan hacer un diagnóstico de los estilos de vida del usuario, para brindar atención integral, específica o con mayor atención en el déficit que presente el usuario³⁹.

La influencia de los estilos de vida saludable en las enfermedades no transmisibles, tiene hoy en día un gran impacto, este conjunto de estilos deben ser notificados al usuario como alternativa y permita la toma de decisiones, debe conocer los beneficios de la disminución de la ingesta de sodio, reducción de sobrepeso corporal, moderación de ingesta de alcohol, aumento de la actividad física, alimentación rica en frutas y vegetales, disminución de grasas saturadas, la activación física es el elemento de mayor importancia dentro de los estilos de vida saludable, cuando el usuario con obesidad realiza actividad física favorece la pérdida de peso, debido a que el predominio de grasa abdominal induce la inflamación vascular, resistencia a la insulina, así mismo la actividad física ayuda a corregir dislipidemias, diagnóstico asociado con frecuencia a usuarios con hipertensión⁴⁰, sin duda alguna es vital el contexto de promoción a la salud en la vida de los usuarios, que permita valorar este contexto tras indicadores como cifras de presión arterial disminuidas, disminución en el peso corporal, entre otras.

Los cambios en el estilo de vida y el refuerzo del estilo de vida saludable son un componente esencial en la prevención cardiovascular de todos los individuos de riesgo elevado. La introducción de cambios en la forma de vida de los pacientes puede ser mucho más difícil de establecer, por lo que requiere un especial esfuerzo para favorecer su efectividad. En este sentido, es importante reforzar la formación de los profesionales de la salud en la manera de ofrecer consejo conductual, esto se logra estableciendo una estrategia educativa de Lindeman, basada en el aprendizaje por acción. Es preciso que el participante comprenda la relación entre su conducta y la enfermedad para lograr su compromiso en el cambio hacia una conducta más saludable. Por ello se recomienda el diseño de un plan pactado con el paciente para la introducción de cambios y reforzarlo mediante la programación de visitas de control. Los cambios en el estilo de vida se orientan fundamentalmente en varias direcciones: tabaquismo, alcohol, dieta y ejercicio físico.

El Aprendizaje por la Acción es mucho más que una actividad o la concreción de una tarea. Gradualmente, los alumnos aprenden a planificar, realizar y controlar en forma autónoma la tarea de aprendizaje-trabajo. Asimismo deberán diferenciar opciones para la resolución del problema, distinguir entre los distintos procedimientos y también evaluar

ambos. Finalmente se evalúa el resultado del trabajo: concretamente, se compara la ejecución con la planificación para poder evaluar los propios avances en el aprendizaje. Además de la asimilación de nuevos conocimientos, capacidades y habilidades. En este contexto, la evaluación de los resultados de aprendizaje se homologa con la definición de nuevos objetivos, los participantes podrán confrontar y debatir sus valores y juicios con los de los demás. En este sentido, el Aprendizaje por la Acción remite a todas aquellas estrategias didácticas que involucren el trabajo en y con el grupo⁴¹.

2.3 Promoción de la Salud.

Nola J. Pender, es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas, esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad²¹.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales²¹ lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

Este modelo de promoción de la salud de la doctora Pender ofrece la posibilidad de predecir las conductas saludables y explicar las características de experiencias pasadas en salud, las creencias cognitivas específicas y las influencias que ejerce cada creencia en un determinado comportamiento, a través de la conducta previa relacionada, factores personales, influencias situacionales y factores cognitivos perceptuales⁵.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que es el caso a atender, se relacionan con la toma de

decisiones o conductas favorecedoras de la salud⁴². Las cuales se encuentran ligadas al proceso vital humano con sus polaridades vida o muerte donde se busca enfatizar en el cuidado de la salud y de la vida, a través de un largo proceso con efectividad significativa en cambiar condiciones y estilos de vida⁴³. Por lo que es necesario mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida⁴⁴, teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente.

Los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, contempla que las personas tienen la capacidad de autoconciencia reflexiva incluyendo la valoración de sus propias competencias, regulando su propia conducta en forma activa considerando la complejidad biopsicosocial, originando una conducta promotora para la salud y su vida⁴⁵ basada en la toma de decisiones.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud ⁴⁶.

Pender en su modelo de promoción de la salud se basa en teorías como es la especulación de la Acción Razonada originalmente basada en Ajzen y Fishben⁴⁷, cuya característica de esta es la estrecha relación entre la actitud y la conducta, este modelo comprende tres aspectos generales en los que se involucran las creencias, intención y acción, cada una de las anteriores se complementan con los siguientes componentes, norma subjetiva es el resultado de lo que el individuo percibe respecto a las creencias del otro, las personas importantes para cada uno sirven como una guía para conceptualizar “qué es correcto hacer”, otro importante componente es la actitud hacia la conducta,

resultado de las creencias del individuo a cerca de una conducta determinada y como se evalúan esas creencias y opiniones, es decir que actitud toma el individuo basándose en sus creencias y la actitud que muestra para llevar a cabo dicha acción.

La intención conductual es componente fundamental si no existe una declaración interna, no se actúa y finalmente la conducta que es la acción realizada; esto hace comprender que se llevará a cabo una acción si la actitud de la persona es favorable y el entorno social también lo es la conducta planificada es la segunda teoría, Ajzen hace referencia que además de encontrarse presente la racionalidad de la conducta humana se complementa con el control consciente de la persona, en donde todo proceso de toma de decisiones implica experiencias pasadas, así como obstáculos internos y externos del entorno actual, el grado conductual del individuo permite identificar el nivel de facilidad para realizar una acción⁴⁸.

Albert Bandura aborda la tercera Teoría la Social-Cognitiva, en la que considera que los factores internos y externos, acontecimientos ambientales, los factores personales y las conductas interactúan en el proceso de aprendizaje, para abordar la teoría Social-Cognitiva este autor habla de las capacidades del ser humano, el modelado, la previsión donde refiere que el ser humano no se limita, es capaz de fijarse objetivos que le permitirá visualizar el comportamiento a futuro y el actuar sobre el mismo. El aprendizaje por observación, la capacidad humana de autorregulación y la autorreflexión, estas capacidades permiten que el individuo se encuentre constantemente en la dinámica de complejidad y rasgos cambiantes con la presencia de un fuerte sentido de eficacia personal, para emplear los recursos efectivamente obteniendo firmes resultados en su actuar⁴⁹.

La autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad, percepción de su capacidad, le ayudará a modificar su conducta, volviéndose repetitiva y adquiriendo cada día más seguridad y satisfacción por su desempeño. Es así como se busca una comunicación efectiva que relacione la promoción de la salud y teorías, que contribuyan al cambio de

una conducta, entre las cuales están: los modelos de creencias en salud, modelos de las etapas de cambio, modelo transteórico y la teoría comunitaria y de cambio social.⁵⁰

Según Pender,⁵¹ el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea,⁴⁶ si un niño observa que en su familia se consumen alimentos salados, además de que permanentemente escucha decir a los padres que “de algo nos hemos de morir”, “la sal sirve para hacernos fuertes”, los niños y adolescentes interiorizan y asumen estos conocimientos para su vida presente y futura, y en consecuencia así se actúa y se asume la conducta no saludable.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por: ⁵¹

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.

- La presencia de barreras para la acción⁵¹, las cuales pueden ser personales, interpersonales o ambientales. En este punto la promoción de determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social. Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que

promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, por lo cual el medio social y económico, influye como determinante al cambio de conducta en una persona.

- La autoeficacia; es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad auto reguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones bajo el concepto de la capacidad para organizar y seguir cursos de acción para obtener diferentes resultados⁴⁹.

- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción, los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

En cuanto a las barreras más comunes en promoción de la salud con mira en el plan de acción en los estilos de vida y del entorno se consideran determinantes por ser un entorno familiar o social adverso y nocivo crea dificultades para adoptar dichas conductas, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona⁵².

El resultado conductual esperado a partir del Modelo de Promoción de la Salud, está determinado por el compromiso hacia un plan de acción, convirtiéndose la promoción de la salud en un estado deseado cuanto se provee determinada²¹ a la persona de cuidado y educación adoptando una conducta saludable.

- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.

- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a

cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

- **Cultura:** es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.

- **Clase o nivel socioeconómico:** es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

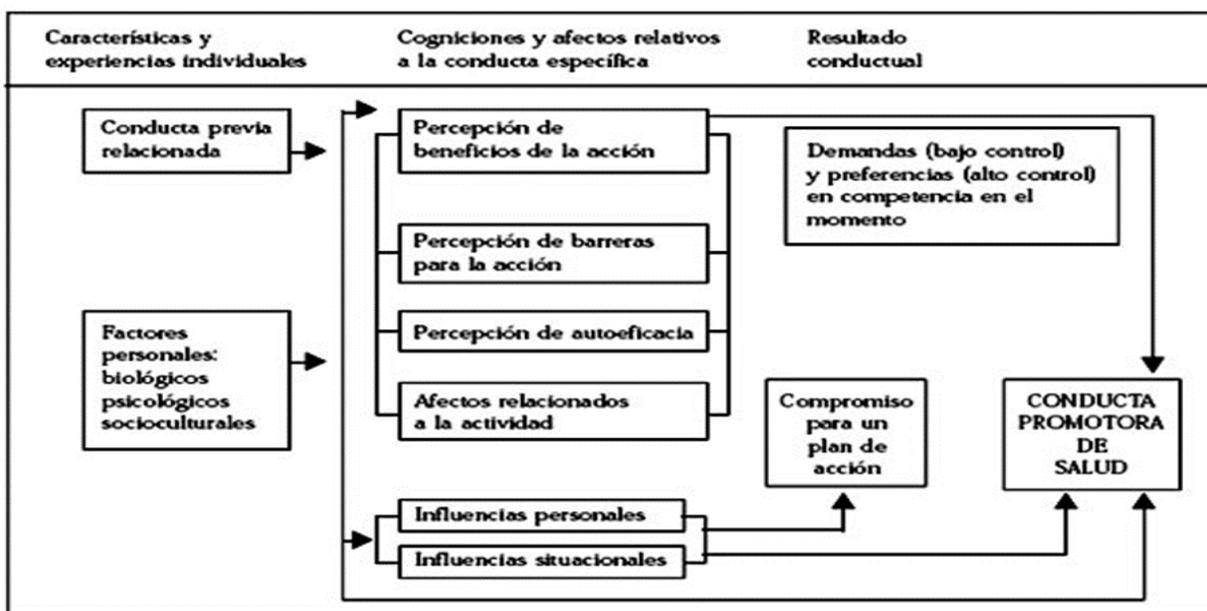
El compromiso hacia una acción es similar a la intención que tiene cada individuo, es importante para predecir diversas conductas en salud y para formular estrategias específicas diseñadas para el accionar de una persona.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud²¹. Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Los problemas de salud globalmente más predominantes, son el resultado de las conductas personales desfavorables y el medio ambiente que comprometen la salud; dentro de estos problemas se encuentran las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el cáncer y la diabetes, las cuales se pueden evitar mediante la adopción de acciones o conductas protectoras contra las enfermedades tales como, bajo consumo de sal, carbohidratos, evitar bebidas alcohólicas, aumento de la actividad física y mantener peso adecuado⁵³. Las enfermedades crónicas pueden volverse cada vez más

prevalentes en muchas naciones como primera causa o como consecuencia de otro padecimiento, lo cual conlleva a crear una carga económica para el estado al ser más costoso el tratamiento de la patología presente, ya que no sólo se debe intervenir sobre ésta, sino sobre los efectos que produce, además se deben desarrollar acciones para la recuperación y rehabilitación del paciente; es por esto que se argumenta que la promoción de la salud es una inversión a largo plazo que evita mayores costos tanto económicos como sociales y de salud en términos de mejor calidad de vida⁵⁴.

Cabe asentar que el Modelo de Promoción de la Salud de Pender figura 2.3 tiene aplicabilidad en la salud pública, ya que permite explicar y predecir aquellos estilos de vida favorecedores a la salud, definidos según la cultura, la edad, el nivel socioeconómico, etc. Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales²¹: 1. Las características y experiencias individuales, 2. La cognición y motivaciones específicas de la conducta y 3. El resultado conductual. Como lo muestra Nola Pender en el siguiente modelo.



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB⁵⁷.

2.4 Intervención educativa.

La conducta de las persona está determinada por múltiples factores personales, institucionales y ambientales que operan e interactúan en los diferentes niveles sea; individual, interpersonal y comunitario, dentro de ellos en el nivel individual se puede identificar el Modelo de creencias en salud, Teoría de la Acción Razonada y Planificada, Modelo de Procesamiento de la Información, Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio, Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones. En el nivel interpersonal se identifican modelos como el Modelo del Aprendizaje Operante, Modelo del Aprendizaje Social, Modelos de Auto-regulación, Modelo de Apoyo Interpersonal/Social y finalmente el nivel comunitario social que habla del acercamiento de intervención comunitaria. La modificación de hábitos y estilos de vida conlleva grandes beneficios para la salud, los estilos de vida poco saludables generan modificaciones en los roles de desempeño de sus miembros, problemas de comunicación y económicos debido a que en su gran mayoría el proveedor del hogar es quien cursa con la patología generando gastos en el cuidado y tratamiento de la enfermedad resulta demasiado alto para la familia y el sistema de salud⁵⁸.

Para Castillejo⁵⁹ la definición de intervención educativa es “la acción sobre otro, con intención de promover mejora, optimización y perfeccionamiento”, el profesional de Enfermería es apto para llevar a cabo intervenciones que alcancen modestos cambios en la conducta de cada individuo para mejorar su salud, utilizando estrategias de intervención educativa a la población, otorgando información integral como base para su actuar, es decir la Promoción de la Salud pretende no solo informar, sino también persuadir, motivar y facilitar la acción, por lo tanto esta intervención se sustenta en la praxis andragógico, de Lindeman⁶⁰ en la cual la enseñanza convencional, ofrece una visión transdisciplinaria que brinda al profesional de enfermería la oportunidad para explorar escenarios más dinámicos y motivadores, en los cuales puede estimular la actividad intelectual de los usuarios y promover la inquietud por acudir a otras fuentes del conocimiento, como es la experiencia de otros congéneres, asegurando así, la fijación de cada elemento aprendido permitiendo y consolidando la base de nuevos aprendizajes

es decir estilos de vida saludables, a partir de una actitud crítico reflexiva que oriente la intervención hacia un modelo educativo innovador desde su escenario.

La atención primaria a la salud es el nivel asistencial más accesible al que llega la mayoría de población, se estima que aproximadamente el 95% de las persona acuden en alguna ocasión a su centro de salud, por consiguiente es un espacio idóneo para llevar actividades de promoción a la salud, no omitiendo que existe diferentes escenarios para estas actividades entre ellos existen grupos de la población en los diversos contextos llámese escuela, hogar, unidades de salud, lugares de trabajo y espacios de la propia comunidad, cuyo objetivo es propiciar espacios de estilos de vida saludable, a través de educación para la salud⁶¹.

2.5 Estudios relacionados.

Melgarejo, et al⁴⁰ en un estudio realizado sobre la eficiencia de los estilos de vida para reducir la cifra de presión arterial, en un periodo de 30 meses en una población de 975 usuarios con hipertensión arterial donde incluyó a hombres y mujeres de 60 a 80 años, obtuvo resultados ante la reducción de la ingesta de sodio, disminución de peso corporal, el 30% de los pacientes lograron suspender la medicación, así como los pacientes que adoptaron alimentación hipo sódica, más ejercicio sólo consumieron la mitad de la cantidad de medicamento antihipertensivo, aumentando los estilos de vida saludable.

