



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA
MENCIÓN: CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO**



**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL**

AUTORA: Licda. Lucimar Barrios

TUTORA: Dra. Reina Rivas

Valencia, Septiembre 2015



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA
MENCIÓN: CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO**



**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL**

Autora: Licda. Lucimar Barrios

Trabajo de grado presentado ante el Área de Estudio de Postgrado de la Universidad de Carabobo para optar al Título de Magíster en enfermería, mención cuidado integral al adulto críticamente enfermo.

Valencia, Septiembre 2015

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA**

CONSTANCIA DE ACEPTACION DEL TUTOR

**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL**

Aprobada en el Área de Estudios de Postgrado por la Profesora Reina
Rivas

Firma

CI:

Tutor: Profesora: Dra. Reina Rivas

Acepto la tutoría del presente Trabajo según las condiciones del Área de
Postgrado de la Universidad de Carabobo.

Firma:
CI:

Valencia, Septiembre 2015

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Grado titulado:

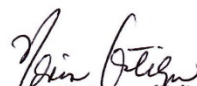
CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

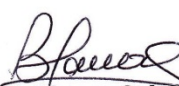
Presentado para optar al grado de **Magíster en Enfermería en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo**, por el (la) aspirante:

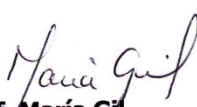
BARRIOS C., LUCIMAR J.
C.I. V- 8998063

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los veintiocho días del mes de octubre del año dos mil quince.


Prof. Nerys Ortega (Pdte)
C.I. 3897920
Fecha: 28/10/2015


Prof. Blanca Salas
C.I. 9445800
Fecha: 28-10-2015


Prof. María Gil
C.I. 18177683
Fecha: 28/10/2015

TG: 07-15

DEDICATORIA

Dedico este Trabajo de Grado a quienes inspiraron mi espíritu para la conclusión de esta investigación, a quienes me dieron el apoyo y consejos necesarios. A Dios por darme la fortaleza de continuar estudiando, a mi Madre y Padre por darme la vida, a mis hijos Laudymar y Franklin por incentivarme a seguir luchando, a mis hermanos Silmar, Zoilimar y Jozmar, a mis sobrinos Jiximar y Andres quien de manera directa o indirecta contribuyeron para alcanzar mis aspiraciones, a mis compañeros, a mis profesores y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta investigación. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma.

Lucimar Barrios

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios a mis Hijos y familiares por su amor y apoyo incondicional.

A los Profesores de la Universidad de Carabobo por los conocimientos impartidos durante el proceso de aprendizaje del programa de Maestría.

A mis compañeros, en especial Darwin Flores, por el acompañamiento y palabras de aliento durante el desarrollo del trabajo de investigación.

Al personal administrativo de la Universidad de Carabobo en especial a María, por su apoyo y colaboración.

A la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “José Antonio Vargas”, La Owallera, Maracay, Edo. Aragua; por permitirme recabar la información necesaria para la realización de ésta investigación.

Y por último, a quienes sin sus opiniones, vivencias y experiencias no hubiese sido posible esta investigación, el personal de Enfermería que participó en ella y que laboran día a día en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital “José Antonio Vargas”, donde comparto mí día a día como profesional de enfermería.

Lucimar Barrios

INDICE GENERAL

	pp.
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE CUADROS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
 CAPÍTULO I.....	 5
I EL PROBLEMA.....	5
1.1 Planteamiento del Problema.....	5
1.2 Objetivos de la Investigación.....	12
1.3 Justificación de la Investigación.....	13
 CAPÍTULO II.....	 17
II MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	17
2.2 Bases Teóricas.....	21
2.2.1 Promoción de la salud.....	21
2.2.1.1 Factores Cognitivo-Perceptivo.....	28
2.2.1.2 Factores Modificantes.....	30
2.2.2 Hipertensión Arterial.....	33
2.2.2.1 Estilo de Vida o Forma de Vida.....	37
2.2.2.2 Factores Asociados a la Salud Cardiovascular.....	41
Factores No Modificables.....	41
Factores Modificables.....	45
Factores de Riesgos Contribuyentes.....	50
2.2.3 Conducta de la Enfermera.....	54
2.3 Definición de Términos.....	55
2.4 Sistema de Hipótesis.....	60
2.4.1 Hipótesis General.....	60
2.4.2 Hipótesis Específicas.....	60
2.5 Sistema de Variables.....	61
2.6 Operacionalización Variables.....	62
 CAPÍTULO III.....	 64
III MARCO METODOLÓGICO.....	64

3.1 Diseño y Tipo de Investigación.....	64
Tipo.....	64
Diseño.....	66
3.2 Población y Muestra.....	67
Población.....	67
Muestra.....	67
3.3 Métodos y Técnicas para la Recolección de la Información.....	68
3.3.1 Validación del Cuestionario.....	69
3.3.2 Confiabilidad del Cuestionario.....	69
3.4 Procedimientos para la Recolección de la Información.....	70
3.5 Técnica para el Análisis de Datos.....	70
 CAPÍTULO IV.....	 72
IV RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU DISCUSIÓN.....	72
4.1 Presentación de los resultados.....	72
4.2 Análisis de los resultados.....	105
4.2.1 Característica de la Muestra.....	106
4.2.2.1 Hipótesis I.....	106
4.2.2.2 Hipótesis II.....	107
4.2.2.3 Hipótesis III.....	108
4.2.2.4 Hipótesis IV.....	109
4.2.2.5 Hipótesis General.....	110
 CAPÍTULO V.....	 112
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	112
5.1 Conclusiones.....	112
5.2 Recomendaciones.....	115
 BIBLIOGRAFÍA.....	 117
 ANEXOS.....	 126
A) Solicitud de Permiso Institucional.....	127
B) Consentimiento Informado.....	129
C) Modelo del Cuestionario.....	130
D) Informe de Validación del Cuestionario.....	139
E) Glosario.....	144

INDICE DE CUADROS

TABLAS	Pág.
Cuadro 1. Distribución profesional de Enfermería según Edad en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera. 2006.....	75
Cuadro 2. Distribución profesional de Enfermería según Sexo en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera. 2006.....	77
Cuadro 3. Distribución profesional de Enfermería según Estado Civil en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera. 2006.....	79
Cuadro 4. Distribución profesional de Enfermería según Nivel Académico en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera.2006.....	81
Cuadro 5. Distribución profesional de Enfermería según Estudios de Postgrado en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera.2006.....	83
Cuadro 6. Valores medios (X) y de desviación estándar (S) de las conductas promotoras de salud en su factor cognitivo-perceptivo con el estilo de vida obtenidos por el personal de enfermería en el indicador mecanismos motivacionales en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera. 2006.....	85
Cuadro 7. Valores medios (X) y de desviación estándar (S) de las conductas promotoras de salud en su factor cognitivo-perceptivo con la interacción con el entorno obtenidos por el personal de enfermería en el indicador mecanismos motivacionales en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera. 2006.....	89
Cuadro 8.Valores medios (X) y de desviación estándar de las conductas promotoras de salud en su factor factores modificantes con el estilo de vida obtenidos por el personal de enfermería en el indicador factores de influencia indirecta en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera, 2006.....	94
Cuadro 9.Valores medios (X) y de desviación estándar de las conductas promotoras de salud en su factor factores modificantes con la interacción con el entorno obtenidos por el personal de enfermería en el indicador factores de influencia indirecta en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera, 2006.....	99

Cuadro 10a. Distribución profesional de Enfermería según respuestas consolidadas en los niveles de la variable conductas promotoras de la salud UCI. Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera. 2006.....	102
--	-----

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICOS	Pág
	.
Grafico 1. Distribución profesional de Enfermería según Edad en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera. 2006.....	76
Gráfico 2. Distribución profesional de Enfermería según Sexo en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera. 2006.....	78
Gráfico 3. Distribución profesional de Enfermería según Estado Civil en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera. 2006.....	80
Gráfico 4. Distribución profesional de Enfermería según Nivel Académico en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera. 2006.....	82
Gráfico 5. Distribución profesional de Enfermería según Estudios de Postgrado en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera. 2006.....	84
Gráfico 6. Valores medios (X) y de desviación estándar (S) de las conductas promotoras de salud en su factor cognitivo-perceptivo con el estilo de vida obtenidos por el personal de enfermería en el indicador mecanismos motivacionales en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera. 2006.....	86
Gráfico 7. Valores medios (X) y de desviación estándar (S) de las conductas promotoras de salud en su factor cognitivo-perceptivo con la interacción con el entorno obtenidos por el personal de enfermería en el indicador mecanismos motivacionales en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera. 2006.....	90
Gráfico 8a. Valores medios (X) y de desviación estándar de las conductas promotoras de salud en su factor factores modificantes con el estilo de vida obtenidos por el personal de enfermería en el indicador factores de influencia indirecta en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera, 2006.....	95
Gráfico 8b. Valores medios (X) y de desviación estándar de las conductas promotoras de salud en su factor factores modificantes con el estilo de vida obtenidos por el personal de enfermería en el indicador factores de influencia indirecta en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Ovallera, 2006.....	96

Gráfico 9. Valores medios (X) y de desviación estándar de las conductas promotoras de salud en su factor factores modificantes con la interacción con el entorno obtenidos por el personal de enfermería en el indicador factores de influencia indirecta en la UCI del Hospital “José A. Vargas”. La Owallera, 2006.....	100
Gráfico 10a. Distribución profesional de Enfermería según respuestas consolidadas en los niveles de la variable conductas promotoras de la salud UCI. Hospital “José A. Vargas”. La Owallera. 2006.....	103
Gráfico 10a. Distribución profesional de Enfermería según respuestas consolidadas en los niveles de la variable Factores Modificables de la Hipertensión Arterial UCI. Hospital “José A. Vargas”. La Owallera. 2006.....	104



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Estudios de Postgrado
Maestría en Enfermería
Mención: Cuidado Integral al Adulto
Críticamente Enfermo



**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON
 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE LA HIPERTENSIÓN
 ARTERIAL**

Autora: Licda. Lucimar Barrios

Tutora: Dra. Reina Rivas

Año: Marzo 2015

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo, Determinar las conductas promotoras de salud en sus factores cognitivo-perceptivo y modificantes y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en sus factores estilo de vida y la interacción con el entorno de las enfermeras de la UCI del Hospital José A. Vargas Maracay Estado Aragua. La hipótesis planteada fue Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores cognitivo-perceptivo y modificantes y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factores estilo de vida y la interacción con el entorno de las enfermeras de la UCI . La investigación es de campo, diseño de tipo expost-facto, correlacional. La muestra estuvo conformada por 17 enfermeras que laboran en la UCI. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario construido en escala Likert, diseñado en dos partes: la primera con 25 ítems midió la variable conductas promotoras de salud de las enfermeras, la segunda parte con 12 ítems midió la variable: factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial. La confiabilidad del cuestionario se obtuvo mediante la aplicación de Alpha de Crombach, cuyo resultado fue 0,79. Para el análisis estadístico de la información se utilizó la estadística descriptiva, y estadística inferencial. Los resultados: conducen a aceptar la hipótesis general; las conductas promotoras de salud de las enfermeras en su factor cognoscitivo perceptivo guarda relación estadísticamente significativa con el factor de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial.

Palabras clave: Enfermeras, Conductas promotoras, Hipertensión arterial.



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Estudios de Postgrado
Maestría en Enfermería
Mención: Cuidado Integral al Adulto
Críticamente Enfermo



PROMOTING HEALTH BEHAVIOR AND ITS RELATIONSHIP WITH RISK FACTORS OF HYPERTENSION MODIFIABLE

Author: Licda Lucimar Barrios.
Tutor: Dr. Reina Rivas.
Year: March 2015

SUMMARY

This research work aims; determine behaviors promoting health in their modifiers and cognitivo-perceptivo factors and its relation with hypertension in his factors modifiable risk factors, lifestyle and the interaction with the environment of the nurses in the ICU of the Hospital José A. Vargas Maracay Estado Aragua. The hypothesis was there is a statistically significant relationship between factors cognitivo-perceptivo and modifiers health promoting behaviors and its relationship with risk factors modifiable of Arterial hypertension in his lifestyle factors and interaction with the environment of the ICU nurses. Sample was comprised of 17 nurses working in ICU, data collection was carried out through a questionnaire built in scale Likert, designed in two parts: the first with 25 items measured variable behaviors promoting health of nurses, the second part with 12 items measured variable: modifiable risk factors of hypertension. Data collection was carried out through a questionnaire built in scale Likert, designed in two parts: the first with 25 items measured variable behaviors promoting health of nurses, the second part with 12 items measured variable: modifiable risk factors of hypertension. The reliability of the questionnaire was obtained through the application of Alpha of Cronbach, whose result was 0.79. For the statistical analysis of the information was used descriptive statistics and inferential statistics. The results: lead to accept the general hypothesis; promoting attitudes of health of nurses in its perceptual cognitive factor relates to statistically significant hypertension modifiable risk factor.

Key words: nurse, promoting behaviours, high blood pressure.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de conductas promotoras de salud se ha considerado como uno de los factores más importantes en la prevención de enfermedades y prolongación de la vida en una población. Estas conductas se desarrollan durante toda la vida y parece ser que mientras más temprano se instalen en la vida de un individuo, mayores son sus beneficios a futuro.

La salud es, más que un estado, un proceso continuo de reestablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. Esta concepción implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, el cual se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana de la animal.

Dentro de estos factores promotores de conductas saludables, se encuentra la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, la Autoeficacia generalizada, el Apoyo social percibido, y por último la conducta, como una integración de varios elementos (Olivari y Urra, 2007; Vegas y González, 2009; Ríos, Sánchez y Godoy, 2010). Estas variables positivas han cambiado la forma como se percibe la salud del ser humano, pasando de un modelo de riesgo basado en la carencia, a un modelo de promoción de salud (Pender 1996) dirigido a las fortalezas, incrementando el nivel de bienestar; por lo que sería un gran aporte a la hora de promover factores de protección cardiovascular, aunque existan variables de riesgo como la HTA (Acosta y Sánchez, 2009).

El desarrollo de conductas promotoras de salud se ha considerado como uno de los factores más importantes en la prevención de enfermedades y prolongación de la vida en una población. Estas conductas se desarrollan durante toda la vida y parece ser que mientras más temprano se instalen en la vida de un individuo, mayores son sus beneficios a futuro. (Pender 1996)

Desde su objeto de estudio como profesión, los enfermeros son quienes se encargan del cuidado de la salud. “Los enfermeros por las acciones que realicen y por la permanencia al servicio, componen un grupo profesional indispensable para el funcionamiento del sistema de salud, son la columna vertebral del mismo. Enfermería es una profesión con características específicas que la hace vulnerable a la hora de proteger su propia salud. A esto se le suma factores individuales, culturales, riesgos y condiciones del medio ambiente laboral, llevándola a una constante y permanente exposición a situaciones de riesgo para su salud.

La acción de los enfermeros se centraliza en la atención del hombre sano y/o enfermo, utilizando su conocimiento de los progresos científicos y el desarrollo de la tecnología, que en ocasiones desplazan la atención de sus propias necesidades. “El bienestar de los enfermeros esta relacionado con la forma de enfrentar los acontecimientos de la vida, de afrontar las dificultades, de utilizar los recursos y las capacidades adquiridas. Sentirse una persona valiosa es una condición indispensable para estimarse, cuidarse, es decir, todo esto es necesario para poder lograr y mantener una salud integral”.

Por ello es necesario que las personas que se encargen del cuidado de la salud se encuentren en condiciones óptimas, para brindar los cuidados y atención holística a cada persona que lo requiera. “Se observa que el estado de salud no depende únicamente de factores biológicos, sino que es un producto de un proceso sujeto a determinantes dados por la relación del hombre con el medio ambiente del cual se

apropia y se trasforma. El objetivo de los enfermeros es que trabajen en un clima organizacional óptimo, donde el personal trabaje lo necesario para poder atender su familia y poder cuidar su propia salud”. Desarrollando así, las conductas promotoras de salud siendo uno de los grandes desafíos propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011). Estas conductas promueven el bienestar y desarrollo de la persona y disminuyen la aparición de patologías que comprometen la vida, tales como las enfermedades crónicas no transmisibles, en este caso la hipertensión arterial.

En este sentido tenemos que la hipertensión arterial es una enfermedad frecuente en el ámbito mundial, hasta tal punto que según observaciones epidemiológicas la prevalencia de esta patología, en el mundo es de un 50% y en Venezuela es de un 36-43%, según el reporte de la Unidad de Hipertensión del Hospital Universitario de Caracas. Lo que permite calificarla como una epidemia de estos tiempos y en vista de que lesiona a múltiples órganos, entre ellos, el sistema cardiovascular, constituye un importante problema de salud pública. Se han hecho intentos por diferenciar con mayor precisión los hipertensos de los normotensos y de optimizar el tratamiento antihipertensivos, teniendo en consideración, en ambos casos el ritmo circadiano de la presión arterial.

Actualmente se acepta que estos factores asociados al desarrollo de la HTA se encuentran relacionados a estilos o patrones de vida, los cuales determinan el proceso salud-enfermedad (Cerecero, Hernández, Aguirre, Valdés y Huitrón, 2009; Vives, 2007). Al respecto, Peña (2011) señala, que los estilos de vida o conductas conducen a la muerte debido a que las principales causas se relacionan con elementos comportamentales. Por lo que las conductas promotoras de salud y los factores de riesgo de la hipertensión arterial se pueden representar dentro de este contexto.

De tal manera que, la promoción de la salud es un elemento fundamental para el incentivo de la prevención de la hipertensión arterial, ya sea en usuarios o en profesionales, tales como la enfermería, a través de acciones que benefician la vida de los ciudadanos y ciudadanas que interactúan en esta sociedad pluricultural.

El objetivo de la acción por la salud es que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud. La promoción de la salud constituye un proceso mediante el cual los individuos obtienen control sobre sus decisiones y acciones relacionadas con su salud, expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para que responda a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, surge la presente investigación, donde se establecer la relación entre las conductas promotoras de salud de las enfermeras y los factores de riesgo modificables de hipertensión arterial, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital José Antonio Vargas, La Owallera, Maracay, Estado Aragua, la misma será abordada bajo los lineamientos de los estudios de campo a nivel correlacional, reuniendo los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de investigación “Cuidados de Enfermería a Pacientes Críticamente Enfermo por Problemas Cardiovasculares”, establecidos por la Maestría, igualmente, el mencionado trabajo de investigación estuvo enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajo de grado. Este estudio representa un aporte teórico-práctico, dada las características específicas que lo configuran.