En la Habana Cuba, se realizó un estudio de marzo 2009 a octubre 2010, con una muestra de 85 pacientes, aplicando una encuesta antes y después de la intervención la cual tuvo como objetivo la aplicación de una estrategia educativa de prevención que permitiera establecer conductas saludable y eliminar conductas de riesgo en los usuarios con hipertensión arterial, se formaron grupos de 15 usuarios, se otorgaron sesiones cada 15 días, durante 7 meses, las sesiones se utilizó videos educativos, conferencias, charlas educativas impartidas por médico y Psicóloga, posterior al trabajo educativo se encontraron los siguientes resultados, antes de la intervención la cifras de presión arterial grupal controlada se encontraba en 54.1% al término de la intervención el 78% de los usuarios se encontraban controlados, en el índice de masa corporal se aumentó en un

12.9% de normo peso por lo que redujo los pacientes con sobrepeso y obesidad, la reducción del consumo de sal antes de la intervención era de 47,1% y posterior se incrementó a 77,6% de usuarios que disminuyeron el consumo, en cuanto a la ingesta de grasas solo el 40% lo evitaba, aumentando a un 70,6% de incremento, y de vegetales antes de la intervención sólo el 64,7 % lo consumía para el término de la intervención aumento a un 77,6% como se puede observar la educación en salud reduce los riesgos nocivos para la salud, el aumento de los hábitos saludables conlleva al control de la presión arterial⁶².

Un estudio realizado que trata de la efectividad de un programa de intervención educativa en el año 2011 en Camagüey Cuba, consistió en conformar un grupos de 48 usuarios, se realizaron 11 sesiones de trabajo con duración de una hora en un lapso de 11 semanas. El programa de intervención biopsicosocial estuvo compuesto por cuatro etapas: primera; se seleccionaron los usuarios, segunda; identificación de los factores de riesgo, tercera; diseño y aplicación de una intervención educativa sobre los factores de riesgo identificados encaminada a incrementar los conocimientos, cuarta; evaluar los conocimientos después de la intervención educativa. La intervención abarcó educación sobre hipertensión arterial un riesgo para la vida, cuidado del usuario hipertenso, riesgo y factores modificables, ingesta del alcohol, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, hábito de fumar, obesidad, importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Datos que se identificaron antes de la intervención educativa sobre los conocimientos fueron; el 62,5% hábito de fumar, el alcoholismo 52%, y la obesidad con 43,7%, hipercolesterolemia con 33.3%, los resultados encontrados después de la intervención educativa se resumen a que se logró incrementar los conocimientos de los factores de riesgo en la población estudiada con mayor impacto en hábitos de fumar y obesidad en 100%, hipercolesterolemia y la inactividad física 81,2%, es decir aunque este estudio no reporta cifras de presión arterial antes y después de la intervención se demuestra que la intervención educativa es la herramienta didáctica para aumentar sus conocimientos y concientizar los hábitos saludables⁶³.

En otro estudio se muestran los avances y logros que se dan a través de la intervención educativa, buscando la modificación de estilos de vida saludable realizado en Manzanillo Cuba; en la policlínica III “Rene Vallejo Ortiz”, que fue comprendido de mayo 2010 a mayo 2011, este estudio fue realizado con la finalidad de modificar los estilos de vida sobre los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular, donde la hipertensión arterial al inicio de la intervención predominó la HTA descompensada, con 76,9% , la no práctica de ejercicio físico con 57,6%, más tarde cuando se aplica la intervención educativa se constata que el 57,6% de los pacientes normalizaron las cifras de tensión arterial, el 34,6% se incorporaron a la práctica de ejercicios físicos, así como 26,9% modificaron su conducta ante la ingestión de bebidas alcohólicas y la alimentación⁶⁴.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de estudio

El tipo y estudio de la presente investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, de tipo cuasi experimental de corte longitudinal⁶⁵, lo que implica trabajar con un grupo intacto, con diseño de series cronológicas que consistirá en dos mediciones que se hacen en las personas en estudio, esto es antes y después de la intervención educativa, y longitudinal porque permiten estudiar los procesos de cambio y sus posibles causas. El estudio se llevó a cabo en el centro de Salud Progreso de Obregón durante 2013 - 2014, el cual se encuentra ubicado en avenida 16 de septiembre número 10 Progreso de Obregón Hidalgo.

3.2 Universo y muestra

El universo de trabajo corresponde a la localidad de Progreso de Obregón cuenta con un universo de 22,217 habitantes, con una muestra de 196 pacientes de los cuales, 156 usuarios con diagnóstico de Diabetes e Hipertensión, 40 usuarios tienen como enfermedad única hipertensión arterial, de los cuales sólo 20 son fueron seleccionados con muestreo de conveniencia, y cumplen con los criterios de inclusión, siendo usuarios que se encuentran en censo de enfermedades crónico no transmisibles del centro de salud de Progreso de Obregón con fecha abril 2013. De los cuales 7 de ellos oscilan entre los 37 y 47 años de edad, 13 entre los 48 y 60 años de edad, siendo la ocupación principal el hogar, empleadas y jornaleros, trabajando con un total de 17 femeninos y 3 masculinos.

Criterios de inclusión

Pacientes de 37 a 60 años de edad que asistan al programa de enfermedades crónicas no transmisibles, que deseen participar voluntariamente en el estudio, que tengan una actividad como ocupación, previo consentimiento informado (anexo 1).

Criterios de exclusión

Mayores de 60 años, que no se encuentren censados en el programa de enfermedades crónicas no transmisibles, que no deseen participar en el estudio, que padezcan diabetes mellitus, que padezcan discapacidad motora.

Criterios de eliminación

Personas que no contesten el cuestionario de J. Nola Pender, que no firmen el consentimiento informado y que acudan a las sesiones educativas en un 50% o menos y que durante el estudio se nieguen a continuar.

3.3 Material y métodos

Para iniciar el trabajo de campo en la investigación, se sometió al comité de Investigación, al comité de Bioética de la Facultad de Enfermería para su aceptación, se solicitó la aprobación al coordinador médico municipal y a la subjefe jurisdiccional a través de un oficio de solicitud, una vez otorgado el permiso por parte de la institución se llevó a cabo una reunión con los usuarios para dar a conocer los objetivos del programa, el tiempo que permanecerá el programa (4 meses), entre otros datos importantes es dar a conocer que será un total de 16 sesiones, 1 sesión cada semana con duración de 2 horas. Se dará a conocer los lineamientos del consentimiento informado, en el cual se les garantizará confidencialidad de la información. Al llegar a un consenso quedó conformado el grupo de investigación.

El contenido de la intervención educativa, basada en el modelo de promoción involucrará siete temáticas que tienen que ver con características y experiencias individuales (introducción del programa, conocimiento del padecimiento, factores de riesgo), cogniciones y afectos relativos a la conducta específica (estilos de vida, tratamiento farmacológico y no farmacológico e importancia de la red familiar) y resultado conductual (motivación, y el compromiso para un plan de acción), en 16 temas, cada tema tendrá un tiempo estimado de 2 horas aproximadamente.

Al inicio del programa con intervención educativa se realizará una pre evaluación que permitirá conocer de inicio; un diagnóstico de los estilos de vida que practican en su vida cotidiana, mismo que será aplicado al final de la intervención educativa para medir los logros que se obtuvieron, así como también se realizarán las medidas antropométricas correspondientes, la intervención educativa se estima se llevó a cabo en el aula de usos múltiples del centro de salud Progreso de Obregón Hgo. Bajo la siguiente Operacionalización de variables (anexo 2).

Operacionalización de las Variables

Variabes sociodemográficas:	Edad, Sexo, Estado Civil.
Variabes dependientes:	Hipertensión arterial, medidas antropométricas (IMC, peso, circunferencia de cintura).
Variabes independientes:	Estilos de vida, intervención educativa.

3.4 Instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó en el pre y post evaluación es el interrogatorio PEPS-I (2010) de Nola J. Pender⁵⁷. Cuestionario de perfil de estilo de vida (anexo 3), que consta de 40 reactivos, de los cuales 13 reactivos hacen referencia al autocuidado, 19 a factores Psicológicos, 4 de factores socioculturales y 4 a factores de dependencia, en este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vive el cliente en relación con sus hábitos personales actuales, no hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir, se marca con una x el número que corresponda a la respuesta que refleje, los parámetros establecidos de respuesta se encuentra 1= nunca 2 = a veces 3 = frecuentemente 4 = rutinariamente, este instrumento de forma inicial en la pre evaluación efectuará un diagnóstico inicial para conocer los estilos de vida que actualmente practican los usuarios, de la misma manera se aplicará al finalizar la intervención (anexo 4), los valores que en este instrumento se establecen en relación a estilos de vida, se evalúa en puntos; 40 a 59 No saludable, 60 a 79 Levemente saludable, 80 a 100 Moderadamente saludable y 101 a 160 Saludable, se realizó prueba piloto obteniendo alpha de Cronbach de 87.0 con

lo que sustenta la utilización del cuestionario. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de varianza de dos factores entre ellos la presión arterial y el sexo los datos se interpretaron a través del programa estadístico SPSS versión número 20 a través de gráficas e interpretaciones.

3.5 Ética del estudio

El presente trabajo implica aspectos éticos, todo ser humano posee garantías individuales las cuales se encuentran fundamentadas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo cuarto, donde establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley general de salud ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, esta ley en materia de investigación refiere que; la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general. (Anexo 1)

El presente estudio se fundamenta en la Ley General de Salud en materia de investigación en su título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en el Capítulo 1, Artículo 13, 14, 15, 16,17, 18,19, los Artículos del 20 al 26 hace referencia minuciosa de la importancia del consentimiento informado, a continuación se profundizara en el capítulo 1, artículo 13 que establece que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos de bienestar.

Las bases bajo las cuales se desarrolló una investigación como es el apego a los principios científicos y éticos que la justifiquen, se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorio u otros hechos científicos, se realizará solo si el conocimiento que se busca no se puede producir por otros medios, así como debe prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles, deberá contarse con el documento legal de consentimiento informado de manera escrita, establece también que debe ser realizada por profesionales de la salud que cuenten con experiencia para cuidar la integridad del ser humano así

como debe ser bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes, debe contar con los recursos humanos y materiales necesarios que, garanticen el bienestar del sujeto de investigación, la investigación se llevará a cabo solo cuando se cuente con el dictamen favorable de la comisión de bioética y la autorización del titular de la institución de atención a la salud, fundamentado en el artículo 14 la ley general de salud en materia de investigación⁶⁶.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, se obtuvieron a través de intervención educativa, con una aplicación de cuestionario pre y post del cual se desprende la información que se presenta en el siguiente orden: datos demográficos, medidas antropométricas, dimensiones del cuestionario de estilos de vida, en una muestra de 20 usuarios con padecimiento de hipertensión arterial, que participaron en la intervención educativa de octubre 2013 a febrero 2014, con un total de 24 sesiones.

4.1 Datos sociodemográficos de la población estudiada.

En el cuadro 4.1 se observan las características sociodemográficas de la población estudiada que fue integrada por 20 usuarios con hipertensión arterial, donde se observa que la edad fue fragmentada en dos grupos, el primero es de 37 a 47 años y de 48 a 60 años, predominó el sexo femenino, la ocupación sobresaliente fue el hogar, el estado civil destacado de los usuarios es casado, en quienes predomina la religión católica, nivel de escolaridad primaria, en cuanto a la educación el nivel primaria tuvo mayor porcentaje como se observar en el cuadro 4.1 Características Sociodemográficas.

Tabla 4.1 Características sociodemográficas.		
Variable	Frecuencia	%
EDAD		
37 a 47	7	35
48 a 60	13	65
Total	20	100
SEXO		
Femenino	17	85
Masculino	3	15
Total	20	100
OCUPACION		
Hogar	7	35
Empleada	5	25
Hogar y Empleada	5	25
Jornalero	2	10
Chofer	1	5
Total	20	100
ESTADO CIVIL		
Soltero	3	15
Casado	11	55
Divorciado	2	10
Viudo	1	5
Unión Libre	3	15
Total	20	100
RELIGION		
Católica	16	80
Evangélica	2	10
Cristiana	1	5
Espiritista	1	5
Total	20	100
ESCOLARIDAD		
Primaria Incompleta	2	10
Primaria	12	60
Secundaria	3	15
Preparatoria o Bachillerato	2	10
Licenciatura	1	5
Total	20	100

Fuente: N=20 Cuestionario aplicados de Estilos de Vida Saludable Nola J. Pender

4.2 Medidas antropométricas de la población estudiada.

El Tabla 4.2 muestra los promedios que se obtienen antes y después de la intervención educativa en las diferentes medidas antropométricas. El peso promedio de los integrantes del grupo antes de la intervención educativa oscilaba en 72,355 kg, posterior a esta el promedio se modificó a un 71,615 kg. La estatura se encuentra en un promedio de 152.1 centímetro, el índice de masa corporal de los integrantes del grupo antes de la intervención educativa oscilaba en un promedio de 30.8 kg/m² posterior a esta, las cifras se modificaron a un 30.6 kg/m. La media de circunferencia de cintura en los integrantes del grupo antes de la intervención educativa se encontraba en un 99.6 cm, posterior a la intervención esta cifra se modifica a 96 cm.

Tabla 4.2 Medidas antropométricas de usuarios hipertensos.

Estatura	Peso ant.	Peso des.	IMC antes	IMC después	Cir. Cintura antes	Cir. Cintura después
149	68	68	30,6	30,6	92	83
142	56	56	27,8	27,8	96	90
147	58,9	58	27,2	26,8	95	92
171	106,6	104,5	36,5	35,7	115	114
144	54,2	54,2	26,1	26,1	96	95
146	66,8	62,8	31,3	29,4	107	92
155	68	68	28,3	28,3	84	82
150	64	64	28,4	28,4	95	94
169	105,4	104,4	36,6	36,6	122	122
154	93	93	39,2	39,2	117	114
153	64	62,7	27,3	26,7	98	92
145	56	55,8	26,6	26,5	94	88
140	65	65	33,1	33,1	94	93
160	80,9	80,1	31,6	31,2	106	103
156	112	110	46	45,6	112	105
156	71	70,5	29,2	29	101	97
145	73,4	72,9	34,9	34,7	111	111
158	71,7	70,8	28,5	28,4	88	86
136	41	41,5	22,2	22,5	71	70
166	71,2	70,1	25,8	25,4	98	97
152,1	72,3	71,6	30,8	30,6	99,6	96
Frecuencia y %.	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
	13	65	10	50	17	85
Diferencias	0.700 grs.		0.2 cm.		3.6 cm.	

Fuente: N=20 Cuestionario aplicados de Estilos de Vida Saludable Nola J. Pender 2013

4.3 Presión arterial

La presión arterial de los participantes antes de la intervención educativa se encontraba en una media de 146.3 sobre 84.7 mmHg. Posterior a las acciones que se llevaron a cabo durante la intervención las cifras se modificaron para la sistólica en 126.5 sobre 76.3 para diastólica, en la mayoría de las personas, como se observa en la tabla 4.3 cifras de presión arterial.

Tabla 4.3 cifras de presión arterial.				
Presión Arterial	T/A sistólica antes	T/A sistólica después	T/A diastólica antes	TA diastólica después.
Promedio	146.3	126.5	84.7	76.3
Diferencia	19.8 mmHg.		8.4 mmHg.	

Fuente: N=20 Cuestionario aplicados de Estilos de Vida Saludable Nola J. Pender 2013

Estos resultados tienen contraste con las derivaciones de un estudio realizado en Colombia⁶⁷ el cual tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos, en el cual los signos vitales y las medidas antropométricas que presentaron los participantes fueron los siguientes; la tensión arterial que presentaron era media normal, con pequeños cambios, tanto en las mediciones de la pre prueba como en la pos prueba; en cuanto al peso y las demás medidas, no reportaron cambios significativos, a diferencia en este estudio se logró una variación de 19.8 mmHg. En TA sistólica, mientras que en la diastólica la diferencia fue de 8.4 mmHg. En cuanto al peso se presentó una variación promedio de 700kg y en medidas antropométricas el IMC variación 0.2 cm. En cuanto a la circunferencia de cintura se alcanzó una disminución de 3.6 cm. en promedio.