El trabajo de investigación ha sido estructurado en cinco (5) capítulos; el primer capítulo, expone todo lo referente al problema, enfatizando la situación detectada como resultante de la experiencia profesional. El segundo capítulo, contiene el marco teórico, que sustenta los planteamientos expuestos a la luz de la perspectiva de otros autores, el tercer capítulo, está referido el marco metodológico, que orienta el proceso investigativo, en el cuarto capítulo se presentan, analizan y discuten los resultados obtenidos en la investigación, para finalmente concluir con el quinto capítulo las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas utilizadas para sustentar los planteamientos expuestos y los anexos que complementan la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

El desarrollo de conductas promotoras de salud es uno de los grandes desafíos propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011). Estas conductas promueven el bienestar y desarrollo de la persona y disminuyen la aparición de patologías que comprometen la vida, tales como las enfermedades crónicas no transmisibles.

Por lo que, el modelo de promoción de salud de Pender se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación de la conducta. Sostiene que los individuos, aprenden de la observación de otros, personalmente o a través de los medios y el ambiente. Pone énfasis en el observar y en el modelar los comportamientos, las actitudes y las reacciones emocionales de otras acciones.

Por un lado, Bandura (1987) admite que cuando aprendemos estamos ligados a ciertos procesos de condicionamiento y refuerzo positivo o negativo. Del mismo modo, reconoce que no puede entenderse nuestro comportamiento si no tomamos en consideración los aspectos de nuestro entorno que nos están influyendo a modo de presiones externas. Bandura afirma que la conducta es una función de las actitudes personales y las normas sociales, ha influido también en el desarrollo del modelo, ya que del se toma lo referente a que la conducta es en función de las actitudes personales y las normas sociales.

Es por ello que el modelo de Pender (1996) tiene una estructura similar al de creencia en la salud, aunque no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad y abarca también los comportamientos que favorecen la salud, en sentido amplio. En 1996 se establece una nueva propuesta del Modelo de promoción de salud como resultado de los hallazgos de investigaciones de cada uno de los conceptos del modelo.

Propone tres contratos denominado características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específico de la conducta y resultado conductual. Conducta previa relacionada la cual indica que con frecuencia el mejor predictor es la frecuencia de la misma conducta o conductas similares en el pasado, la conducta previa es propuesta con efectos tanto directos como indirectos en la probabilidad de realizar conductas promotoras de la salud. El efecto directo de la conducta basado en la conducta promotora de la salud actual puede deberse a la formación de hábitos, predisponiéndolos a uno a realizar la conducta automáticamente, con poca atención a los detalles específicos de su ejecución. La fuerza del hábito cada vez que la conducta ocurre, facilita que la práctica de la conducta sea repetitiva. Cada incidente de la conducta es acompañado por emociones o afectos.

De acuerdo con la teoría cognoscitiva social, se propone que la conducta previa también tiene influencia indirecta en la conducta promotora de salud a través de percepciones, de autoeficacia percibida, barreras, beneficios y afecto relacionado a la actividad. En el modelo de promoción de la salud (M.P.S.) los factores personales han sido clasificados como biológicos, psicológicos y socioculturales.

En síntesis, el modelo promotor de salud plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las(os) enfermeras(os) para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo.

La promoción de la salud constituye un proceso mediante el cual los individuos obtienen control sobre sus decisiones y acciones relacionadas con su salud, expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad.

En este sentido el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción esto está estrechamente relacionado con el estilo de vida de las personas, sin embargo nos encontramos con los estilos de vida no saludables en un individuo que conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias, entre otras. Transformándose en factores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades llamadas por la OMS como las “enfermedades de los estilos de vida”.

En el mismo orden de ideas la hipertensión arterial tiene relación estrecha con un estilo de vida saludable. Constituye un problema de salud, es el factor de riesgo más importante en el origen de las afecciones del corazón

Según la OMS (2011)” la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, generalmente asintomática. Que se caracteriza por la elevación de la presión

sanguínea sistólica y diastólica. Cuando el corazón bombea sangre al resto de los tejidos del organismo genera una ola de presión en las paredes de las arterias. El punto álgido de esa ola es la presión sistólica, mientras que el punto más bajo entre latido y latido del corazón es la presión diastólica.

Es indudable que para continuar elevando la duración de la vida de las personas, se requiere cada vez más eficacia en la prevención y detección temprana de enfermedades como la hipertensión. Ese reto se extiende a toda la sociedad, no sólo se concentra en el tratamiento y el control adecuados de los pacientes diagnosticados y con perfeccionar los métodos que conduzcan a descubrir quiénes son aquellos que, sin sospecharlo siquiera, pueden estar afectando su plenitud vital por esta causa; tiene que ver también con el incremento del número de personas que asuman un estilo de vida saludable y que tomen en cuenta los factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial para lograr una conducta promotora de vida saludable.

Sin embargo a pesar de que los beneficios de la reducción de la presión arterial (PA) están bien definidos y de que actualmente se dispone de un amplio y eficaz arsenal terapéutico, la hipertensión continúa siendo uno de los problemas sanitarios de difícil control.

Ahora bien se conoce un buen número de factores de riesgo de HTA, algunos no modificables y otros susceptibles de intervención como son los modificables. En el primer grupo están incluidos la edad, el sexo y la carga genética. En el segundo, la obesidad o sobrepeso, la falta de ejercicio físico y el tipo de dieta.

De esta manera la Tensión Arterial (TA) tiende a elevarse según aumenta la edad. Y es éste probablemente el factor de riesgo más directamente relacionado con el desarrollo de HTA. Además, este efecto se mantiene tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, así como en los varones el riesgo aumenta progresivamente con la edad, en el caso de las mujeres este aumento del riesgo es más suave hasta el

momento de la menopausia, cuando el riesgo se eleva más rápidamente, igualándose al de los hombres.

Así tenemos que entre los factores modificables, es muy importante la obesidad y/o sobrepeso. Existe una relación directa entre el grado de obesidad y el síndrome metabólico y sus complicaciones en general y el desarrollo de hipertensión en particular. Y una reducción del Índice de Masa Corporal (IMC) supone una medida eficaz para controlar la TA elevada. Igualmente los bajos niveles de actividad física se asocian a un mayor riesgo de desarrollar HTA. Es por ello que en la prevención y tratamiento de la hipertensión, se incluye el ejercicio físico; además, existe una posible asociación entre sedentarismo e hipertensión.

En el mismo orden de ideas, de acuerdo a lo expuesto por Morales, E (2011) considera que el 1.4% de cada 10.000 venezolanos sufren de enfermedades cardiovasculares y esta cifra aumenta proporcionalmente en mayores de cuarenta años, entre otras causas como consecuencias directas de hábitos de vida inadecuado, ya que los cambios que se han producido actualmente en la estructura social, política, económica y cultural del país, implican que el venezolano cambie sus hábitos de vida, reemplazándolos por otros que resultan dañinos para su salud y que están relacionados con el estrés, alto consumo de grasas animales y sales, la ingesta de bebidas alcohólicas y la adopción de patrones inadecuados de descanso. Factores que en su totalidad incrementan la aparición de la HTA.

De acuerdo al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPPS 2010), dentro de las tres primeras causas de muerte en Venezuela se encuentran “en orden creciente las enfermedades del corazón con un 21.35 por ciento; seguida por el cáncer, con un 12.92 por ciento, encontrándose los accidentes en tercer lugar con un 8.67 por ciento” (p. 34).

Ahora bien uno de los principales problemas que se ha generado como consecuencia de los cambios socioculturales y económicos de la sociedad moderna, sin duda, ha sido el estilo de vida del ser humano, en relación a sus patrones de alimentación, trabajo, descanso y la incorporación de elementos perjudiciales para la salud, los cuales son aceptados socialmente; siendo uno de ellos, el alcohol y el tabaquismo.

De acuerdo a lo anterior, esta situación es originada por las costumbres sedentarias adoptadas por la mayoría de la población, la falta de ejercicios o la inconstancia en su realización y la ausencia de un control médico adecuado. Aunado a ello, está el desorden en la alimentación, estrés, tabaquismo y alcohol que colocan a la HTA como la primera causa de asistencia médica.

Así mismo, la alimentación de las personas está influenciada por factores culturales, específicamente por la creencia de que el patrón alimentario que se lleva es normal, ya que la misma es determinada por los hábitos y valores del grupo familiar, es decir, las prácticas tradicionales tiene mucho que ver con lo que consumen los padres y otras generaciones.