4.4 Pruebas de hipótesis.

Para analizar las cifras de presión arterial estadísticamente se emplea la prueba de **McNemar**, utilizando distribución binomial, considerando las hipótesis en el que se busca la relación de la presión arterial y el índice de masa corporal, donde H_0 : No existe asociación entre la Presión el IMC y H_1 : Si existe asociación entre la presión y el IMC, obteniendo como resultado. $p = 0.002 < 0.05$, por tanto es baja la probabilidad de que H_0 sea verdadera, por lo que se rechaza, reafirmando que sí existe asociación entre las dos variables, la presión arterial y el IMC.

En otro estudio realizado por Rodríguez²⁰ en España con características del grupo semejantes a las de este estudio en el cual se presentan datos muy semejantes en la presión arterial sistólica (PAS) diferencia media de -5.3 ± 19.6 . (PAD): Presión arterial diastólica -3.9 ± 10.8 . IMC: Índice de masa corporal. Efectividad: (media final-media basal en grupo de estudio). Obteniendo de igual manera como resultado final la significancia en el rango de * p -valor $< 0,05$.

Otra asociación que se busca es la presión arterial y Peso (kg), donde se considera que la hipótesis H_0 : No existe asociación entre la Presión y el Peso y la hipótesis H_1 : Si existe asociación entre la Presión y el Peso. Obteniendo como resultado $p = 0.004 < 0.05$, por lo tanto es baja la probabilidad de que H_0 sea verdadera, por lo que se rechaza, se ratifica que si existe asociación entre las dos variables, la presión arterial y peso.

Se aplicó la prueba **Wilcoxon** utilizada para datos categóricos-numéricos, para analizar si las presiones arteriales superiores, antes y después, como se puede observar en esta prueba la comparación de presión superior antes y después la $p = 0.000$ menor a $0,005$, por lo tanto, se afirma que sí hay diferencia en las presiones arteriales superiores, lo mismo que ocurrió con la comparación de la presión inferior antes y después donde se observar la $p = 0.001$ menor a $0,005$, por lo tanto, sí hubo diferencia en las presiones arteriales inferiores.

La distribución del peso no es normal bajo la prueba de **Kolmogorov-Smirnov** ($p = 0.251$ y $0.278 > 0.05$) entonces se aplicó la Prueba de contraste prueba de Wilcoxon. El resultado obtenido bajo esta prueba como se puede observar la $p = 0.003 < 0.05$ por lo tanto, sí hay diferencia en las medianas de los pesos antes y después de la intervención.

El mismo caso sucedió al aplicar la prueba de normalidad para índice de masa. El resultado obtenido bajo la prueba de Wilcoxon es $p = 0.007 < 0.05$ entonces se concluye que sí hay diferencia en las medianas del IMC antes y después de la intervención educativa.

Con esta misma prueba se interpretó los datos de circunferencia de cintura, obteniendo como resultado que $p = 0.000 < 0.05$ entonces se dice que sí hay diferencia en las circunferencias antes y después de la intervención.

4.5 Estilos de vida y sus dimensiones

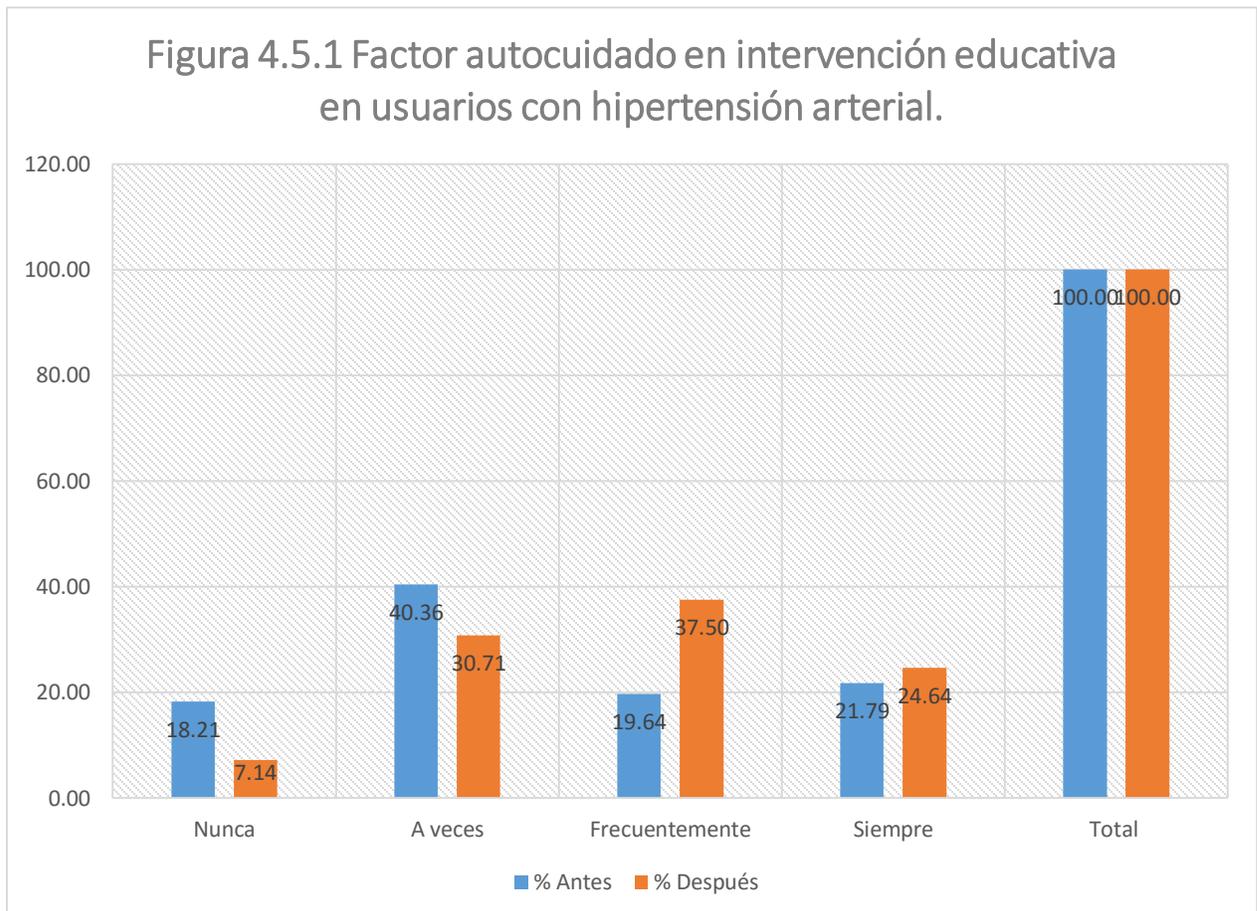
Para Nola J. Pender⁵ abordar los estilos de vida desde el concepto de promoción de la salud que lleva implícito el estímulo de las actitudes y conocimientos que permiten a los individuos tomar responsabilidad sobre el propio cuidado y a través de la educación para la salud es relevante proporcionar información para crear conciencia sobre el control de sí mismo y el entorno, promoviendo el desarrollo de actitudes y habilidades positivas.

Los resultados en estas dimensiones permiten visualizar en sus cuatro subescalas (autocuidado, psicológico, sociocultural y dependencia), el comportamiento del individuo, caracterizándose por manifestaciones de la cultura, vivencia, alimentación, vestido. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Por lo que en las siguientes figuras se muestran los resultados encontrados antes y después de la intervención.

4.5.1 Autocuidado.

La dimensión de autocuidado consta de 14 reactivos en los se presume acciones que el individuo ejecuta para preservar y/o mejorar su estado de salud, tales como ejercicio, ingerir alimentos que no contienen conservadores, comer frutas y verduras, reconociendo que los alimentos de preparación instantánea son dañinos para la salud, por mencionar algunos, como se observa en la figura 4.5.1 hubo una modificación positiva después de la intervención con el 37.50% que corresponde a frecuentemente en este rubro se expresa el compromiso que los usuarios tuvieron para cambiar sus hábitos, y se observa en el rubro siempre que hay una variación antes 21.79% y después un 24.64%, siendo estos los más destacados.



Fuente: Cuestionario de Estilos de Vida Saludable Nola J. Pender 2013/2014

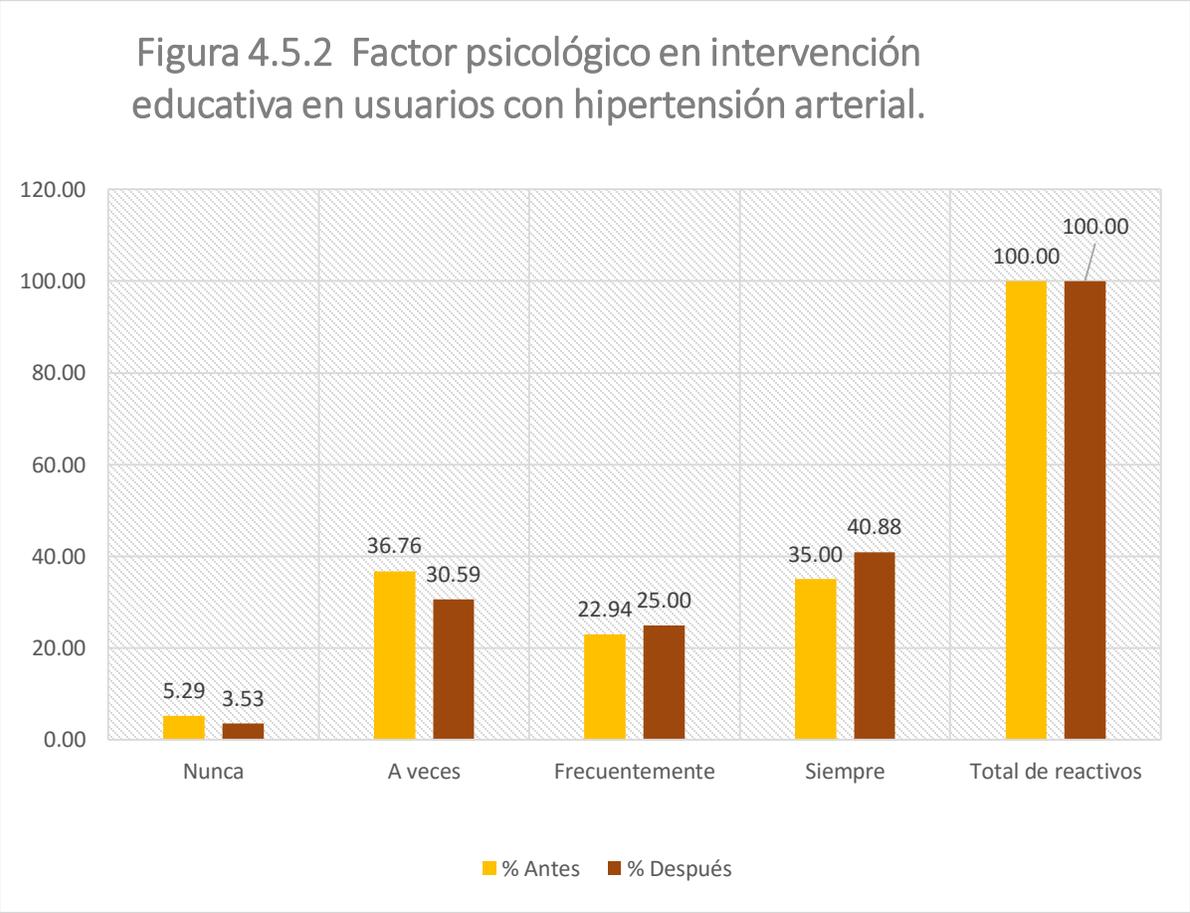
Estos resultados coinciden con los encontrados en un estudio realizado por Melgarejo, et al⁴⁰ sobre la eficiencia de los estilos de vida para reducir la cifra de hipertensión arterial, en una población de 975 usuarios con hipertensión arterial que incluyó ambos sexos, donde obtuvo importantes resultados ante la reducción de la ingesta de sodio, disminución de peso corporal, además que el 30 % de los pacientes lograron suspender la medicación, así como los pacientes que adoptaron alimentación hipo sódica y mayor ejercicio, solo consumieron la mitad de la cantidad de medicamento antihipertensivo, los resultados que se obtuvieron es coincidente con la intervención educativa aplicada, logrando resultados positivos a través de la modificación de los estilos de vida, como es alimentación y ejercicio. Otro estudio realizado por Fernández⁶⁷ los resultados que se obtuvieron no son similares, en este último no logran cambios significativos en el autocuidado, sin en cambio el estudio concluye que la intervención de enfermería es fundamental a nivel educativo, que propicie cambios de conducta, logre motivar y concientizar a los pacientes para el autocuidado, aumentando el interés hacia su salud, a través de intervenciones educativas que salvaguarden y generen nuevos estilos de vida saludable en el usuario.

4.5.2 Factor psicológico.

La dimensión del factor Psicológico lo constituye 17 reactivos, siendo éste el más amplio de los cuatro, el cual permite valorar el sentir interno e individual de los integrantes, como por ejemplo la autoestima, me siento apoyado y querido por mi familia, demostraciones de cariño, manejo de emociones, hay cosas de mí que no me gustan y quiero cambiar, la disposición para sufrir cambios. Como se muestra en la figura 4.5.2 las conductas o acciones que realizaban “frecuentemente” aumentó a un 25% así como también se incrementó el “siempre” al 40.88% es decir las acciones que se encontraban en una práctica de “nunca” o “a veces” disminuyeron de forma positiva, aumentando los primeros rubros ya mencionados.

Es significativo a razón que algunos de los ítems con mayor predominio que se encontraron fue el autoestima, se encuentra en parámetro normal, es decir los usuarios que al inicio de la intervención se encontraban con autoestima baja lograron aumentarla,

seguido de los puntajes obtenidos con la satisfacción que les causa el desempeño de sus actividades, el afrontamiento de problemas de forma positiva y el agrado de verse y sentirse bien, estos tres últimos bajo el mismo dominio.



Fuente: Cuestionario de Estilos de Vida Saludable Nola J. Pender 2013/2014

Como lo afirma Lindeman⁶⁰ en el método que utiliza para la educación en el adulto en su segunda premisa, el individuo siente una necesidad Psicológica profunda de ser considerados y tratados como capaz de auto dirigirse, debido a su auto concepto, que se forma a través de la interpretación de la propia experiencia en la sociedad en que vive definiendo metas a lograr⁶⁸.

Los resultados tienen similitud con un estudio realizado en una intervención psicosocial en Cali Colombia por Holguín⁶³ el cual cita la Teoría de la Autoeficacia de Bandura, que hace referencia a la convicción de la persona, de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados, estudio que citó temas como;

hipertensión arterial, a través de la autoeficacia, percepción de control sobre la enfermedad, manejo del estrés, autoestima entre otros, en el que las creencias cognitivas y afectivas que tiene la persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta fueron decisivas, y motivadas para el resultado positivo de la intervención educativa.