No obstante, consumir una dieta saludable actualmente es un poco difícil, puesto que las personas, producto de lo acelerado del ritmo de vida consumen con mayor frecuencia, comidas en restaurantes o comedores, donde quizás no sean preparados de la manera más aceptable. Esta realidad se asemeja a la vivida por las enfermeras (os), quienes en ocasiones se ven obligados a comer fuera del hogar, que sin una adecuada orientación alimentaria consumen cualquier tipo de alimentos, igualmente existen otras situaciones que están relacionadas con la hipertensión, como el tabaquismo, el cual es considerado la causa de muerte prevenible más importante, ya que incrementa la presión arterial y la frecuencia cardiaca. Lo que indica que una persona sedentaria tiene mayor riesgo de padecerla, o aquel individuo con consumo frecuente de alcohol y tabaquismo, puede estar condicionado a la elevación de presión arterial. De igual

manera, aquellos individuos con muchas responsabilidades, bien sea en el hogar o en el trabajo, o los que están sometidos a estrés en forma constante pueden desencadenar elevaciones de las cifras de tensión arterial.

Por supuesto el personal de enfermería no escapa a toda esta realidad, la cual afecta sus condiciones y los estilos de vida, considerando que las enfermeras (os) que se desempeñan en las diferentes áreas de los centros asistenciales, tomando en consideración que la esencia de la enfermería es brindar cuidados de atención directa a los pacientes, que le permitan el restablecimiento del estado óptimo de la salud, lo que demanda una adecuada capacidad física y mental para actuar en la disminución de las condiciones propias de la patología de los usuarios. A ello se agrega, que generalmente, este personal trabaja en más de dos centros asistenciales, fuma en exceso, lleva una vida sedentaria, con bajos sueldos que no le permiten la satisfacción de las necesidades básicas propias y las del grupo familiar, constituyendo estos indicadores factores de riesgo predisponentes de la HTA.

Esta situación es altamente preocupante, debido al incremento de enfermeras (os) que padecen de hipertensión arterial, lo que implica emprender conductas promotoras de salud en el personal de enfermería, tal como lo establece Pender (1996), quien reseña en su modelo conceptual de conducta para la salud preventiva, que los individuos deben tomar sus propias decisiones sobre el autocuidado dentro del contexto de la enfermería. En ese sentido, insta a otorgarle importancia al proceso cognitivo en la modificación de posturas adversas al estado óptimo de la salud.

En función a lo expuesto, las enfermeras(os) tienen que practicar hábitos saludables que incidan en los estilos de vida, ya que la HTA está asociada a factores de riesgos modificables y no modificables, los cuales pueden ser controlados, dependiendo de la actitud de las personas ante la enfermedad.

Específicamente, esta realidad afecta a las enfermeras que laboran en el área de Cuidados Intensivos del Hospital “José A Vargas”, La Owallera, Maracay, Estado Aragua, quienes deben brindar una atención de calidad e integral, con marcado equilibrio mental y emocional, con capacidad para trabajar bajo presión o estrés y competencias adecuadas para realizar las funciones como enfermeras intensivistas; sin embargo, se observa que muchas de estas profesionales son hipertensas, presentando sobre peso, trabajan en dos centros de salud distintos y con las mismas responsabilidades propias del rol que ejercen, lo que incrementa los niveles de estrés o ansiedad. Aunado a ello, llevan una vida sedentaria, no se ajustan al plan dietético que debe cumplir rigurosamente; consumen cafeína y algunas de ellas fuman cigarrillos. Todos estos aspectos reseñados constituyen un factor de riesgo favorable a desarrollar algún tipo de enfermedad cardiovascular.

Lo mencionado anteriormente lleva a la autora a plantear el siguiente problema: ¿Existe relación entre las conductas promotoras de salud de las enfermeras con los factores de riesgos modificables de la Hipertensión Arterial?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

Determinar las conductas promotoras de salud en sus factores cognitivo-perceptivo y modificantes y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factores estilo de vida y la interacción con el entorno de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivo del Hospital José A. Vargas la Owallera Maracay Estado Aragua

1.2.2. Objetivos Específicos

1.-Determinar las conductas promotoras de salud en sus factores cognitivo-perceptivo y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor estilo de vida

2.-Determinar las conductas promotoras de salud en sus factores cognitivo-perceptivo y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor interacción con el entorno

3.-Determinar las conductas promotoras de salud en sus factores modificantes y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor estilo de vida

4.-Determinar las conductas promotoras de salud en sus factores modificantes y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor interacción con el entorno

1.3. Justificación de la Investigación

Pertinencia del estudio para las enfermeras (os), dada la importancia de conocer como los enfermeras (os) reaccionan ante estos factores que enfrentan diariamente, en su ejercicio profesional, ya que su objetivo de disciplina profesional es el cuidado de la salud, lo cual implica conocer cómo cuidan de su salud y cómo cuidan la de los demás en forma holística, lo cual les permite desarrollar e implementar acciones y estrategias que puedan mejorar los estados de salud. Por lo tanto, poder comprender y determinar las conductas promotoras de salud de los mismos nos permitirá saber el estado real de promoción de la salud adquirido e implementado por los enfermeros (as) para conservar su propio estado.

Desde la delimitación teórica se puede determinar como la variable conceptual central a la conducta, que se definen como comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. La conducta promotora de salud es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos

En donde el escenario es la unidad de cuidados intensivos por tal razón a través del grupo en estudio se pretende saber el estado real de promoción de la salud adquirido e implementado por los enfermeros (as) para conservar su propio estado de salud. Utilizando el conocimiento y las habilidades desarrollando e implementando acciones y estrategias que puedan mejorar el estado de su salud durante el desempeño de sus funciones profesionales lo que nos permitirá un ejercicio profesional eficaz.

Sin embargo en los momentos actuales, caracterizados por incidencia de individuos con hipertensión arterial, y las enfermeras (os) no escapan de esta incidencia, es necesario implementar conductas promotoras de vida saludables que incidan en su disminución, tomando en cuenta los factores de riesgo, bien sean modificables por la propia persona, o aquellos no modificables a partir de la acción preventiva y del compromiso individual, en función de mantener una vida saludable.

Desde el punto de vista Institucional, la investigación se justifica al promocionar conductas de vida saludables destinados a mejorar las condiciones de salud de las enfermeras (os) contribuyendo como un recurso teórico-práctico que aporte información pertinente al profesional de enfermería, sobre los factores de riesgo modificables que le permita la satisfacción de sus necesidades diarias, haciéndose responsable de la misma y el logro de metas o proyectos, una autoimagen y actitud positiva ante la vida de la enfermeras (os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “José A Vargas”, La Owallera, Maracay, Estado Aragua.

La relevancia institucional del estudio, el apoyo a ésta actividad indagatoria favorece a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “José A. Vargas”, La Owallera Maracay Estado Aragua, estableciendo la realidad epidemiológica de las personas que allí laboran, vistos como una fuerza laboral y en tal sentido, mediante investigaciones de mayor nivel de complejidad, pero con los aportes obtenidos en éstas etapas indagatorias iniciales, planificar estratégicamente sus sistemas de regulación y estilo de vida saludable, haciéndose responsable de la misma para con

ello optimizar, por una parte, el servicio prestado y evitar complicaciones, recidivas y complementariamente, y por la otra, velar por la salud de las personas que conforman la plaza laboral de dicha institución; logrando sus metas o proyectos, una autoimagen y actitud positiva ante la vida de la enfermeras (os)

De acuerdo a la relevancia social, el contexto Venezolano se favorece de las bondades de la investigación, en el sentido de promover la salud, trato y recuperación de afecciones cardiovasculares que se expresen mediante la hipertensión arterial sistémica. El establecimiento de los factores de riesgo, su estudio y control contribuye grandemente con la disminución de los índices de morbi-mortalidad cardiovascular, elevando la calidad de vida de las enfermeras y asegurándoles la posibilidad de autogestionar su proceso particular de recuperación y mantenimiento, mediante la observancia e intervención de los factores de riesgos modificables.

Desde el punto de vista científico, los aportes que genera ésta investigación favorece las condiciones propicias a los fines de determinar las conductas promotoras de salud en sus factores cognitivo-perceptivo y modificantes y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factores estilo de vida y la interacción con el entorno de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivo. Lo anterior, desde lo específico.

Por tanto, tal información permite se obtenga un corpus teórico capaz de orientar procesos tendentes a utilizar la metodología escogida para con ello establecer la realidad epidemiológica del contexto Venezolano en materia de la promoción de la salud y sus factores de riesgos cardiovasculares, lo cual contribuye a su vez, al desarrollo de otros tipos de investigaciones que, de forma responsable y adecuada, promueva la toma de decisiones sobre la base de los antecedentes y experiencias cultivadas, que orienten acciones complejas, es decir, que consideren la prevención, pero sin descuidar cada una de las etapas de los procesos restablecedores y de mantenimiento de la salud.

Finalmente este estudio se justifica, desde el punto de vista metodológico se puede determinar como la variable conceptual central a la conducta, que se definen como comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. Ofreciendo un cúmulo de resultados, de hallazgos, que sirvan como marco de referencia a todas aquellas personas interesadas en la línea de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

De acuerdo con el propósito de esta investigación, se presenta a continuación el marco referencial de la investigación donde se mencionan los antecedentes de estudio afines al tema; posteriormente se desarrollan las bases teóricas, relacionadas con las conductas promotoras de salud y factores modificables de hipertensión arterial; de igual manera se presenta el sistema de variable y su Operacionalización y la definición de términos

2.1 Antecedentes de la Investigación

Triviño V. Zaider G. (2012) Realizaron un estudio cuyo título fue Conductas Promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior cuyo Objetivo fue determinar los factores predictores que influyen las conductas promotoras de salud según modelo de enfermería de Pender en estudiantes de una institución de educación superior de Cali, Colombia. Materiales y métodos: Diseño descriptivo correlacional, con muestra de 384 estudiantes, aleatoria estratificada, con nivel de confianza de 95% ($p \leq 0,05$), margen de error del 5%. Las variables fueron la conducta promotora de salud y los factores biopsicosocioculturales. Se aplicaron los instrumentos: escala estilo de vida promotor de salud II para medir la variable dependiente, percepción de auto eficacia, percepción del estado de salud y variables socio demográficos.

Resultados: El 50,1% de estudiantes obtuvo conductas promotoras de salud superiores a la media. Las conductas fortalecidas en estudiantes por encima de la media fueron: crecimiento espiritual (61,7%), relaciones interpersonales (53,4%), responsabilidad en salud (50,5%); las deficitarias por debajo de la media, actividad

física (46,7%), manejo del estrés (46%) y nutrición (49,6%). Según modelo de regresión múltiple, los factores que predijeron mayor variabilidad en la conducta promotora de salud II, fueron: percepción del estado de salud, auto eficacia y tipo de relación familiar en la vivienda ($R^2 = 11,6\%$, $p < 0,05$). Conclusión: estos factores se consideraron con influencia baja sobre la conducta promotora de estudiantes, pero se recomendó tenerlos en cuenta en la promoción del cuidado de estudiantes.

Con respecto a la investigación mencionada, existe relación con el presente estudio por cuanto se trata de determinar la conducta promotora de salud y los factores pre disponente según el modelo de pender.

Arellano, Ana y Cols. (2012), Realizaron un trabajo de investigación titulado intervención educativa dirigido a usuarios del Ambulatorio Montaña Alta, Carrizal, Estado Bolivariano de Miranda, fundamentado en epistemes sobre HTA, extraídos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Chobanian y col. Contreras, García, Brunner y Suddart y Marriner; cuidado de enfermería de Orem y Kozier y programas educativos en salud de Plata y Román y García. Se enmarcó el estudio en el paradigma positivista lógico, enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo transversal con diseño de campo cuasi experimental comparativo tipo pre-test post-test, confirmando la hipótesis planteada “Al realizar una intervención educativa en relación a la Presión Arterial Elevada (PAE) y los Factores de Riesgos Modificables, se obtendrán efectos significativos en la información que sobre las cifras tensionales tendrán los usuarios hipertensos del Ambulatorio Montaña Alta”. La población fue de 50 personas entre 30 y 60 años y la muestra quedó constituida por 25 sujetos seleccionados de manera intencional según criterios de inclusión y exclusión. Las diferencias estadísticas, obtenidas antes-después de intervenir educativamente resultaron significativas y la p de Mc Nemar arrojó un índice de 0,001, lo cual evidencia los efectos positivos del programa. Se concluye que el enfermero contribuye a mejorar el cumplimiento terapéutico al lograr que los pacientes reconozcan la importancia de su auto cuidado y educación para modificar estilos de vida que acarrear problemas inherentes a HTA.

Se recomienda expandir estos esfuerzos en materia de intervenciones educativas para reforzar un control adecuado y permanente de factores de riesgo modificables.

Con respecto a la investigación mencionada, existe relación con el presente estudio por cuanto se trata de determinar los factores de riesgos modificables de la HTA y el estilo de vida, logrando el autocuidado del individuo.

Por su parte, Querales (2011), en su trabajo de investigación titulado nivel de conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y asociarlo con alteraciones de los marcadores clínicos, antropométricos y bioquímicos de riesgo cardiovascular en una comunidad del Municipio Naguanagua, Venezuela. Se evaluaron 205 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 77 años, a los cuales se les determinó peso, talla, circunferencia abdominal, presión arterial, glicemia y perfil lipídico. Se aplicó una encuesta para medir el nivel de conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular. Resultados Se evidenció una alta frecuencia de obesidad abdominal (67 %) sobrepeso y obesidad (38 %) e Hipertensión (26 %). Casi 60 % de los participantes afirmó conocer los factores de riesgo cardiovascular, pero sólo 14,7 % reconocieron los once factores que se consideraron para definir el nivel de conocimiento. Más de la mitad de los participantes mostraron un bajo nivel de conocimiento de factores de riesgo cardiovasculares cuyos niveles promedio de colesterol total, LDL colesterol y triglicéridos fueron significativamente menores a los del grupo de alto nivel de conocimiento. En conclusión Se encontró un porcentaje elevado de individuos con bajo nivel de conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y una frecuencia de alteraciones de los parámetros clínicos, antropométricos y bioquímicos mayor entre los participantes con alto nivel de conocimiento, confirmando la necesidad de ejecutar estrategias que no sólo eleven el nivel de conocimiento de las comunidades venezolanas, sino también motiven efectivamente a la adopción de un estilo de vida asociado a la reducción de los factores de riesgo cardiovascular y al auto cuidado de la salud.

Este estudio es con respecto a la investigación mencionada guarda una relación en la motivación que tenga el individuo en modificar sus estilos de vida para reducir los factores de riesgos cardiovasculares como es la HTA proporcionando así su autocuidado.

Otro de los estudios citados es el realizado por Montenegro (2012), titulado “Estilo de vida y los niveles de presión arterial en un grupo de adultos mayores jubilados”, con una población conformada por 70 adultos mayores jubilados que pertenecen a la Asociación de Jubilados en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo, con edad comprendida entre los 65 y 85 años. La muestra quedó conformada por los 70 adultos; es decir, se trabajó con el 100 % de la población. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario. Para establecer la correlación con los niveles de presión arterial, se emplearon las cifras promedios de tensión arterial sistólica y tensión diastólica en los adultos mayores. La investigación fue abordada bajo los lineamientos de los estudios de campo, a nivel descriptivo y expost-facto. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados indican que se acepta la hipótesis nula, la cual expresa que no existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y la presión arterial.

El antecedente citado guarda estrecha relación con la presente investigación, por cuanto en los mismos aborda el estilo de vida y la hipertensión arterial como factor de riesgo modificable en la conductas promotoras de salud, lo cual constituye parte de la temática esencial de este estudio. En ello, se refleja las diferentes estrategias metodológicas empleadas para llevar a cabo el proceso investigativo que también guardan relación con la presente investigación.

Hernández, R (2010), “Hipertensión y Salud Cardiovascular en Venezuela y Países Latinoamericanos” el estudio refiere que los países latinoamericanos tienen una profunda mezcla étnica de grupos Europeos, africanos e indios, los cuales han sido definidos como Hispánicos, y existe una gran variabilidad de un país a otro así como en la nutrición, ingestión de sal y hábitos de bebidas alcohólicas entre las

diferentes regiones. Por lo tanto, la frecuencia u ocurrencia de la hipertensión en el mismo país puede variar de una región a otra.

Se relaciona con la investigación en el contexto de la prevalencia de los factores de riesgo modificables sobre presión arterial elevada. Además hay un elemento común, como lo es la hipertensión arterial está directamente relacionada con la práctica de estilos de vida saludables y las conductas promotoras de salud.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Promoción de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2011), define la promoción de la salud como "el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore". En este sentido, podríamos señalar, de acuerdo a Fiorentino (2012), los siguientes objetivos específicos que se propone cualquier proceso de promoción de la salud: cambiar conocimientos, creencias, actitudes y valores, aumentar la habilidad para tomar decisiones, cambiar comportamientos, establecer ambientes sanos, conseguir cambios sociales hacia la salud, favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades.

Pender (1990). Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. (Pender 1990).

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. (Pender 1990)

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El modelo de promoción de la salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr, el modelo de promoción de la salud, expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. (Pender 1990).

Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (1987) y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (1982). El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos: -Para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).- El segundo sustento

teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. El modelo de promoción de la salud expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

En el mismo orden de ideas las bases que Nola Pender poseía en enfermería, desarrollo humano, psicología experimental y educación, la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermera y el aprendizaje de la teoría como bases para el Modelo de Promoción de la Salud.

El modelo de promoción de la salud es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un estado de salud. De modo distinto ocurre en los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria.

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. Este modelo

identifica en el individuo factores cognitivo perceptuales, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y son entendidos como aquellas concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud. Esto las lleva o induce a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

Además Grotberg (1995) opina que la resiliencia o el autoconcepto es la “capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas” (Fiorentino, 2012, p.99).

Al respecto, (Melillo y Suárez 2001; Prada 2005), mencionan ocho pilares como los atributos que aparecen con frecuencia en los niños y adolescentes considerados resilientes. Ellos son:

- 1) Introspección: arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
2. Independencia: saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
3. Capacidad de relacionarse: habilidad para establecer lazos e intimidad con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
4. Iniciativa: gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
5. Humor: encontrar lo cómico en la propia tragedia.
6. Creatividad: capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
7. Moralidad: consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores; este elemento ya es importante desde la infancia, pero sobre todo a partir de los 10 años.
8. Autoestima consistente: base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo (Prada, 2005, p. 18).