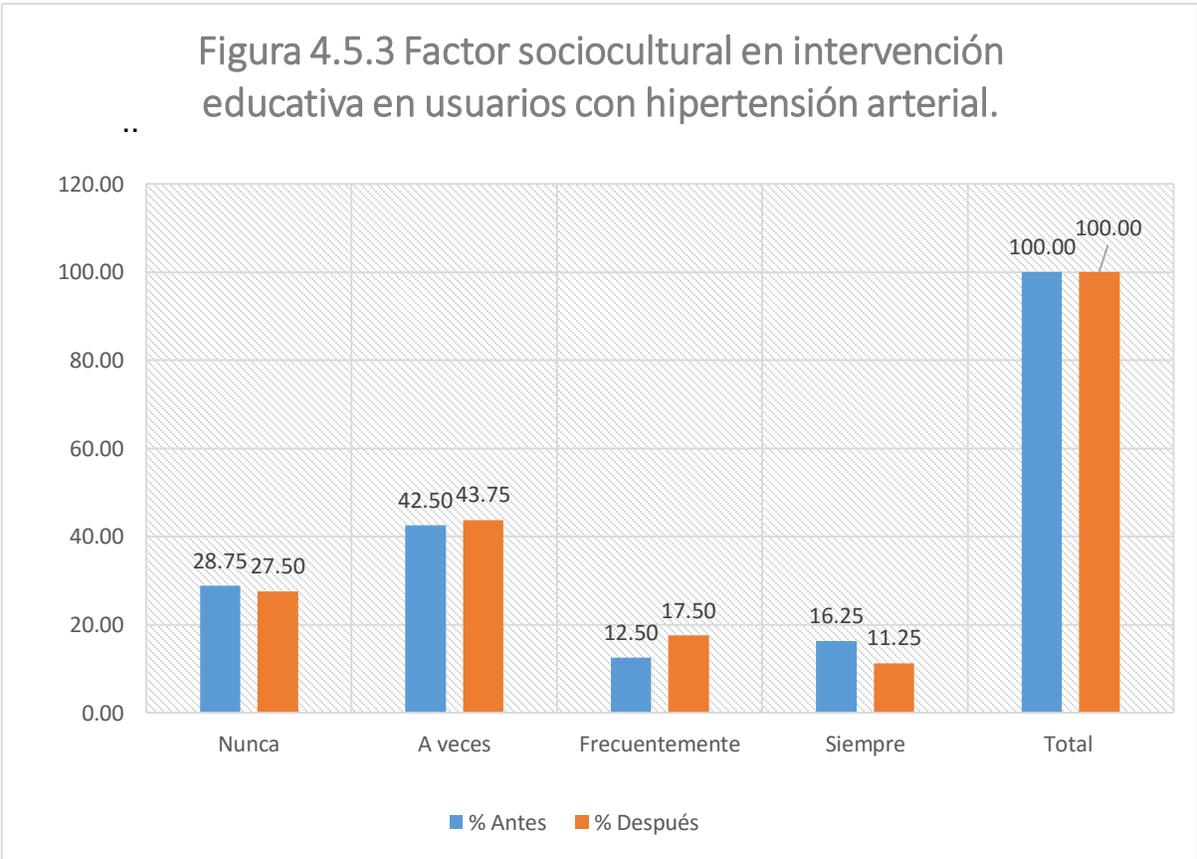
En Montaña Alta, Carrizal, Estado Bolivariano de Miranda se realizó un estudio de tipo cuasi experimental con una muestra constituida por 25 usuarios, donde se evalúa la aplicación de una intervención educativa en relación a la presión arterial elevada y los factores de riesgo modificables, aplicando un pretest y posttest, encontrando en la primera etapa que el 40% de los usuarios tenía conocimiento en cuanto a los valores y riesgos de la hipertensión y un 32%, acerca de las complicaciones atribuibles a esta enfermedad, lo cual evidencia el déficit de información en los usuarios en relación a la presión arterial elevada, posterior a la intervención educativa se observa en forma significativa que los usuarios modificaron la información sobre los valores de presión arterial elevada y sus complicaciones en el 80%, así como también hubo un cambio significativo en relación a los factores de riesgo modificables 92%⁶⁹.

4.5.3 Factor sociocultural.

La dimensión del factor Sociocultural se integra por 4 reactivos, los más destacados en este estudio fueron; “me incomoda la idea de tener sobrepeso”, “problemas y deterioro de relaciones familiares”, sin duda en este factor el papel de la sociedad influye de forma directa o indirecta a través de conductas o medios de comunicación, como lo menciona Leyva⁷⁰ coadyuvando a formar una cultura con características propias del individuo en donde actualmente la sociedad estigmatiza a la persona con sobrepeso u obesidad contribuyendo a una idea equivocada, trabajando para su aceptación social, denotando pocos deseos de cambiar su apariencia física y mantener la calidad de vida⁷¹. Previamente a la intervención en la aplicación del pretest, las respuestas en general fueron negativas al responder “siempre”, ejemplo de ello; la incomodidad con el sobre peso, problemas y deterioro de relaciones familiares, teniendo íntima relación esta primera con el aumento de presión arterial. La figura 4.5.3 muestra

las respuestas positivas después de la intervención educativa, en el rango “siempre” que comprendió una disminución del 16.25% a un 11.25%, en los 4 ítems que se valoraron.

De igual manera se observó un aumento considerado después de la intervención en el rango “frecuentemente” a un 17.50%, es decir no responden el “siempre” de manera importante, aumentando en su contestación a “frecuentemente” o “a veces”, este impacto se refleja en la mejora de las relaciones familiares, actitudes y autoestima.



Fuente: Cuestionario de Estilos de Vida Saludable Nola J. Pender 2013/2014

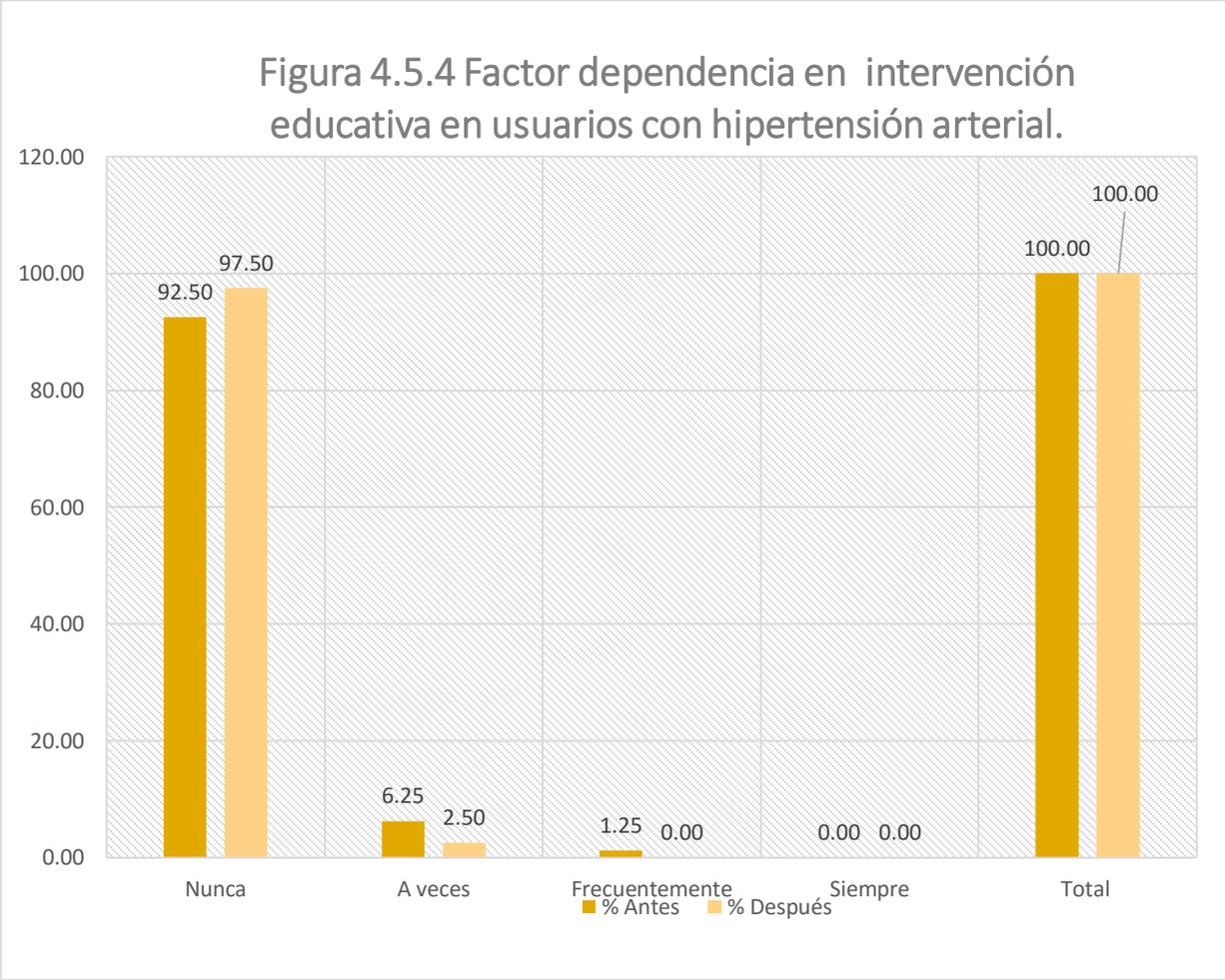
Para estudiar los factores socioculturales en este trabajo de investigación se buscó la relación que existe entre sobrepeso, hipertensión arterial, relaciones familiares y autoestima, esta última como piedra angular del sobrepeso, debido a que es una enfermedad multifactorial y compleja que tiene factores predisponentes como; los genéticos, metabólicos, fisiológicos, psicológicos y sociales⁷², la asociación entre obesidad y presión arterial, lo demuestran numerosas publicaciones, refieren una relación

directa entre el aumento de peso corporal y el incremento de los valores de presión arterial, la repercusión en la salud de manera directa con la presencia de hipertensión arterial en adultos obesos comparados con adultos en peso de estándares normales⁷³ además se considera que el sobrepeso se relaciona con un problema del cuerpo, pero que afecta directamente las relaciones sociales, autoestima, generando una conducta de auto defensa agresiva Ovalle⁷⁴ . El estudio realizado por Salinas⁷⁵, donde busca determinar factores psicosociales como la autoestima en usuarios con sobrepeso y funcionalidad familiar en 604 estudiantes, encontrando similitud al inicio de esta investigación, en donde la autoestima se encontraba baja debido a la idea de tener sobrepeso y los problemas de relaciones familiares, en comparación con este estudio los resultados encontrados fueron que el 52.0% de estudiantes con sobrepeso se encuentra con autoestima baja, mientras la mayoría de estos se encontraban con una funcionalidad familiar normal, debido a que la familia y el entorno social también desempeñan un papel importante.

4.5.4 Factor dependencia

En este factor, se busca conocer las prácticas dañinas que el usuario lleva con frecuencia ante situaciones estresantes y que perjudican su salud, existen 4 reactivos, los cuales permiten conocer aquellas prácticas nocivas del usuario con hipertensión y son; consumir alcohol ante situaciones de estrés o/y problemas, fumar por encontrarse ansioso, cansado o contento, consume algún tranquilizante y el consumo de sustancias que provoque dependencia, lo que da la pauta para conocer las posibles complicaciones que puede presentar el usuario con hipertensión arterial, así como es sabido que en la actualidad existen sustancias lícitas como el alcohol y tabaco. En el factor dependencia lo más indiscutible antes de la intervención educativa fue el parámetro “siempre” se encontraba en 0% y al término de la intervención se mantuvo en esta misma puntuación, mientras que “a veces” y “frecuentemente” se encontraba de mayor a menor con mínima significancia de presencia, posterior a la intervención educativa, el factor “a veces” tuvo una disminución de 3.75% y “frecuentemente” de 1.25%, se incrementó de forma positiva el parámetro nunca con 5%, los cambios ocurridos fueron; pacientes que fumaban dejaron de hacerlo, al igual que los que consumían sustancias que provocaran

dependencia (café y coca cola), sin embargo el cambio en el reactivo “me gusta consumir alcohol ante situaciones de estrés o/y problemas” no hubo cambios significativo, siendo esta adicción licita una oportunidad de mejora a través de estrategias específicas que se aborden en la intervención, observando que la intervención educativa coadyuva a modificar sus hábitos, como se observa en la figura 4.5.4



Fuente: Cuestionario de Estilos de Vida Saludable Nola J. Pender 2013/2014

Un estudio que confirma la importancia de la aplicación de intervención educativa en clientes hipertensos es el citado por Proenza⁶⁴ donde se observaron los siguientes resultados antes de la intervención educativa, encontrando que el 76,9% de usuarios cursaba con presión arterial descompensada, posterior a la intervención el 57,6% de los pacientes normalizaron las cifras de tensión arterial, a través de modificar los estilos de vida y factores de riesgo principalmente, su conducta ante la ingestión de bebidas

alcohólicas y la alimentación sufrieron cambio del 26,9%, encontrando cambios positivos, comparado con los clientes hipertensos de este estudio donde es el único reactivo donde no sufre cambios significativos. Rodríguez²⁰ revela en un estudio que se modificó el consumo de alcohol en un 2.7% mientras, Tarazón⁷⁶ dejar ver en un artículo reciente la disminución el número de fumadores a 19.0%, debido que antes de la intervención oscilaba en el 34.0% de tabacalero, en el consumo del alcohol el 5% consumía y al término de la misma el resultado fue poco significativo debido a que se logró el 4%, este estudio es comparativo con la investigación realizada debido a que los avances en este último fueron insignificantes demostrando que dentro de los hábitos nocivos para la salud, es más factible generar cambios en usuarios que fumen tabaco a los que consumen alcohol. Aunque ambas sustancias nocivas crean dependencia física y psicológica, por ser una conducta aprendida y dependencia social, su consumo continuo altera la cifra de presión arterial, es aquí la importancia de evitar el consumo de estas⁷⁷.

4.6 Evaluación de la eficacia de la intervención educativa.

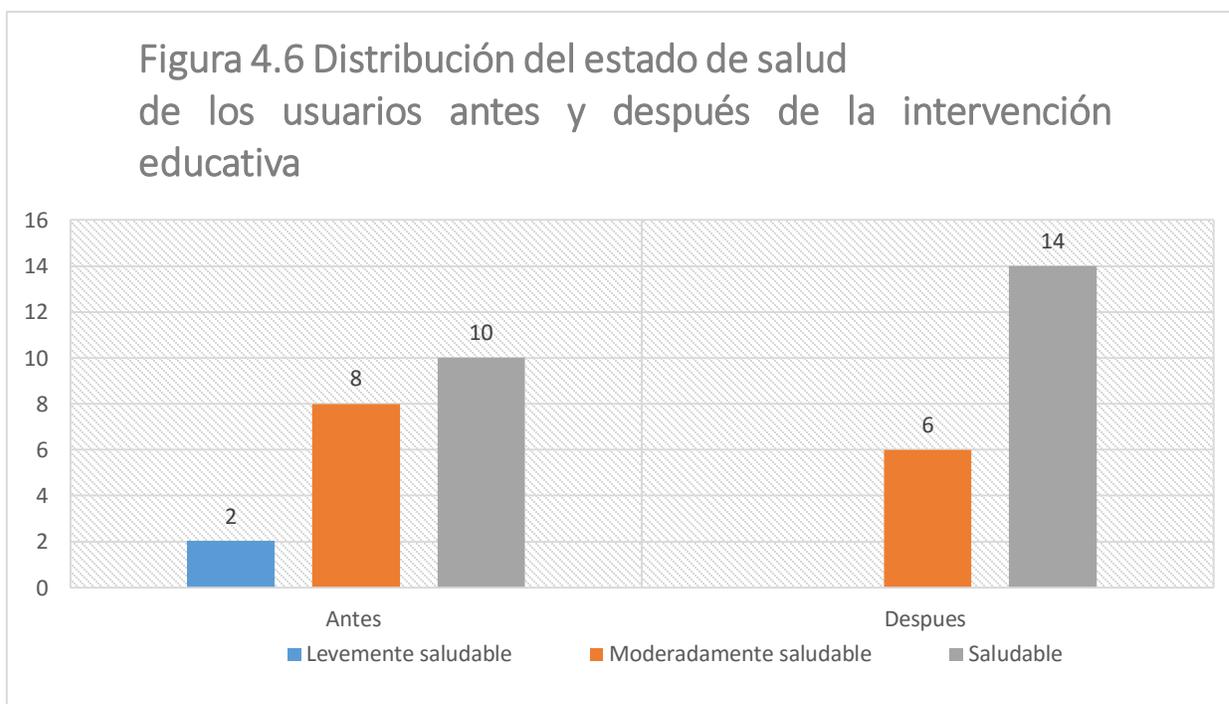
Para evaluar los cambios esperados en los hábitos antes y después de la intervención, parte de conocer los parámetros utilizados en el instrumento de estilos de vida de Nola J. Pender como se muestra a continuación.

Tabla 4.6 Parámetros que establece el cuestionario de estilos de vida, Nola J. Pender.