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. El modelo tiene una construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud. Grotberg (1995)

Hoy en día esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores, ya que se cree que influyen en las modificaciones de la conducta de salud.

Según Nordmark y Rohweder (1997), la participación de la enfermera en la promoción de la salud debe hacer énfasis en los siguientes aspectos:

- A.- Importancia de una dieta balanceada y nutritiva durante toda la vida, evitando las frituras y exceso de sal.
- B.- Realización de un programa de ejercicio adecuado, evitando el ejercicio agotador sin el entrenamiento y chequeo médico adecuado.
- C.- Suficiente descanso y sueño, manejo del estrés y de las situaciones difíciles.
- D.- Cambios de posición y movimiento intermitentes, así como evitar estar por largo tiempo de pie.
- E.- Evitar el consumo de cigarrillos, alcohol y bebidas estimulantes como el té y el café (p. 171).

La participación de la enfermera en la promoción de hábitos de salud para la prevención de complicaciones de la hipertensión, ya que es el Profesional de enfermería, se somete a la permanencia de la mayor parte del tiempo con el paciente, lo cual le brinda la oportunidad de desarrollar acciones de carácter educativo que favorezca los autocuidados por parte del paciente y contribuyan al restablecimiento del estado de salud en el paciente mediante la toma de conciencia por parte de este de las acciones que favorecen o entorpecen tal recuperación, al igual que el de ella como personal de salud. Grothberg (1995)

En este orden de ideas Costa, Benito, González y López (1998), señalan que:

"Con el paso del tiempo y la aparición de enfermedades crónicas que exigen un cuidado más prolongado, y con los cambios en la morbilidad y estilos de vida asociados, la tarea educativa se ha hecho más compleja". (p. s/n).

Es por esta razón que la enfermera debe buscar los caminos que le permitan potenciar su rol docente logrando así una máxima efectividad y un mínimo esfuerzo acompañado de una utilización racional de los recursos económicos que dispone.

Como puede observarse la promoción de estilos de vida saludables para la prevención de complicaciones en pacientes con HTA mediante la participación de la enfermera en la educación para la salud, requiere de la búsqueda de alternativas innovadoras que satisfagan no sólo las necesidades de información del paciente, sino también que permitan a la enfermera el desarrollo de sus capacidades creativas, brindándole la oportunidad de crecer profesional y personalmente. Es importante que la enfermera en el desarrollo de sus actividades educativas, tomen en consideración los factores dependientes del paciente que pueden influir en la efectividad de las acciones desarrolladas por ella y para ella. En este particular Costa, Benito, González y López (1998), indican que:

"Los mitos y creencias culturales en torno a la salud, así como las atribuciones de la enfermera, pueden constituir también barreras cognitivas que interfieren también con el desarrollo de ciertos comportamientos saludables". (p. 13)

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender (1990-1996), identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. Como variable independiente podemos identificar a las conductas promotoras de salud que es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos. La práctica de conductas promotoras de salud y en general un estilo de vida saludable tal como llevar una buena nutrición, realizar ejercicio, el manejo adecuado del estrés, y la responsabilidad en salud.

En el mismo orden de ideas, Albert Bandura (1987), intentó explicar por qué los sujetos que aprenden unos de otros pueden ver cómo su nivel de conocimiento da un salto cualitativo importante de una sola vez, sin necesidad de muchos ensayos. La clave la encontramos en la palabra "social". La dimensión social del comportamiento reduciéndola a un esquema según el cual una persona influye sobre otra y hace que se desencadenen mecanismos de asociación en la segunda. Ese proceso no es

interacción, sino más bien un envío de paquetes de información de un organismo a otro. Por eso, la Teoría del Aprendizaje Social propuesta por Bandura incluye el factor conductual y el factor cognitivo, dos componentes sin los cuales no pueden entenderse las relaciones sociales.

De acuerdo a Bandura (1987- 1990) la autoeficacia "se relaciona con las creencias de las personas acerca de sus capacidades para movilizar su motivación, sus recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer el control sobre las exigencias de una tarea". Por otra parte, Bandura relaciona explícitamente la autoeficacia con la salud, cuando sostiene que "a no ser que el individuo crea que puede dominar y cumplir hábitos que favorezcan su salud es poco probable que dispense el esfuerzo suficiente para conseguirlo" y agrega que " lo que necesita saber el individuo es la forma de regular su conducta y disponer asimismo de una creencia firme en su eficacia para convertir la preocupación por posibles enfermedades futuras en una conducta preventiva eficaz". De acuerdo a estos conceptos, es importante que las personas sostengan fuertes creencias de que los conocimientos y destrezas que poseen en relación con su salud, le son útiles para regular y modificar su conducta y que se sientan capaces de llevar a cabo distintas conductas preventivas.

Para, Bandura (1987- 1990) admite que cuando aprendemos estamos ligados a ciertos procesos de condicionamiento y refuerzo positivo o negativo. Del mismo modo, reconoce que no puede entenderse nuestro comportamiento si no tomamos en consideración los aspectos de nuestro entorno que nos están influyendo a modo de presiones externas.

Además, estos elementos del aprendizaje sirven para construir la personalidad de cada individuo. Somos capaces de prever cosas a partir de lo que les pasa a otros, del mismo modo en el que el hecho de vivir en un medio social nos hace plantearnos ciertos objetivos de aprendizaje y no otros.

Por lo que respecta a nuestro papel como aprendices, está claro: no somos ni dioses autosuficientes ni autómatas.

2.2.1.1 Factores Cognitivo-Perceptivo

Según Pender (1990-1996), 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.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1990-1996), 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 salud.

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.

Para Albert Bandura (1992-1997) la Teoría Social-Cognitiva, se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Sin embargo, nos recuerda Bandura (1992-1997), también hay que tener en cuenta la otra cara de la moneda de la Teoría del Aprendizaje Social: el factor cognitivo. El aprendiz no es un sujeto pasivo que asiste desapasionadamente a la

ceremonia de su aprendizaje, sino que participa activamente en el proceso e incluso espera cosas de esta etapa de formación: tiene expectativas. En un contexto de aprendizaje interpersonal somos capaces de prever los resultados novedosos de nuestras acciones (de manera acertada o equivocada), y por lo tanto no dependemos totalmente del condicionamiento, que se basa en la repetición. Es decir: somos capaces de transformar nuestras experiencias en actos originales en previsión de una situación futura que nunca antes se había producido. Gracias a los procesos psicológicos que los conductistas no se han molestado en estudiar, utilizamos nuestra continua entrada de datos de todos los tipos para dar un salto cualitativo hacia adelante e imaginar situaciones futuras que aún no se han dado.

En este sentido Prada (2005), destaca los factores protectores que sirven de soporte en la construcción de la resiliencia o conducta:

A nivel individual se encuentran: buenas habilidades cognitivas, incluyendo resolución de problemas y habilidades atencionales; buen temperamento en la infancia, que con el tiempo se desarrolla como una personalidad adaptable; una positiva percepción de sí mismo, así como autoeficacia, percepción de apoyo, fe y sentido de la vida; una mirada positiva de la realidad, una buena capacidad de autorregulación emocional y de los impulsos; saber reconocer los propios talentos y que a su vez estos sean reconocidos por la sociedad, y por último un buen sentido del humor (p. 18).

Así pues, se han destacado varios factores que la promueven y entre ellos se encuentra la autoeficacia generalizada (AEG), como un elemento que además de formar parte del enfoque resiliente, también es un factor que por sí solo, tiene relación directa con los estilos de vida saludable y por tanto con la salud.

Autoeficacia generalizada (AEG)

La teoría de la autoeficacia es una propuesta basada en un modelo unificador para explicar el cambio conductual, lo cual interpreta la motivación como una actividad que se manifiesta de forma espontánea, sin necesidad de minimizarla a una reacción ante un estímulo específico. Este término es propuesto por Albert Bandura (1992-1997) quien la define como un sentimiento de confianza en las propias

capacidades para poder manejar de forma adecuada los distintos estresores vitales (Ríos, Sánchez y Godoy, 2010). Las creencias de autoeficacia intervienen en el pensar, sentir y actuar. Por lo que si alguien ha desarrollado la capacidad de superar los retos, pensará que los puede superar, se sentirá seguro a la hora de emprenderla, su motivación será alta y llevará a cabo las acciones necesarias para conseguirlo.

Así pues, se relaciona directamente con estilos de vida saludable, por lo que es razonable pensar que a mayor expectativas de autoeficacia, mayor es la posibilidad de afrontar los estresores vitales, y a su vez, permite apreciar un mejor estado de salud, así como llevar a cabo conductas más saludables, que protejan a las personas frente a la enfermedad (Olivari, y Cols. 2007).

2.2.1.2 Factores Modificantes.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender (1990-1996), estas creencias están dadas por:

- 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. Pender (1990-1996)
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al 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. Pender (1990-1996)
- La auto-eficacia; Bandura (1992-1997) ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones. Pender (1990-1996)

- 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. Pender (1990-1996)
- 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, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona. Pender (1990-1996)
- 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. Pender (1990-1996)
- 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. Pender (1990-1996)
- 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. Pender (1990-1996)
- 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 una alimentación adecuada, y no sólo la 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, Autoestima, Grado de urbanización. Pender (1990-1996)

Lo que para una población es bueno no tiene que ser así necesariamente para otra. Las acciones preventivas de salud requieren que los expertos puedan adentrarse en los factores modificantes de la conducta de una persona catalogados por el Modelo de Creencias de Salud como: variables socio-psicológicas y demográficas.

Rodríguez J. (2010), expuso que los cambios y las conductas son conceptos estrechamente relacionados puesto que todo cambio afecta al estado de la persona (o sistema) y son desencadenados por transacciones con el exterior. Algunos son debidos a la misma dinámica interna del sistema, como los pensamientos, que no son observables por nadie más que por el propio individuo. Pero otros son observables, como las conductas. La conducta es pues una construcción del observador que relaciona una acción que se produce fuera con un cambio de estado del sistema. Entre los factores que contribuyen al cambio de conducta se encuentran:

1. Factores de predisposición- conocimientos de los individuos, actitudes, conductas, creencias y valores.
2. Factores permitidos- la estructura del ambiente o comunidad y la situación individual que facilita o presenta obstáculos para el cambio.
3. Factores de refuerzo- los efectos positivos o negativos que influyen en la conducta. (p. 98).

Por otra parte, Garín (2011) refiere que “a pesar de que no se conoce el origen de la hipertensión arterial, parece ser que en su aparición intervienen tanto factores genéticos o hereditarios como factores ambientales”, (p.122). La hipertensión arterial es un factor de riesgo modificable que entra en la clasificación de los modificables directos los cuales pueden intervenir en procesos de desarrollo de enfermedad cardiovascular y esta pudiera verse influenciada por los factores de riesgos modificables indirectos tales como: el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad, el sedentarismo, la dieta y los factores estresantes.

La Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1981), trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. Esta teoría es una de las más usadas en el área de salud, lo mismo que en áreas no relacionadas con la salud.

La teoría propone que las personas se comprometerán con una conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta, y que su intención

a la vez depende de: 1. La actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud. 2. La percepción que tenga la gente de lo que es importante para él o ella sobre su conducta –la norma subjetiva. El componente actitudinal se refiere a la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica bajo determinadas circunstancias.

Dado a que Fishbein (1981) definen actitud como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión. La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera. De acuerdo con esta teoría, la intención de adoptar una conducta saludable está equilibrada por: 1. La actitud del individuo sobre si la conducta de enriquecimiento de la salud le será personalmente beneficiosa. 2. Su interpretación de lo que percibe que la gente importante en su vida desearía que él hiciera.

2.2.2 Hipertensión arterial (HTA)

Al respecto, Medrano, y Cols. (2005) realizaron un estudio de metaanálisis en España, donde incluyeron 48 reportes transversales comprendidos entre los años 1990-2003 sobre estos factores, encontrando tres principales riesgos: HTA (66.7 %), exceso de peso (48.3%) y por último el tabaquismo (41.1 %).

Así pues, la HTA definida como la “elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por elevación de la presión sistólica, diastólica o ambas”, caracterizada por niveles que se encuentren por encima de 120 mmHg la sistólica y 80 mmHg la diastólica, representa uno de los principales riesgos cardiovasculares (Gaviria, Vinaccia, Quisenó, Taborda, Ruíz y Francis, 2009, p. 38).

Esta elevación crónica, se clasifica según su etiología: en primaria, en la cual se desconoce la causa orgánica evidente, aunque se ha indicado que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en su desarrollo; y secundaria, o

de causa conocida, resultante de la existencia de otra enfermedad (Aguilar, y Cols. 2008).

Actualmente se acepta de manera extensa, que este factor modificable se encuentra modulado por estilos de vida, es decir que el desarrollo y progreso de las ECV mantienen una relación con los factores de comportamiento.

Según Gamboa, R. (2008) “La hipertensión es un aumento mantenido de la PA. En los adultos existe hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o superior a 140 mmHg, o la presión arterial diastólica (PAD) es igual o superior a 90 mmHg, o la presión arterial sistólica (PAS) es igual o superior a 140 mmHg, o la presión arterial diastólica (PAD) es igual o superior a 90 mmHg durante periodos de tiempo prolongados.

La hipertensión arterial es una de las grandes epidemias de nuestro mundo y está íntimamente asociada a las diferentes enfermedades cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte en Venezuela. Para la Organización Mundial de la salud (OMS 2010) es un problema de salud que afecta a 600 millones de personas y causa tres millones de muerte al año en todo el mundo. Es una patología frecuente entre la población adulta, oscilando una prevalencia entre 25% y 32%; por lo que es importante la detección temprana de cambios en el funcionamiento cognitivo de pacientes hipertensos.

Según la OMS (2011)” la hipertensión arterial es una enfermedad crónica, generalmente asintomática. Que se caracteriza por la elevación de la presión sanguínea sistólica y diastólica. Cuando el corazón bombea sangre al resto de los tejidos del organismo genera una ola de presión en las paredes de las arterias El punto álgido de esa ola es la presión sistólica, mientras que el punto más bajo entre latido y latido del corazón es la presión diastólica”.

Las directrices de la OMS (2011) y de la sociedad internacional de hipertensión (SIH) marcan que existe hipertensión cuando se superan los valores de 140 mmHg de presión sistólica y 90 mmHg de presión diastólica. Estas mismas pautas consideran deseable que los valores normales sean inferiores a 130 y 85 mmHg, y los valores óptimos no alcancen 120 y 80 mmHg.

En cuanto a la prevención de la hipertensión y su control, Svetkey (2010), señala que

"... la dieta es un factor decisivo en su prevención, así como la realización de ejercicios y eliminación del consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, alimentos fritos y exceso de trabajo y estrés " (p.15).

En este orden de ideas, este autor indica que la hipertensión arterial requiere de cambios sustanciales en los hábitos de vida por parte de quienes la presentan.

Según la OMS (2011) y la Sociedad Internacional; clasifican la HA de manera siguiente:

Clasificación de la hipertensión arterial

Categoría	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Optima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensión Grado 1 (leve)	140-159	90-99
Subgrupo: Límitrofe	140-149	90-94
Hipertensión Grado 2 (moderada)	160-179	100-109
Hipertensión Grado 3 (severa)	>180	>110
Hipertensión sistólica aislada	>140	<90
Subgrupo: Límitrofe	140-149	<90

Fuente: Tomado de OMS, 2011, p. 78.

Sanabria (2009), afirma que la clínica de la hipertensión arterial, muchas veces al inicio no da síntomas marcados, sin embargo puede producir diversa molestias, que deberían alertar sobre una alteración de las funciones orgánicas. Entre los signos y síntomas más comunes, se evidencian los siguientes: Dolor de cabeza,

nausea, vómitos, sensación de calor, falta de aire, sangrado por la nariz, enrojecimiento de la cara, mareos hemorragias en los ojos, visión doble o borrosa, sudoración profusa y desmayos. La presión arterial puede cambiar de un momento a otro dependiendo de la actividad, estado de ánimo, cambio de posición, el ejercicio o durante el sueño.

Así mismo Gamboa, R. (2008) dice que el desarrollo de la hipertensión arterial genera complicaciones en otros órganos, tan importantes para el mantenimiento de la salud y la vida. En relación a las complicaciones, la hipertensión arterial puede provocar los siguientes daños en el organismo:

- a) Problemas en el corazón; trabaja con más intensidad, aumentando el tamaño del músculo cardíaco, en particular el ventrículo izquierdo (hipertrofia ventricular izquierda).
- b) Daños en el cerebro, las finas arterias del cerebro pueden dilatarse por la hipertensión (aneurisma de la carótida) y generar rupturas que causan hemorragias (hemorragia cerebral).
- c) Complicaciones renales, la hipertensión severa puede producir daño renal progresivo hasta dar origen a la insuficiencia renal terminal.
- d) Aterosclerosis (endurecimiento de las arterias), la presión sanguínea alta precipita la aparición y desarrollo de placas de colesterol en las arterias (ateromas), lo que aumenta la probabilidad de formación de una trombosis cerebral.
- e) La hipertensión arterial perjudica a ciertos órganos que no soportan los aumentos de presión sanguínea.

Según Cerqueira citado por Sanabria (2009), estas alteraciones se manifiestan de la siguiente manera:

Alteraciones fisiológicas generadas por la hipertensión arterial.

Corazón	Aumenta el trabajo e incrementa la demanda de oxígeno de este órgano produciendo angina de pecho o infarto en los casos más graves
Riñón	La presión alta determina lesión del riñón, llegando a veces a la insuficiencia renal
Cerebro	La presión alta aumenta el riesgo de padecer un accidente cerebro vascular (derrame)
Aorta	La presión alta es un factor predisponente a la formación de aneurisma y placas ateromatosas
Glándulas suprarrenales	Los derrámenes continuos, ocasionados por la hipertensión arterial, puede hacer fallar a esta importante glándula que controlan entre otras cosas: el crecimiento, la presión arterial y la formación de orina.
Retina	Es la parte que nos permite ver y está dentro del globo ocular. La hipertensión puede producir derrames, ceguera o disminución del campo visual

Fuente: Sanabria (2009)

De aquí la importancia de prevenir y controlar la presión arterial para evitar el desarrollo de la enfermedad en individuos de alto riesgo e impedir o retardar el desarrollo de lesiones en órganos.