40-59	No saludable
60-79	Levemente Saludable
80-100	Moderadamente saludable
101-160	Saludable

Por lo que en la siguiente figura 4.6 se puede interpretar que antes de la intervención el 10% se encontraba en un parámetro levemente saludable, mientras el 40% se encontraban en moderadamente saludable, y el 50% se encontraba en saludable. Posterior a la intervención educativa el parámetro levemente saludable desapareció, lo que no fue basto permanecer en moderadamente saludable si no este último sufre cambios positivos en el cual sólo el 30% permanece en él, confirmando que el parámetro saludable se incrementó del 50 al 70% como lo muestra la figura.

De acuerdo a los resultados obtenidos se tiene que de los 20 usuarios hipertensos 6 de 20 lograron mejorar su estilo de vida, representando un 30% del total.



Fuente: Cuestionario de Estilos de Vida Saludable Nola J. Pender 2013/2014

Los avances que se obtuvieron en los diferentes factores se describen de la siguiente manera, el factor de autocuidado mejoró en un 40%, el factor sociocultural sufrió cambios en un 90%, en el factor de dependencia es claro que no consumen sustancias que les provoque dependencia alguna y por último el factor psicológico se modificó en un 48% esto se debe a que su autoestima se incrementó.

La prueba estadística Wilcoxon para muestras relacionadas, bajo esta prueba no paramétrica se pretende probar que las medianas antes y después de la intervención educativa son diferentes, para tal efecto se plantearon las siguientes hipótesis:

Ho: La distribución de los hábitos de los usuarios con hipertensión arterial antes de la intervención educativa es igual a la distribución de los hábitos de los usuarios con hipertensión arterial después de la intervención educativa.

Hi: La distribución de los hábitos de los usuarios con hipertensión arterial antes de la intervención educativa es diferente a la distribución de los hábitos de los usuarios con hipertensión arterial después de la intervención educativa.

Comparación de las medianas antes y después de la intervención educativa

Prueba no paramétrica Wilcoxon fue positiva

Estadísticos de contraste^a	
	Antes – Después de la intervención educativa.
Z	-2.175
Sig. asintótica (bilateral)	.030

Como se puede observar, el valor de la significación asintótica (p) es de 0.030 < a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis alterna Hi. Con esto se deduce que las medianas son diferentes, es decir que la distribución de hábitos cambió en los usuarios con hipertensión arterial después de dicha intervención.

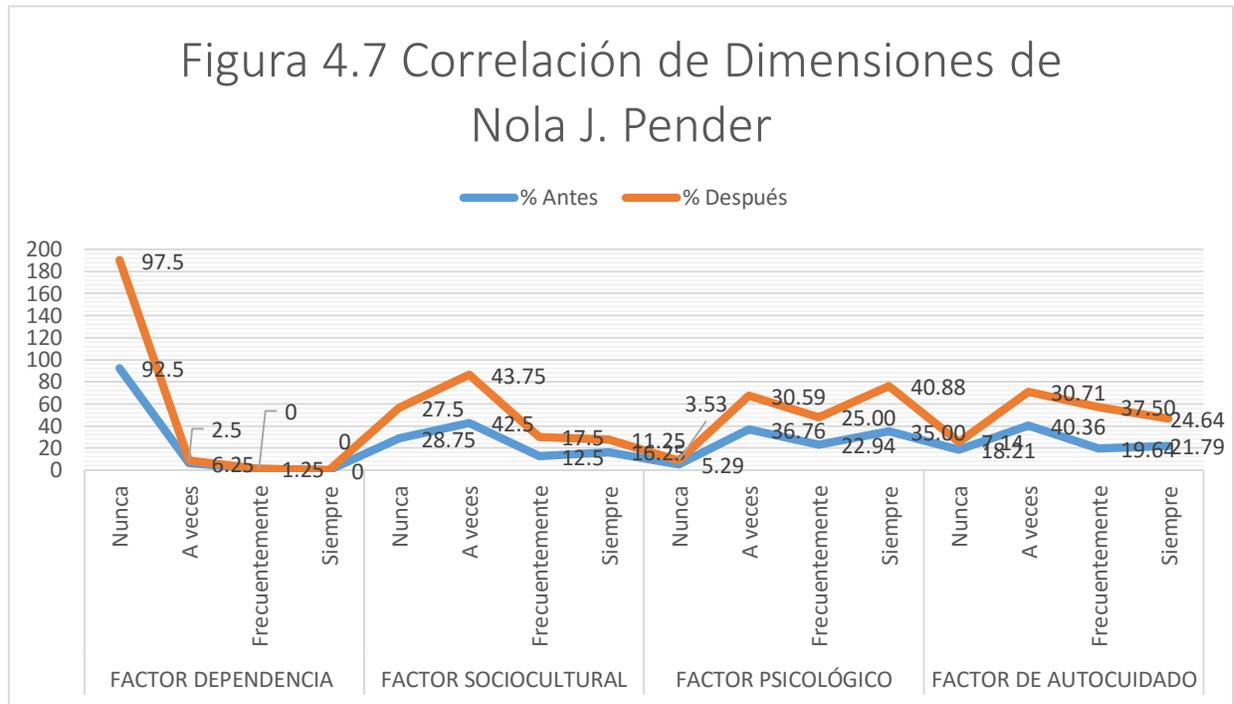
Otra aplicación de prueba estadística es la Chi- Cuadrada, cuando las variables dependientes (ítems) como en este caso son ordinales, se aplicaron esta prueba considerando positivo el siguiente planteamiento de la hipótesis:

H₁: Si hay diferencia en la aplicación de la estrategia educativa, dirigida a los usuarios con hipertensión arterial en el Centro de Salud Progreso de Obregón, Hidalgo, durante 2013.

Pruebas de chi-cuadrado	
	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.000
Razón de verosimilitudes	.000
Asociación lineal por lineal	.000

Valor de P: 0.000

Interpretación del valor de P: La probabilidad de que Ho sea cierta es del 0.0% es menor al máximo nivel de significancia que se encuentra dispuestos a aceptar del 5%, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Se concluye que sí hay diferencia en el nivel de conocimientos después de aplicar la intervención educativa, dirigida a 20 pacientes del centro de Salud Progreso de Obregón durante 2013 -2014, el cual se encuentra ubicado en avenida 16 de septiembre número 10, Progreso de Obregón Hidalgo. Ver la figura 4.7



Fuente: Cuestionario de Estilos de Vida Saludable Nola J. Pender 2013/2014

La correlación de factores permite observar los cambios que se dieron antes y después de la intervención, así como las diferencias que se tuvo en cada uno, se deduce que la intervención bajo el modelo de Nola Pender permitió identificar características y experiencias individuales de las personas participantes, así como sus conocimientos sobre su padecimiento y el estilo de vida que cada uno tenía, esto permitió, que la intervención educativa pudieran tener efectos positivos por el compromiso de modificar paulatinamente las conductas al observar algunos beneficios obtenidos como fue el control de su tensión arterial al modificar sus hábitos.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La aplicación de una intervención educativa, modifica en un 20% los estilos de vida saludable y ayuda a mantener un mejor control del usuario con hipertensión arterial, retomando la hipótesis y conociendo el diagnóstico previo que se realizó al aplicar el instrumento y explicarles la dinámica de la intervención, permitió socializar con el grupo, creando un ambiente de confianza el cual se logró a través del seguimiento individual, visitándolos e invitándoles a participar. El conocer su ambiente familiar asintió identificar las barreras que al principio de la intervención manifestaban como pretexto para cambiar su estilo de vida.

La participación en la intervención educativa al inició fue por parte de ellos solo de espectador, en las siguientes sesiones tuvieron participación activa, sobre todo porque el programa inició escuchando las experiencias individuales para mantener, consolidar y enriquecer los intereses de los participantes y que se pudieran romper las barreras generacionales y de comunicación entre ellos y el orientador, con el conocimiento y utilización de la metodología didáctica basada en Lindeman y el empleo de técnicas y procedimientos para que la enseñanza pudiese posibilitar a los participantes aprovechar su tiempo, voluntad y potencialidades en sus intereses, necesidades y expectativas.

La consideración de los factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con el enfoque tanto de Lindeman como del modelo de Pender son predictivos de una cierta conducta, y están manifiestos en los estilos de vida y que se relacionan con sentimientos, emociones, creencias, específicos de la conducta que puede llevarlos al deterioro de su salud si no hay una percepción de los beneficios de una acción para mejorarla.

Al aplicar el modelo de promoción de la salud de Pender, con el sustento pedagógico de Lindeman se buscó mostrarles nuevos rumbos prospectivos y promover el principio de que en todo grupo humano, educarse es progresar orientando todas las

fortalezas hacia una mejor calidad de vida. Con la aportación activa de los participantes se fue desarrollando un ambiente muy agradable entre ellos, los cuales se motivaban para continuar en el programa al observar los beneficios percibidos por las acciones que realizaban en cada sesión y sobre todo porque sentían el apoyo familiar para poder llevar su dieta, ejercicios, entre otros. Como expresión de la conducta de salud.

Las barreras que ponían de pretexto al principio para realizar las actividades, se fueron disminuyendo y ellos mismos estableciendo un compromiso con el programa sobre todo al percibir la auto eficacia, que representa la percepción de competencia de cada uno para ejecutar una actividad para mejorar su estilo de vida, el círculo de afecto que se fue dando en el grupo, con demostración de emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos y favorables hacia una mejora de su padecimiento; lo cual permitió que las influencias interpersonales, se consideraran para que las personas se comprometieran a adoptar conductas de promoción de salud, sobre todo cuando sus familiares más importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; y finalmente, el compromiso para establecer un plan de acciones individuales y de grupo para continuar con mejores estilos de vida.

Nola Pender, diseñó su modelo para evitar que las personas lleguen por una complicación a un hospital, adquiriendo conductas promotoras de la salud, además es un modelo que a diferencia de otros que están elaborados para el cuidado de la persona enferma, éste modelo se enfoca en el mantenimiento de la salud, el profesional de enfermería puede utilizarlo para lograr que la población que cuida adopte un estilo de vida que le garantice su salud en lugar de cuidar su enfermedad, además ofrece la posibilidad de evaluar a la persona que tiene riesgo de sufrir una desviación de la salud producida por la falta de prevención y educación para la salud, por lo que es importante poder actuar antes de que se produzcan alteraciones que lleven a las personas a una atención hospitalaria, con riesgo para la vida y función.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Internet Disponible en (www. WHO. Int.). Ginebra; 2012.
2. - OMS Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020 Number of pages: 55; Publication date: 2013. Languages: English. ISBN: 978 92 4 150623 6. Nota descriptiva Enfermedades Cardiovasculares. 2015
- 3.- Arzamendia G. Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud. Eureka 2011; 8(2): p.278-290.
- 4.- Gomez R, Monteiro H, Cossio Bolaños A, Fama cortez D, Zanesco A. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Rev. Perú. Médica exp. Salud Publica. 2010 julio; 27(3): p. 379 - 386.
- 5.- Aristizábal Hoyos G P. Blanco Borjas M, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender, Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria; 2011; septiembre; 8(4): p. 16 – 21.
- 6.- Trejo Martinez F. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. Enfermería neurológica. 2010; 9(1): p. 39 – 44.
- 7.- Organización Mundial de la salud; Dia mundial de la salud 2013: mida sutension arterial reduzca su riesgo, Ginebra Suiza 2013.
8. - Sapag J C, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(1): 1–9.
- 9.- Hernandez Barrera L, Rojas Martinez R, Pedroza A, Medina García C, Barquera Cervera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Publica México, 2013; 55(2): p. 144-149.
- 10.- Miguel Soca P E. Sarmiento T.Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Acimed 2009 Septiembre; 20(3): p 92-100.
- 11.- Instituto Nacional de Salud Publica; Encuesta nacional de salud y nutrición, 2012.

- 12.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía; Sistema México cifras Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>
- 13.- Notimex. Hidalgo ocupa sexto lugar con menos casos de hipertensión arterial. Sin Embargo. 2012 mayo: p. 1-3.
- 14.- Sistema de Información en Salud (SIS), septiembre 2012. Jurisdicción sanitaria número 7 Actopan Hidalgo. (SIS 2012)
- 15.- Instituto Nacional de Salud Publica; Sistemas de salud, los costos de la hipertensión en México, 2013 mayo.
- 16.- Arreola Guerra J.M. hacia un registro de biopsias renales. Revista clínica Journal J. AM sociedad nefrológica, 2013; 8(15): p 411 – 419.
- 17.- Blanco Restrepo J.H., Maya Mejia JM. Salud Pública. Fundamentos de salud pública. tercera ed. Colombia: Medellín Colombia; T;I, 2013, p. 88-91.
- 18.- Hidalgo Sdsd. Diagnóstico sectorial de salud. 2014 Julio; p. 102-107.
- 19.- Nava Galán M G.. Modelo conceptual de enfermería, su relación de la ética y bioética del cuidado con la persona y su dignidad. Enfermería Neurológica. 2012; 11(2): p. 91-97.
- 20.- Rodríguez Martín C. et al. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Revista Española de Salud Pública, 2009; 83(3): p. 442 452.
- 21.- Giraldo Osorio A. Toro Rosedo MY, Macias Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodruiguez S. La promocion de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia promocion de la salud. 2010 Junio; 15(1): p.128-143.
- 22.- Carreño Salgado J E. Del valle Rojas F, Cladellas Pross R, Ivanovic Marincovic DM. La comunicación para la salud y sus soportes desde los modelos de Pender: Comunicación y cultura religiosa. Comunicación SEECI. 2011 Noviembre; 26: p. 22-41.
- 23.- Fernández L. Guerrero L. Segura J. Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular Hipertensión, Riesgo Vascular, 2010; 27(1) p. 41-52.
- 24.- Pérez Caballero M D. León Alvarez L, Fernandez Arias A. El control de la Hipertensión arterial, un problema no resuelto. Medica Cubana. 2011 noviembre; 50(3): p. 311-323.

- 25.- López Zúñiga E J. et al. Capacidad del sistema de salud de Chiapas para la prevención, control y atención de las enfermedades crónicas con énfasis en Diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Lacandonia, 2014 junio; 6(1): p. 103-109.
- 26.- Lozano R, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Salud pública México, 2013 diciembre; 55(6): p.580-594.
- 27.- Secretaria de Salud. Plan Nacional de Salud 2007-2012, por un México sano, contruyendo alianzas para una mejor salud, primera edición, México D.F. pag.20.
- 28.- Organización Mundial de la Salud; Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2010. Ginebra: OMS, 2011.
- 29.- OMS/OPS 28.a Conferencia sanitaria panamericana, Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025; 2012 Agosto 3-6, Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012.
- 30.- Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable; Washington, DC: OPS; septiembre 2011.
- 31.- Solano S. G. Nutrición y Diabetes. Pachuca, Hidalgo, México: Editora uaeh.edu.mx, 2011, p. 351
- 32.- Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory. Blood pressure: raised blood pressure. Ginebra febrero 2013.
- 33.- Orduñez G P. Pérez F E. Hospédales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Rev. Panamericana de Salud Pública 2010. 28(4): p.311-318.
- 34.- Guerrero Montoya Ramón L R. Leon Salazar AR. Estilo de vida y salud. red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2010 Enero- Junio; 14(18): p. 13-19.
35. - Coreil J. Levin J. S. Jaco G. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. Clínica y Salud; 3(221-231)
- 36.- Consumoteca. Bienestar y salud, vida sana, estilo de vida; octubre 2015: p.1-5. Disponible en: <http://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida>
- 37.- Gómez Pinzón D. Estilo de vida saludable (EVS): limitaciones del enfoque biomédico. Rev. Científica, apuntes Universitarios, 2013 mayo: 3(1). p. 9-15

- 38.- Bastías Arriagada E M. Stiepovich Bertoni J: Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Ciencia Enfermería*. 2014 Agosto; 20(2): p.93-101.
- 39.- Marqués F: Curso de Postgrado sobre Promoción y educación para la salud, Marco teórico de la promoción: Departamentos de Enfermería, de Pedagogía y Psicología y de la Universidad de Leida. Unidad 1:p.4-25.
- 40.- Mergarejo R E. et al. Tratamiento de la hipertensión y el impacto de los cambios en el estilo de vida en pacientes con riesgo cardiovascular; *revista med*; 19(1)2011; 18-22.
- 41.- Noriega C A D. Tesis El impacto de un Plan de Acción Tutorial sobre la tasa de deserción estudiantil en el Programa de Educación de Adultos del Instituto de Educación a Distancia “La Escuela en su Casa”, Ciudad de Guatemala. Universidad del Istmo, Guatemala, 15 de diciembre de 2009.
- 42.- Gutierrez Briceño K L. Factores de riesgo de enfermedades cerebrovasculares en mueres de club de madres. *Revista Científica*. 2014 febrero; 2(1): p. 26-33.
- 43.- Zosa, Condoy R M: Calidad de atención de enfermería en los programas de atención primaria en salud del adulto crónico de 45-64 años, del Subcentro Velasco Ibarra, cantón Machala; en el tercer trimestre, año 2014.
- 44.- Villalbí J R. Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev. Esp. Salud Pública*; 2001 Noviembre; 75(6): p.489-490.
- 45.- Triviño Vargas Z G. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichán*; 2012 Diciembre; 12(3): p. 275-285.
- 46.- Meiriño J L. Vasquez Mendez M, Simonetti C, Palacio M: Nola Pender. El cuidado. 2012 Junio 12: p. 1-3.
- 47.- Salamanca A. Giraldo C: Modelos cognitivos y cognitivos sociales en la prevención y promoción de la salud. *Vanguardia Psicológica*. 2012 octubre - marzo; 2(2): p. 185-202.
48. - Hogg AM, Graham M: *Psicología Social*; Madrid España : Panamericana, 2010.p.158.

- 49.- Osorio Tinoco F F. Pereira Laverde F: Hacia un modelo de educación para el emprendimiento; una mirada desde la teoría social cognitiva. Cuaderno de administración.ser.organ. Bogotá (Colombia). 2011 diciembre; 24(43): p. 13-33
- 50.- Hernández Ríos I: Comunicación en salud; Conceptos y modelos teóricos. Perspectivas de la Comunicación; 2011; 4(1): p. 123-140.
- 51.- Carrasco Fernández J A. Modificando prácticas en salud ambiental a través del modelo de Nola Pender en la comunidad educativa Ricardo Palma, Mórrope 2011-2012. Universidad Católica. 2013; p. 18-48.
- 52.- Nola Pender, Archivo del blog, martes 12 de junio 2012
- 53.- Ministerio de Salud Pública: Guía práctica promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. República Dominicana, Segunda edición 2011: p. 24 -32.
- 54.- Barrera Cruz A. Rodríguez González A. Molina Ayala M A: Escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Social, 2013; 51(3). p. 292-299
- 55.- Pérez Aguilar M S. Promoción de estrategias para el desarrollo de estilos de vida saludable y sostenible. Revista científica de Enfermería: 2012 Diciembre; 12(7): p. 54-61.
- 56.- De Vincezi A, Tudescola F. Educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Revista Iberoamericana de Educación: 2009 Junio; 49(7): p. 2-10.
57. - Cid PH; Merino JE, Stieповich JB. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Rev Méd Chile. 2006; 134(12): p. 1491- 1499.
- 58.- Vargas Escobar L M. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. Investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Bogotá Colombia 2010 febrero: 12(1): p. 79-94.
- 59.- Parcerisa Aran A. Giné Freixes N. Forés Miravalles A. La educación social, una mirada didáctica. primera ed. Barcelona: Graó; 2010 septiembre.p.48.
- 60.- Do Rosario M. Modelo educativo sustentado en la tecnología del hipertexto y la transdisciplinariedad con enfoque andragógico para docentes universitarios: Universidad Interamericana de Educación a distancia de Panamá: 2010 abril. p. 10-14.

- 61.- Grandes Odriozola G. et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. investigación. España: Vitoria-Gasteiz, Sanidad; 2008. p. 20.34.
- 62.- García Hernández R A. Rivero Seriel L. Intervención educativa en pacientes hipertensos en área de salud. Marzo 2009-Octubre 2010. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 2012 abril; 18(3): p. 157-161.
- 63.- Ruiz Cobiella D M, García Martínez M A. Antunez Taboada J. Rodríguez Correa L. Intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgos y su influencia en pacientes con episodio de urgencia hipertensiva. Revista archivo médico de Camagüey; 2011 Febrero; 15(1): p.1-12.
- 64.- Proenza Fernández L. Núñez Ramírez L. Gallardo Sánchez Y. De la Paz Castillo K L. Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular. Medisan Cuba 2012 octubre; 16(10): p.1540-1547.
- 65.- Sampieri Hernández R. Fernández Collado C, Babtista Lucio P. Metodología de la investigación. Quinta edición ed. Chacon JM, editor. México: Mc Graw Hill; 2010: p. 613. 119
- 66.- Salud.gob.mx. Reglamento de la ley General en salud en materia de investigación para la Salud. Capitulo unico, capitulo II.
- 67.- Fernández, A R. Manrique A. Fred G. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica: Ciencia y enfermería, 2010 agosto; 16(2): p. 83-97.
- 68.- Universidad Valle de México. Modelo andragógico Fundamentos, laureate International Universities. México 2009, pag. 20-29.
- 69.- Arellano, A. Contreras F. Patiño, P. Intervención educativa en relación. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Bolivia, 2012 julio-septiembre; 7(3): p.58-64.
- 70.- Leyva Jiménez R. Venegas Escobedo O E. Medel Delgado, A G. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. Revista Investigación Clínica, México, 2011 julio-agosto; 63(4): p. 376-381.
- 71.- Gracia Arnaiz M. La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. Gaceta médica de México, 2010 septiembre; 146: p.389-96.

72.- Cueva A. et al. Eficacia y seguridad de una dieta muy baja en calorías en un grupo de mujeres chilenas con sobrepeso u obesidad. Revista médica de Chile, 2011 octubre; 139(10): p. 1286-1291.

73.- Rodríguez Rodríguez E. López Plaza B. López Sobaler A M. Ortega R M. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. Nutrición Hospitalaria ,2011 marzo-abril; 26(2): p. 355-363.

74.- Uz Ovalle L M. Autocontrol en niños con sobrepeso (estudio realizado con niños de once a trece años que asisten a instituciones educativas privadas de la zona seis de Retalhuleu).2013 junio; Universidad Rafael Landívar, Pag. 53.

75.- Hidrogo Salinas J D. Influencia de los factores psicosociales en el sobrepeso y obesidad en jóvenes, 2014 diciembre; Universidad Autónoma de Nuevo León. p. 18-26.

76.- Terazón Miclín O. Ragolta Mógrave K. Laborí Ruiz R. Modificación de algunos factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad. Medisan Cuba, 2009 noviembre-diciembre; 13(6): p. 1-6.

77.- Córdoba R. et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención primaria, Elsevier España 2012; 44. p. 16-22.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Hoja de consentimiento informado

El propósito de la presente hoja de consentimiento es proporcionar a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la investigación a realizar, así como de su rol en ella desempeñarán.

La presente investigación es conducida por L.E. Leydiana Acosta Hernández, de la Universidad Autónoma de Querétaro. Cuyo objetivo es aplicar una intervención educativa que permita evaluar la eficacia de la estrategia educativa en la modificación de estilos de vida y control de factores de riesgo en personas hipertensas, aplicando un pretest y postest.

Si usted admite a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario, esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Recordándole que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. De antemano agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la L.E. Leydiana Acosta Hernández, así como notifico que he sido informado (a) del objetivo de este estudio que es aplicar una intervención educativa que permita evaluar la modificación de estilos de vida y el control de factores de riesgo en personas con hipertensión. Así como estoy lúcido del tiempo que invertiré en la encuesta y en las diferentes sesiones educativas.

Reconozco que la información que yo proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la L.E. Leydiana Acosta Hernández al teléfono 7721202859.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a L.E. Leydiana Acosta Hernández al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 2

Características sociodemográficas de los usuarios participantes			
Variable	Definición conceptual	Indicadores	Escala de medición
Edad	Edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, se expresa en meses y días en los lactantes, para niños y adultos en años ⁶⁹ .	Edad cumplida	Cuantitativa Por grupo de edad De 20 a 59 y 60 y más
Sexo	Término utilizado para identificar el estado biológico masculino o femenino ⁷⁰ .	1.- Femenino 2.- Masculino	Nominal
Estado civil	Estado civil de la persona como las diversas circunstancias en que esta se encuentra colocada en relación con el estado, con su familia o consigo misma ⁷¹ .	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Separado 4.- Divorciado 5.- Viudo 6.- Unión libre	Nominal

Variables dependientes; Hipertensión arterial, medidas antropométricas.			
Variable	Definición conceptual	Indicadores	Escala de medición
Hipertensión Arterial	La hipertensión arterial se define como la presencia de una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y una presión diastólica mayor a 90 mmHg, este aumento puede ser en presiones diastólicas, sistólicas o ambas ⁷² .	<p>Presión Óptima $< 120/ 80$ mmHg.</p> <p>Presión arterial normal 120-129/80 - 84 mm de Hg</p> <p>Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg</p> <p>Hipertensión arterial: Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg Etapa 3: $\geq 180/ \geq 110$ mm de Hg</p>	Cuantitativa

Índice de masa corporal	Relación entre el peso (kg) y el cuadrado de la talla (m) utilizada como criterio para la clasificación del grado de obesidad ⁷³ .	<p>Peso/estatura²= IMC</p> <p>Peso en kilos</p> <p>Estatura en centímetros</p> <p>Grado de obesidad por la OMS.</p> <p><18.5 IMC= Insuficiencia ponderal</p> <p>18.5 a 24.9 IMC= normal</p> <p>≥25.0 IMC= Sobrepeso.</p> <p>25.0 a 29.9 IMC= Pre obesidad</p> <p>≥ 30.0 IMC= Obesidad.</p> <p>30.0 a 34.9 IMC= Obesidad clase I</p> <p>35.0 a 39.9 IMC= Obesidad clase II</p> <p>≥ 40.0 IMC= Obesidad clase III</p>	Cuantitativa Continua
-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Circunferencia Abdominal	Es la medición de la circunferencia de la cintura, permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo que conlleva esto ⁷⁴ .	Circunferencia abdominal en centímetros (cm) Mujeres: Riesgo > 88cm. Hombres: Riesgo > de 95 cm.	Cuantitativa Continua
Peso corporal	Es la medida de la masa corporal, expresa en kilogramos ⁷⁴ .	Acorde al peso por edad y sexo.	Cuantitativa Continua

Variables Independientes: Estilos de vida, intervención educativa.			
Variable	Definición conceptual	Indicadores	Escala de medición
Cuestionario de medición de Estilos de vida de Nola Pender	La OMS define los estilos de vida como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” ³⁰ .	Tipo Likert 1= nunca 2 = a veces 3 = frecuentemente 4 = rutinariamente	Cuantitativa Valores de estilos de vida 1.- 40 a 59 No saludable 2.- 60 a 79 Levemente saludable 3.- 80 a 100 Moderadamente saludable 4.- 101 a 160 Saludable
Intervención educativa	Es la acción sobre otro, con intención de promover mejora, optimización y perfeccionamiento ⁶³ .	Asistencia participación	Cualitativa

Anexo 3

Cuestionario de autovaloración perfil de estilos de vida Revisión 2010

Objetivo: identificar estilos de vida personales, a fin de realizar un diagnóstico que nos permita conocer los hábitos antes y después de la intervención educativa.

Instrucciones: No hay respuestas correctas o incorrectas, solo contesta con toda sinceridad, por favor no dejar preguntas sin responder.

Marque con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje tu forma de vivir.

1. Nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Siempre.

Nombre:				
Edad:		Sexo:		Ocupación:
Estado Civil:		Religión:		Escolaridad:
		1	2	3
1	Manejo mi malestar emocional (triste, ansioso, enojado)			
2	Como frutas y verduras naturales diariamente			
3	Me quiero a mi mismo (a)			
4	Realizo ejercicios de 30 minutos a una hora que me ayudan a relajarse al menos tres veces por semana			
5	Ingiero alimentos que no contienen conservadores			
6	Me incomoda la idea de tener sobre peso, pero controlo mi ansiedad			
7	Me seducen los anuncios para bajar de peso con dietas o medicamentos, pero prefiero consultar al médico			
8	Me siento apoyado y querido por mi familia			
9	Los alimentos de preparación instantánea, son malos para la salud			
10	Consumo dieta balanceada con nutrientes necesarios para la salud			
11	Me realizo un chequeo general médico al menos una vez al año			
12	Me desparasito cada 6 meses			
13	Me realizo examen dental cuando menos cada 6 meses			
14	Comparto con mis padres antes que con mis amigos los problemas			
15	Se planean actividades recreativas con la familia cuando menos una vez a la semana			
16	Se realizan demostraciones de cariño hacia los familiares cercanos, amigos, pareja.			
17	Existen cambios bruscos de conducta pero son de poca duración y poco intensos			
18	El rencor, el odio, la rabia, son emociones que desgastan mi energía			
19	Has vencido el miedo de emprender algo nuevo			
20	Mi autoestima es muy baja (1), baja (2), normal (3) y alta (4)			
21	Tengo habilidad para negociar y resolver los problemas de la mejor manera para mí y los demás			
22	Me siento orgulloso de mi trabajo o de la actividad que realizo de manera cotidiana			
23	Hay cosas de mí que no me gustan y quiero cambiar hacia lo mejor, para mí y para el bien común.			
24	Cuando no salen las cosas como yo quiero me deprimó por un rato, pero veo el lado positivo en todo lo que me pasa, aprendo de todo, veo lo bueno en todo y agradezco por estar aquí.			
25	Me gusta decir lo que siento			
26	Me gusta consumir alcohol cuando estoy con estrés o problemas			
27	Fumo porque estoy ansioso o cansado o contento			
28	Consumo algún tranquilizante			
29	Tengo problemas y deterioro de relaciones familiares			
30	Consumo alguna sustancia que provoqué dependencia			
31	Como verduras frescas, crudas, en ensalada o cocinadas regularmente una vez al día			
32	Me gusta que me motiven a seguir adelante			
33	Me gusta verme bien y sentirme bien			
34	Disfruto caminar por un parque o espacio libre lo menos 30min. diarios			
35	Realizo ejercicios de relajamiento por lo menos una vez a la semana			
36	Tomo por lo menos 2 litros de agua diarios			
37	Realizo ejercicios respiratorios frecuentemente			
38	Cuido mis pies y los mantengo libre de infecciones			
39	Soy feliz y me siento realizado			

Anexo 4



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

Intervención Educativa para el control y la prevención en la comorbilidad de la Hipertensión Arterial a usuarios que acuden al Centro de Salud Progreso de Obregón, Jurisdicción No. VII Actopan Hgo.

Elaborado por:

L.E. Leydiana Acosta Hernández.

Directora de tesis: Dra. Aurora Zamora Mendoza

Pachuca de Soto, Hidalgo Septiembre 2013

ÍNDICE

Introducción	74
Justificación	76
Objetivo General	77
Modelo Teórico Pedagógico	77
Descripción de la Intervención Educativa	80
Estrategia de intervención	82
Referencias bibliográficas	98

INTRODUCCIÓN

Jenkins en 2005 refiere que la intervención educativa en salud, trajo consigo reducciones espectaculares de muchas enfermedades endémicas como la cardiopatía isquémica, accidente cardiovascular, entre otras. Los programas de educación en salud y la aplicación de las estrategias de promoción que lleva a cabo el profesional de enfermería buscan reducir los factores de riesgo y reforzar los factores protectores, además estas estrategias de prevención muestran que cada una de ellas implica un cambio de comportamiento¹.

Enfermería como actividad profesional, poseedora del conocimiento sobre el cuidado, el contacto directo y cercanía con el usuario, hace que se convierta en un elemento clave dentro del equipo multidisciplinario en los centros de salud, para intervenir, a través de la educación para la salud, en el proceso preventivo dirigido al cambio de estilos de vida o factores de riesgo de usuarios hipertensos².

Los estilos de vida cobran un gran impacto en la salud del individuo, que afecta de forma directa según el tipo de estilos que se practiquen, estilos saludables o no saludables, por lo que las intervenciones educativas de alto impacto que pueden aplicarse desde un enfoque de atención primaria, que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno, son una excelente inversión económica, dado que si se establecen tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros³.

La presente intervención se pretende llevar a cabo, con un grupo de usuarios de adultos jóvenes y adultos maduros con diagnóstico de hipertensión en el Centro de salud de Progreso de Obregón, municipio del mismo nombre en el estado de Hidalgo, la intervención educativa comprenderá un período de aproximadamente 4 meses, donde se abordarán temas de importancia para contribuir a la comprensión de los beneficios en los cuidados de la hipertensión arterial en el usuario, el contenido se basa en el modelo de promoción de Nola J. Pender; que habla de las características y experiencias

individuales, cogniciones y afectos relativos a la conducta específica y el resultado conductual, por lo que se proponen siete temáticas que se basan en este modelo, los temas que corresponden a las características y experiencias individuales (introducción del programa, conocimiento del padecimiento, factores de riesgo), cogniciones y afectos relativos a la conducta específica (estilos de vida, tratamiento farmacológico y no farmacológico e importancia de la red familiar) y resultado conductual (motivación, y el compromiso para un plan de acción corto y largo plazo), en 16 temas, cada tema tendrá un tiempo estimado de 2 horas aproximadamente, una sesión semanal.

Al inicio de la intervención se aplicará un pretest (cuestionario de estilos de vida, Nola J. Pender revisión 2010) que permitirá conocer el punto de partida de las prácticas de los estilos de vida actuales, al término de esta se aplicará un posttest que permitirá valorar los logros obtenidos de la intervención, de la misma manera los resultados se interpretarán a través del programa SPSS, versión 20.

JUSTIFICACIÓN

El aumento progresivo de la hipertensión arterial en los países en vía de desarrollo repercute en los sistemas de atención en salud, generando altas cargas económicas en el manejo de enfermedades crónicas y degenerativas como la hipertensión arterial (HTA)².

Es importante recordar que la promoción de la salud se definió, como un proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y/o lo mejoren⁴, es aquí donde surge la importancia de intervenir al usuario a través de la educación, basado en un modelo de Enfermería, utilizando herramientas didácticas para obtener efectos positivos como; participación activa del usuario, retrasar el tiempo de las complicaciones, contribuir a la reducción del costo del padecimiento, modificando los estilos de vida saludable que perduren y permita favorecer aún más la red familiar.

La intervención educativa es una propuesta que parte de dos fundamentos; el teórico y pedagógico, en el fundamento teórico considera el modelo de promoción de Nola J. Pender, útil en la identificación de conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud, esta teórica considera al individuo como único por su propio patrón cognitivo-perceptual y factores variables⁵, la fundamentación pedagógica yace a cargo de Eduard C. Lindeman quien coloca los cimientos de una teoría sistemática sobre el aprendizaje para adultos la andragogía, el propósito del aprendizaje se orienta a objetivo o metas claramente definidas, el docente juega el rol de facilitador y guía, donde la experiencia, debe estar conectado con lo nuevo para poder generar nuevo aprendizaje⁶.

Lindeman considera la educación en adultos como una nueva técnica de aprendizaje, donde las experiencias del aprendiz y los conocimientos del profesor uno y otro son intercambiables, además reconoce que la experiencia del educando es la fuente más valiosa para el proceso educativo⁷. En la presente intervención se pretende generar

un aprendizaje en el adulto en ambiente cómodo, flexibles y apacibles a través del modelo de promoción y el modelo andragógico.

Objetivo General:

Modificar los estilos de vida y control de los factores de riesgo en personas con hipertensión arterial, en base a la intervención educativa fundamentada en el modelo de promoción de la salud y sustentada desde la pedagogía andragógica de Lindeman.

Modelo Teórico Pedagógico:

La investigación de aprendizaje en el adulto se dividió en dos grandes corrientes, la científica y la humanística la primera estuvo a cargo de Thondike con su publicación los aprendizajes de adulto en 1928, más tarde publica intereses adultos en 1935, así también participó Herbert Sorenson con su publicación habilidades adultas en 1938, en la corriente humanista se encuentra a Lindeman con su publicación en 1926 denominado el significado de la educación de adulto⁸, este último autor estadounidense da origen a los supuestos en la educación para adultos a partir de que:

- Los adultos se motivan a aprender cuando experimentan necesidades e intereses que el aprendizaje satisfará.
- La orientación de los aprendizajes se centra en la vida.
- La experiencia es el recurso más rico para el aprendizaje de los adultos.
- Los adultos tienen una profunda necesidad de auto dirigirse.
- Las diferencias individuales entre la gente se incrementan con la edad.

Estos supuestos se observan más tarde en el modelo andragógico que consta de seis premisas y a continuación se describen⁷:

La primera premisa es la necesidad de saber, el adulto necesita saber porque debe aprender algo antes de aprenderlo, también se descubrió que cuando los educandos se disponen a aprender algo por su cuenta, estos emplean una energía considerable en conocer los beneficios que obtendrán y el costo de no aprenderlo.

La segunda premisa se refiere al auto concepto de los educandos, los adultos tienen un auto concepto de seres responsables de sus propias acciones, de su propia vida, sienten una necesidad psicológica profunda de ser considerados y tratados como capaces de dirigirse.

El papel de las experiencias de los educandos, esta premisa marca una diferencia entre las experiencias de los jóvenes y los adultos, estas diferencias se observan en la calidad y cantidad de la educación de los adultos, derivado del acúmulo de experiencias, estilo de aprendizaje, tendencias, prejuicios, homogeneidad por grupo en tiempo vivido, considerando lo anterior se hace énfasis en la educación para adultos utilizando técnicas experimentales, técnicas que recurren a la experiencia de los educandos como grupos de discusión, ejercicios de simulación actividades de solución de problemas, estudios de caso, entre otras, las experiencias son atributos particulares de los educandos y cuando estas no se tomen en cuenta o se demeriten el adulto no concibe que su experiencia fue rechazada, sino el mismo como persona.

La cuarta premisa hace referencia a la disposición para aprender, los adultos están dispuestos para aprender lo que necesitan saber y que sean capaces de hacer con el único propósito de enfrentar las situaciones de la vida real, para cumplir con esta premisa se considera el rol que desempeña el educando y tiempo actual.

Orientación del aprendizaje es la quinta premisa está se centra en la vida, los adultos se motivan a aprender en la medida en la que perciban que el aprendizaje les ayudará a su desempeño y a tratar con los problemas de la vida, se dice que se adquieren

habilidades, destrezas, conocimientos y actitudes de manera más eficaz cuando tienen un vínculo con las situaciones de la vida real.

La sexta premisa es la motivación, se dice que hay motivadores internos y externos, para el adulto los motivadores internos son más potentes llámese autoestima, calidad de vida entre otros, mientras los motivadores externos como mejores empleos, ascensos, salarios más altos entre otros pasan a segundo plano, sin embargo la falta de oportunidades o recursos para el adulto se convierte frecuentemente en obstáculos para su desarrollo.

Caraballo⁹ considera que la andrología es una disciplina que estudia los procedimientos, técnicas, situaciones y estrategias de enseñanza y aprendizaje con el fin de lograr aprendizaje significativo en los educandos adultos, que promueve a su vez el desarrollo de habilidades, actitudes, así como la adquisición y transferencia de conocimientos al contexto donde este se desenvuelve.

Modelo de promoción de la salud.

Este consiste en tres componentes principales, estos elementos se dividen en variables, que se presentan de la siguiente manera: módulo 1 características y experiencias individuales, que incluye el comportamiento interior, comportamiento que pueden cambiar y factores personales, estos últimos se dividen en biológicos (edad, índice de masa corporal, la agilidad), psicológicas (autoestima, auto-motivación) y sociocultural (educación, nivel socioeconómico).

El módulo 2, hace referencia a los sentimientos y conocimientos sobre el comportamiento que quiere lograr, está formado por las variables, los beneficios percibidos a la acción, las representaciones mentales positivas que refuerzan las consecuencias de la adopción de un comportamiento, percepción de barreras a la acción, las percepciones negativas acerca de un comportamiento, se consideran las dificultades personales, los costos y la autoeficacia, refleja una reacción emocional o una respuesta directa a nivel de pensamiento que puede ser positivo, negativo, las influencias interpersonales, el comportamiento puede o no ser influenciado por otras personas,

familia, cónyuge, proveedores de salud, o por las normas y modelos sociales, influencias situacionales, el medio ambiente puede facilitar o prevenir ciertos comportamientos de salud.

El módulo 3, resultado del comportamiento incluye el compromiso con el plan de acción que lleven a los individuos a permanecer en el comportamiento de promoción de la salud, las personas tienen poco control sobre el comportamiento que requieren cambios inmediatos, mientras que las preferencias personales ejercen un alto control sobre las acciones de cambio de conducta¹⁰

Una vez conocidos los sustentos teóricos y metodológicos de Nola J. Pender y Lindeman se relacionan aspectos con las experiencias previas del individuo y sus variables individuales, el intercambio de experiencias revela ideas, conocimientos y genera nueva enseñanza entre los participantes, además el aprendizaje se adquiere en los diferentes escenarios a donde las experiencias previas cobran un papel muy importante.

Es importante señalar las estrategias que se utilizarán en la enseñanza de los educandos, considerando el modelo andragógico y los supuestos de Lindeman fortaleciendo la participación del educando como generador de su propio conocimiento y proceso de formación, sujeto autónomo en la toma de decisiones, generando acciones de reflexión e intervención donde el adulto sea el artífice de la construcción de su propio destino y el perfeccionamiento permanente, como un agente de transformación social¹¹ a través de intervención educativa.

Descripción de la intervención educativa

La intervención educativa se llevará a cabo en el centro de Salud Progreso de Obregón en el estado de Hidalgo, con el grupo de usuarios que acuden al programa de control de Hipertensión arterial de la unidad de salud, el cual está integrado por 20 pacientes, el tiempo estimado del programa es de 4 meses, donde se abordarán 7 temáticas, con un total de 16 sesiones, 4 sesiones por mes es decir una sesión semanal

de 2 horas de duración con tema base sin en cambio habrá temas que se ampliarán por su contenido.

A continuación se describe a través de cuadros el parámetro de asistencia a las sesiones y los temas que se comprenden.

Clasificación de los grados de participación en las sesiones educativas		
Grado de participación	Número de sesiones	Participación en porcentaje
Participación total	16	100%
Participación intermedia	8	50%
Participación parcial	6	37.5%
Participación mínima	3	20%

En la primera reunión estará dedicada para dar a conocer los objetivos de la investigación y una breve explicación del programa, dando a conocer tiempo de duración y horarios, número de sesiones, beneficios que se obtendrán con su participación, en esta se solicitará se registren lista de asistencia, se explicará detalladamente el consentimiento informado y se obtendrá la autorización.

Estrategia de Intervención

No. De sesión 1

Estrategia de intervención	Introducción al Programa, interacción social		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Contenido del programa e importancia		
Objetivo: Conocerán el contenido del programa, la importancia de participar y los pasos a seguir durante la intervención educativa.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
1.- Bienvenida 2.- Presentación del programa. 3.- Registro en la lista de asistencia. 4.- Aplicación del cuestionario de estilos de vida de Nola Pender. 5.- Toma de signos vitales. 6.- Toma de medidas Antropométricas. 7.- Cálculo de Índice de masa corporal. 8.- Dinámica “Experiencias vivenciales”	1.- Presentación PowerPoint. 2.- Explicación de forma breve para responder el cuestionario 3.- Recolección de datos de signos vitales y somatometria. 4.- Técnica de romper hielo.	1.- Báscula. 2.- Cinta métrica. 3.- Calculadora. 4.- Formato de listas de asistencia. 5.- Formato de consentimiento informado. 6.- Esfigmomanómetro. 7.- Termómetro. 8.- Lápiz, lapicero. 9.- Tabla porta papeles. 10.- Formato de cuestionario de estilos de vida.	1.- Cotejo lista de asistencia. 2.- A través de parámetros establecidos de signos vitales e IMC. (Cada uno identifica en que rubro se encuentra referente a índice de masa corporal). 3.- Participación del 100% de los integrantes. 4.- se realizara un circulo para expresar nuevamente sus “Experiencias vivenciales” donde reconocerán; la oportunidad de participar, identificaron sus barreras, beneficios de su participación, deseando adquirir nuevos conocimientos.

Estrategia de Intervención

No. De sesión 2

Estrategia de intervención	Conocimiento del padecimiento.		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Hipertensión arterial		
Objetivo: Los participantes identificarán conceptos Salud, Hipertensión arterial y signos y síntomas.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida</p> <p>2.- Interacción grupal</p> <p>3.- Definición de Hipertensión arterial.</p> <p>4.- Signos y Síntomas de la hipertensión.</p> <p>5.- Cifras de presión arterial recomendadas por la OMS.</p> <p>6.- Técnica y Frecuencia de la toma de presión arterial.</p>	<p>1.- A través de la interacción grupal; conocimientos previos, principales barreras para su atención médica, identificar factores que intervienen en su toma de decisiones.</p> <p>2.- Expositiva.</p> <p>3.- Video de Hipertensión arterial.</p> <p>4.- Caso clínico.</p>	<p>1.- Proyector de diapositivas.</p> <p>2.- Computadora</p> <p>3.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>4.- Papel bond.</p> <p>5.- Marcadores.</p> <p>6.- Varios dibujo (signos y síntomas, cifras de presión arterial técnica de toma de presión arterial).</p> <p>7.- Tabla porta papeles.</p> <p>8.- Video de Hipertensión arterial.</p>	<p>1.- Participación individual; identificación de signos y síntomas del caso clínico e identificarlos en un esquema.</p> <p>2.- De acuerdo a lo observado en los distintos materiales y orientación de la hipertensión arterial, que valores, factores rescatan para mejorar su autoeficacia a través de interacción en equipos de 5 y exteriorizarlo a los compañeros.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 3

Estrategia de intervención	Factores de Riesgo		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Tabaquismo		
Objetivo: El alumno identificará el tabaquismo como una práctica nociva para su salud, y la importancia de no efectuarla.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Exposición individual.</p> <p>3.- Definición de Tabaquismo.</p> <p>4.- Sustancias toxicas que contiene el tabaco.</p> <p>5.- Enfermedades a las que contribuye el tabaquismo.</p> <p>6.- Tratamiento.</p>	<p>1.- Factores personales que cada uno presenta y que son de riesgo para su salud.</p> <p>2.- Expositiva (Video de Tabaquismo)</p> <p>3.- Comentarios grupales sobre la sesión.</p>	<p>1.-Proyector de diapositivas.</p> <p>2.- Computadora.</p> <p>3.- Formato de Lista de asistencia.</p> <p>4.- Video de tabaquismo.</p> <p>5.- Material para cartel.</p> <p>6.- Diversas imágenes.</p> <p>7.- Tabla porta papeles.</p>	<p>1.- Producto final elaboración de un cartel por equipo.</p> <p>2.- Integración de 4 equipos, interacción entre los integrantes citando un caso real, identificando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Principales cambios que el tabaco presenta en nuestra salud. ○ Sustancias que contiene. ○ Factores personales y situacionales que generan esta conducta, consolidándolas como barreras para la acción. ○ Conductas que favorezcan generar nuevos compromisos para generar un plan de acción.

Estrategia de Intervención

No. De sesión 4

Estrategia de intervención	Factores de Riesgo		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Alcoholismo		
Objetivo: El educando conocerá las implicaciones del alcoholismo en su salud y los beneficios de no consumirlo			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Exposición de los efectos del alcohol.</p> <p>3.- Afecciones del alcohol en los usuarios Hipertensos.</p> <p>4.- Factores que intervienen para la presencia del alcohol.</p> <p>5.- Estrategias que puedan disminuir la presencia del alcohol en sus vidas.</p>	<p>1.- Utilizar la técnica de telaraña y a través de esta exponer los conocimientos de cada uno acerca de los efectos del alcohol.</p> <p>2.- Expositiva.</p> <p>3.- Video de alcohol.</p> <p>4.- Caso clínico</p> <p>5.- realizara técnica de sopa de letras, identificando las principales complicaciones.</p>	<p>1.-Proyector de diapositivas.</p> <p>2.- Computadora.</p> <p>3.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>4.- Tabla porta papeles.</p> <p>5.- Video de alcohol.</p> <p>6.- Sopa de letras.</p>	<p>1. Identificación de 5 afecciones = muy satisfactorio.</p> <p>2. Identificación de 4 afecciones = satisfactorio.</p> <p>3. Identificación de 3 afecciones = poco satisfactorio.</p> <p>4. Discutirán de forma grupal las principales barreras para la acción, considerando la autoeficacia de cada integrante realizando conclusión grupal.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 5

Estrategia de intervención	Factores de Riesgo		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Sedentarismo		
Objetivo: El alumno identificará la actividad física como alternativa para combatir el sedentarismo.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de sedentarismo.</p> <p>3.- Implicaciones del sedentarismo en la salud.</p> <p>4.- Ejercicio recomendado.</p>	<p>1.- Factores personales que intervienen en el sedentarismo.</p> <p>2.- Video de sedentarismo.</p> <p>3.- Comentarios finales en grupo.</p>	<p>1.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>2.- Tabla porta papeles.</p> <p>3.- Cartulinas.</p> <p>4.- Marcadores.</p> <p>5.- Diurex.</p> <p>6.- Imágenes.</p>	<p>1.- Elaboración de un collage de forma grupal</p> <p>2.- Formación de 4 equipos cada uno expondrá las siguientes experiencias;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Actualmente como es su conducta ante el sedentarismo. ○ Con la orientación recibida, que barreras identifican. ○ Que influencias situacionales identifican. ○ ¿Cómo podrían generar conductas que favorezcan la salud?

Estrategia de Intervención

No. De sesión 6

No. De sesión 6			
Estrategia de intervención	Factores de Riesgo		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Obesidad		
Objetivo: El alumno relacionará la importancia de la activación física con la obesidad.			
Contenido	Estrate gias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de Obesidad.</p> <p>3.- Definición de índice de masa corporal.</p> <p>4.- Importancia del control de peso.</p> <p>5.- Experiencias con su peso actual.</p>	<p>1.- Expositiva.</p> <p>2.- Medición de peso y talla obteniendo IMC.</p> <p>3.- Mesa redonda “experiencias con mi peso actual”.</p>	<p>1.- Báscula.</p> <p>2.- Cinta métrica.</p> <p>3.- Tabla portapapeles.</p> <p>4.- Formato de Lista de asistencia.</p> <p>5.- Formato de registro de datos IMC.</p>	<p>1.- A través de un esquema señalar con rojo las partes que afecta de forma importante la obesidad y con amarillo las principales zonas de acumulo de grasa.</p> <p>6 registros correctos = muy satisfactorio.</p> <p>4 registros correctos = satisfactorio.</p> <p>2 registros correctos = deficiente.</p> <p>2.- Generar compromiso verbal de iniciar a realizar caminata 10 minutos al día diario.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 7

Estrategia de intervención	Factores de Riesgo		
Tiempo de desarrollo	2 horas (se complementara con 6 horas más, en las siguientes 6 sesiones 1 hora más por sesión). Total de sesiones 7.		
Factor que se promueve	Ejercicio		
Objetivo: El alumno se apropiará de actividades físicas que mejoren su salud.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de Actividad Física.</p> <p>3.- Beneficios de la actividad física en la salud.</p> <p>4.- Tiempo, frecuencia, y tipo de ejercicio.</p> <p>5.- Experiencias vivenciales de la actividad que realizan.</p>	<p>1.-Expositiva.</p> <p>2.-Taller (realización de actividad física).</p>	<p>1.- portapapeles.</p> <p>2.- Formato de Lista de asistencia.</p> <p>3.- Tapete.</p> <p>4.- Ropa cómoda.</p>	<p>Tabla</p> <p>1.- Réplica de ejercicios diariamente, complementado con carta compromiso.</p> <p>2.- Técnica de círculo para expresar por cada uno los beneficios del ejercicio.</p> <p>3.- Identificar los afectos relacionados con la actividad física.</p> <p>4.- Fusionando los conocimientos previos más las nuevas técnicas de ejercicio, en equipos de 4 personas en las siguientes 6 sesiones impartirán la sesión que permitirá fortalecer dicha actividad.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 8

Estrategia de intervención	Factores de Riesgo		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Alimentación		
Objetivo: El usuario creará platillos saludables con los ingredientes a su alcance.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de Alimentación.</p> <p>3.- Plato del buen comer.</p> <p>4.- Cantidad, calidad, frecuencia de los alimentos.</p> <p>5.- Factores situacionales.</p>	<p>1.- Técnica de “El navío cargado de”.... Permite expresar las convivencias positivas y negativas de la alimentación.</p> <p>2.- Expositiva.</p> <p>3.-Taller (elaboración platillos).</p>	<p>1.- Tabla portapapeles.</p> <p>2.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>3.- Utensilios para preparar alimentos.</p> <p>4.- Vegetales, cereal, leguminosas, verduras, frutas, lácteos, para preparar platillos.</p>	<p>1.- Elaborarán un platillo en grupo, el cual expondrá su contenido, cantidad, beneficios.</p> <p>2.- Se formarán 4 equipos y en las 4 siguientes sesiones, se expondrá 4 platillos diferentes, cada uno por sesión con ingredientes que se cuentan en la comunidad explicando que tipo de alimento es y en qué cantidad se debe consumir.</p> <p>3.- Iniciarán a utilizar los sustitutos de la sal en su casa y platillos que elaborarán.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 9

Estrategia de intervención	Factores de Riesgo		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Dislipidemias		
Objetivo: El educando asociará los hábitos alimenticios con la prevención de Dislipidemias.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de Dislipidemias.</p> <p>3.- Plato del buen comer.</p> <p>4.- Cantidad, calidad, frecuencia de los alimentos.</p> <p>5.- Medidas preventivas.</p> <p>6.- Experiencias previas personales y situacionales.</p>	<p>1.- Expositiva.</p> <p>2.- Lluvia de ideas para, identificar los conocimientos obtenidos y compararlos con los conocimientos previos.</p>	<p>1.- .Formato de lista de asistencia.</p> <p>2.- Papel Bond</p> <p>3.- Marcadores.</p> <p>4.- Diurex.</p> <p>5.- Imágenes.</p>	<p>1.- Elaboración de un cartel individual, expresando los conocimientos previos y los adquiridos, se colocarán en las tiendas más cercanas a sus domicilios.</p> <p>2.- Lluvia de ideas para, identificar conocimientos obtenidos y compararlos con los conocimientos previos.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 10

Estrategia de intervención	Factores de Riesgo		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Diabetes Mellitus		
Objetivo: El educando describirá a la Diabetes Mellitus como un factor de riesgo para presentar Hipertensión arterial.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
1.- Bienvenida. 2.- Definición de Diabetes mellitus. 3.- Daños a la salud. 4.- Cifras normales. 5.- Tratamiento. 6.- Medidas preventivas.	1.- Expositiva. 2.- Presentación de una experiencia. (Por un usuario con hipertensión y diabetes). 3.- reflexión individual.	1.- Tabla portapapeles. 2.- Formato de lista de asistencia. 3.- Hojas Blancas. 4.- Lápiz. 5.- Folder.	1.- Técnica de telaraña, participación individual contribuyendo a identificar los riesgos de un padecimiento y otro, además de encontrar los factores de similitud en ambos padecimientos. 2.- Identificar los factores y variables que los pone en riesgo y comentarlos.

Estrategia de Intervención

No. De sesión 11

Estrategia de intervención	Factores de Riesgo		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Estrés		
Objetivo: El educando identificará los momentos de angustia que le generan estrés.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de Estrés.</p> <p>3.- Medidas para prevenir el estrés.</p> <p>4.- Participación individual mencionando algunas causas de estrés.</p>	<p>1.- Expositiva.</p> <p>2.-Taller de técnicas de relajación.</p>	<p>1.- Tabla portapapeles.</p> <p>2.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>3.- Tapete individual.</p> <p>4.- Ropa cómoda.</p>	<p>1.- Réplica de la técnica de relajación articulando las viejas y nuevas experiencias para producir un nuevo conocimiento.</p> <p>2.- Identificar las barreras para la acción.</p> <p>3.- Practicar a diarios la técnica por el resto de la intervención educativa.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 12

Estrategia de intervención	Tratamiento		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Tratamiento médico		
Objetivo: El alumno conocerá los diferentes tipos de medicamentos empleados en los tratamientos.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de tratamiento.</p> <p>3.- Tipos de tratamiento.</p> <p>4.- Importancia de la dosis, vía, hora del medicamento.</p> <p>5.- Exteriorizar sus vivencias con el tratamiento farmacológico actual.</p>	<p>1.- Expositiva.</p> <p>2.- Demostración de cajas de medicamento utilizados en pacientes hipertensos, para su identificación de cada medicamento.</p>	<p>1.- Tabla portapapeles.</p> <p>2.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>3.- Cajas de medicamento utilizados en pacientes hipertensos.</p>	<p>1.- Identificará mínimo la presentación de dos medicamentos.</p> <p>2.- Expresar cada integrante a través de la técnica de “el Navío cargado de”.... sus vivencias con el tratamiento farmacológico actual.</p> <p>3.- Identificar las alternativas de tratamiento, permitiendo aumentar su autoeficacia.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 13

Estrategia de intervención	Tratamiento		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Tratamiento no farmacológico		
Objetivo: El alumno diferenciará las alternativas de tratamiento, con énfasis en el tratamiento no farmacológico.			
Contenido	Estrategias		Evaluación
	metodológicas	Material	
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de tratamiento no médico.</p> <p>3.- Componentes que integran el tratamiento.</p> <p>4.- Lluvia de ideas ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico?</p>	<p>1.- Expositiva.</p> <p>2.- Sopa de letras.</p> <p>3.- Lluvia de ideas.</p>	<p>1.- Tabla portapapeles.</p> <p>2.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>3.- Formato de sopa de letras.</p>	<p>1.- Identificación en la sopa de letras de los componentes del tratamiento no farmacológico.</p> <p>10 aciertos = muy satisfactorio.</p> <p>8 aciertos = satisfactorio.</p> <p>6 aciertos = suficiente.</p> <p>Menos de 5 = insuficiente.</p> <p>2.- A través de la técnica de lluvia de ideas, se reforzará la modificación de los hábitos saludables y la comparación de experiencia para generar conductas promotoras de salud entre los participantes.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 14

Estrategia de intervención	Importancia de la red familiar		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Familia base fundamental en el cuidado.		
Objetivo: Los educando reconocerán la importancia del apoyo familiar.			
Contenido	Estrategias		Evaluación
	metodológicas	Material	
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de red Familiar.</p> <p>3.- Importancia de la familia ante Padecimientos no transmisibles.</p> <p>4.- Actividades para mejorar la comunicación familiar.</p>	<p>1.-Expositiva.</p> <p>2.- Técnica de telaraña. (Se harán acompañar por un familiar).</p>	<p>1.- Tabla portapapeles.</p> <p>2.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>3.- Hojas blancas.</p> <p>4.- Marcadores.</p> <p>5.- Imágenes.</p>	<p>1.- A través de la técnica de telaraña, el tema central a tratar es “que me gusta y que me disgusta de nuestra comunicación”, permitiendo que el educando manifieste a su familiar los deseos de apoyo y lo importante que es para él.</p> <p>2.- Posterior a esta técnica se generará un compromiso mutuo por ambas partes para mejorar actitudes personal y social.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 15

Estrategia de intervención	Estilos de Vida Saludables y no Saludables		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Interacción grupal.		
Objetivo: Que los participantes refuercen conocimientos a través de la interacción social, contribuyendo con sus vivencias individuales.			
Contenido	Estrategias		Evaluación
	metodológicas	Material	
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Estilos de vida Saludables.</p> <p>3.- Estilos de vida no saludables.</p> <p>4.- Experiencias previas manifestadas en grupo para mantener, consolidar y enriquecer los conocimientos y abordar el tema con mayor facilidad.</p>	<p>1.- Técnica de estudio de caso, identificara los estilos de vida saludable y no saludables.</p> <p>2.- Técnica de mesa redonda.</p>	<p>1.- Tabla portapapeles.</p> <p>2.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>3.- Estudio de caso impreso.</p>	<p>1.- Individual marcarán con verde los estilos de vida saludable y con amarillo los no saludables. 10 aciertos = muy satisfactorio.</p> <p>8 aciertos = satisfactorio.</p> <p>6 aciertos = suficiente.</p> <p>Menos de 5 = insuficiente.</p> <p>2.- A través de la técnica de mesa redonda se discutirá los temas vistos, brindando un aplauso por la asertividad de cada integrante con su respuesta, aumentando su motivación.</p>

Estrategia de Intervención

No. De sesión 16

Estrategia de intervención	Motivación		
Tiempo de desarrollo	2 horas		
Factor que se promueve	Plan de Vida		
Objetivo: El educando formulará un plan de vida incluyendo los contenidos de sesiones impartidas.			
Contenido	Estrategias metodológicas	Material	Evaluación
<p>1.- Bienvenida.</p> <p>2.- Definición de Plan de vida.</p> <p>3.- Importancia del plan a mediano y largo plazo.</p> <p>4.- Actividades de ensayo para generar un producto.</p> <p>5.- Aplicación del cuestionario de estilos de vida de Nola Pender (post- test).</p>	<p>1.- Expositiva.</p> <p>2.-Taller.</p> <p>3.- Reunirse en equipo para iniciar a redactar su plan de vida.</p>	<p>1.- Tabla portapapeles.</p> <p>2.- Formato de lista de asistencia.</p> <p>3.- Utilización de material a libre albedrío.</p>	<p>1.- Entrega de una copia del producto.</p> <p>2.- Se propondrá continuar realizando ejercicio una vez a la semana (punto de reunión la Rivera del Rio)</p> <p>3.- Crear un grupo de ayuda mutua entre ellos que les permita mantener, orientar, actualizar identificar factores y articular nuevas y viejas experiencias para continuar con el compromiso de un plan de vida que les permita ser generadores de conductas promotoras de salud a través de sus vivencias.</p>

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jenkins C David. Mejoremos la salud a todas las edades. Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica y técnica. 2010;(590): p. 15-20.
- 2.- Fernández, A R. Manrique A. Fred G. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica: Ciencia y enfermería, 2010 agosto; 16(2): p. 83-97.
- 3.- Organización Mundial de la salud; Enfermedades no transmisibles. Centro de prensa OMS, 2013 marzo: p: 1-7.
- 4.- Giraldo Osorio A. Toro Rosedo MY, Macias Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodruiguez S. La promocion de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia promocion de la salud. 2010 Junio; 15(1): p.130-133.
- 5.- Meiriño J L. Vasquez Mendez M, Simonetti C, Palacio M: Nola Pender. El cuidado. 2012 Junio 12: p. 1-3.
- 6.- Báez Saldaña R. Gómez Zamora C, López Elizondo C. et al. Neumonía adquirida en la comunidad, Revisión y actuaización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica. Medigraphic.org.mx. 2013; 72(1): p. 185-186.
- 8 .- Rivas Fernández A. Vilanueva Roa J D. fundamentos de educación de personas adultas. Instituto de tecnologías educativas. 2001: 2(20-165):
- 9.- Caraballo Colmenares R. La andragogía en la educación superior. Investigación y postgrado, Redalyc. 2007; 22(2): p. 187-206.
- 10.- Janaína Fonseca V. Lopes Oliveira MV. Ximenes Barbosa L. Analysis of diagram the health promotion model of Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem, 2005 julio-septiembre; 18(3): p. 235-240.
- 11.- Pérez Ubaldo S. Modelo Andragógico. Fundamentos. México D.F. Universidad Valle de México 2009: p. 4-74.