2.2.2.1 Estilo de vida o forma de vida

La OMS (2012) definió El estilo de vida o hábito de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

El modelo de Pender (1990), se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados, porque de ese modo, hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente, y se mejora hacia el futuro”.

En el mismo orden de idea, el Modelo de Promoción de Salud de Pender. (1996).

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 principales:

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. el resultado conductual.

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. McAlister (1981) entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, aprehendidos a través de la investigación epidemiológica. A continuación exponemos algunos de los más importantes:

1. Practicar ejercicio físico.
2. Nutrición adecuada.
3. Adoptar comportamientos de seguridad.
4. Evitar el consumo de drogas.
5. Sexo seguro.
6. Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas.

Se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de Estilo de Vida (Fuste, 2002). Se puede considerar, en primer lugar, el estilo de vida de una forma genérica en la que se conceptualiza como una norma saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultura Singer (1982) define el estilo de vida como una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día, mientras que Ardell (1979) lo concibe como aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud y la enfermedad de cómo se beneficiarían de adoptar estilos de vida de bienestar logrando la auto-responsabilidad, conciencia nutricional, manejo del estrés, la condición física, y sensibilidad ambiental

En este punto de vista genérico se engloba el trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables, esto es, una forma de vivir de la gente que tanto individual como colectivamente y de una forma cotidiana, permitan una mejora de calidad de vida.

Factores modificables y estilos de vida saludable

La combinación de dos o más factores de comportamientos, producen un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de la ECV. La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco y alcohol inciden sobre estas enfermedades, “hay estudios que revelan que el 80% de los casos cardiovasculares podrían evitarse si se adoptan estilos de vida saludables” (Cerecero, y Cols. 2009, p. 466).

Al respecto, Becoña (2004) propone que estilos de vida saludables tales como: dormir siete u ocho horas cada día, desayunar cada mañana, nunca o rara vez comer entre comidas, aproximarse al peso conveniente en función de la talla, no fumar, usar 24 moderadamente el alcohol u optar por un comportamiento sobrio y realizar con regularidad alguna actividad física, contribuye no sólo a prevenir la enfermedad, sino

también a disminuir los costos y obtener beneficios físicos y económicos (Becoña y Cols, 2004; Korp, 2008).

De acuerdo con Becoña y Cols. (2004):

“Estos gastos ingentes que acarrear los costos médicos deberían ser un factor más que ayudara a la reflexión y al cambio a un enfoque preventivo, esto es, orientar los esfuerzos a la detección temprana de la enfermedad y a la modificación de conductas y estilos de vida que supongan un riesgo para él (...) Hay evidencia más que suficiente de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona a que se mantenga saludable, que si hay que curarla de una enfermedad” (p. 7).

Para entender la relación entre la HTA y los estilos de vida, es necesario definir esta última como el “patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de su vida y que se proyecta directamente en la salud; refiriéndose así a las pautas personales de conducta, que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud” (Giraldo, Toro, Macias, Palencia y Palacio, 2010, p. 136).

Sin embargo, a pesar de que el área de la salud se formó con la finalidad, no sólo de prevenir la enfermedad, sino también de promocionar la salud (Oblitas, 2008), durante mucho tiempo el interés en Psicología se ha centrado en el estudio y la intervención de la patología, por lo que la modificación de estos estilos de vida o conductas promotoras relacionadas a las HTA, se ha direccionado bajo un enfoque de disminución de riesgo, dirigido a evitar la enfermedad, y no a preservar la salud (Blanco, 2011; Acosta y Cols, 2009). Así, son muchas las investigaciones destinadas a enfocarse en el riesgo, y a pesar de que este enfoque ha contribuido a conseguir algunos resultados, no ha logrado modificar su lugar como la primera causa de muerte (O’ Donnell y Cols. 2008).

Al respecto, Gorrochotegui, Mendoza, Escudero, Vincens y Romero (2008), en un estudio realizado en Venezuela, incluyeron 35 pacientes adultos, tras una selección no aleatorizada, utilizando un examen clínico rutinario y una entrevista estructurada para constatar la presencia de factores de riesgo modificables y de protección, los hallazgos mostraron que el 59% tenían sobrepeso. Y los alimentos

más consumidos eran frutas (78 %), frituras (68%), pescado (41%), aceite de maíz (61%); las conductas no saludables eran tabaco (32,4%) y alcohol (3%), además de descubrir factores psicológicos de riesgo 25 como estrés (56%), y la tenencia y cuidado de una mascota como un factor de protección (78%), en conclusión, se identificaron factores de riesgos y de protección, algunos en baja proporción y otros en alta.

2.2.2.2 Factores asociados a la salud cardiovascular

Factores no modificables

Los factores no modificables son definidos como aquellos factores inherentes que por sus características propias, ejercen condición propicia para la aparición o no de la enfermedad, tales como edad, sexo y nivel socioeconómico (Pérez, 2003; Pelegrín y Cols 2009).

En el mismo orden de idea Martínez C. y Cols (2010). Afirma que los factores de riesgo están representados por los elementos que incrementan la vulnerabilidad de las personas a un hecho no deseado, son las condiciones que predisponen al padecimiento de enfermedades, desde el punto de vista de la prevalencia la hipertensión arterial está establecida en la relación causa-efecto.

Así mismo la Organización Panamericana de Salud (OPS 2013) en su comunicado se define el riesgo de “como la probabilidad de sufrir un daño es el resultado temporal o definitivo no deseado enfermedad o muerte” (p.7). Entre los factores de riesgo se encuentran los no modificables (raza, sexo, edad, y la herencia) y los factores modificables: (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, obesidad y estrés entre otros), los cuales son parte integrante de las conductas y del estilo de vida de los individuos.

Edad

La edad es un factor que mantiene una relación directa con el inicio de la enfermedad, se dice que a mayor edad, mayor es el riesgo de padecer algún tipo de

enfermedad cardiovascular, siendo fundamentalmente crítico a partir de los 35 años y máximo el riesgo en los 60 años (Santin, 1999; Barrera, Cerón y Ariza, 2000; Bautista, Vera, Villamil, Silva, Peña y Luna, 2002; Fernández, Díaz y Domínguez, 2003; Pérez, 2003; Segura, Agustí y Parodi, 2006).

La presión arterial, tanto sistólica (PAS) como la diastólica (PAD), se incrementa asiduamente conforme avanza la edad, manteniéndose en los últimos años de vida. La edad de inicio es a los 35 años, incrementándose ligeramente hasta las proximidades de los 45 años, para sufrir una elevación a partir de dicha edad (Santín, 1999).

Aunque el envejecimiento no es causa directa de las patologías cardiovasculares, estas son más comunes en personas de edad avanzada, puesto que al pasar los años, los sistemas homeostáticos del organismo van perdiendo sus funciones y se van debilitando de forma tal, que el organismo es más susceptible de padecer patología cardiovascular (Georgieva, 2007).

Así como a mayor edad, mayor es la prevalencia de la enfermedad, en las personas jóvenes los factores que se relacionan con su inicio dependen del sexo, siendo mayor la protección en las mujeres, consumo de alcohol, tabaquismo, actividad física, entre otros; mientras que en las personas de edad avanzada tienen mayor prevalencia los niveles de tensión, colesterol y la diabetes (Sánchez, y Cols. 2009).

Sexo

Además de la edad, según las estadísticas reportadas en los últimos años, indican que los hombres por debajo de 50 años, tienen una incidencia más elevada de padecer algún tipo de ECV como la Hipertensión Arterial, que las mujeres de la misma edad. Esto pudiese deberse a la relación que existe entre los estrógenos sobre los vasos sanguíneos y el sistema cardiovascular en las mujeres (Santin, 1999; Barrera, y Cols. 2000; Bautista, y Cols. 2002; Fernández, y Cols. 2003; Pérez, 2003; Segura, y Cols. 2006; Cuevas, 2008).

Sin embargo, otros estudios muestran que las mujeres a partir de 55 años presentan mayor frecuencia de infarto, insuficiencia cardiaca y muerte cardiovascular (Cuevas, 2008).

Por lo que las ECV en las mujeres se asocian con la menopausia y con el número e intensidad de factores de riesgo que desarrollen (Georgieva, 2007). No obstante, para realizar estudios donde esté incluida la variable sexo en el área de la Psicología es importante diferenciarla en primera instancia del género. Al respecto, García (2011) las diferencia argumentando que “El sexo es una condición biológica con unas características físicas, orgánicas y corporales con las que nacemos, son naturales, y determinan a machos o hembras, es la construcción de origen biológico. Las características del sexo dependen de las células somáticas y de las células germinales o sexuales. Son de carácter universal. A diferencia del género que es una construcción social, son unas características establecidas a través de la historia, la cultura, la tradición, la religión, la sociedad, la educación, que generan ideas y comportamientos preconcebidos, diferencian cómo debe de ser lo masculino u hombre y como debe de ser lo femenino o mujer. No viene establecido en nuestra disposición genética, pero hace que forme parte de nuestra identidad, antes de haber nacido, ya predisponen como se deben de comportar los individuos según el sexo que tengan” (p. 9).

Por lo que en esta oportunidad nos referiremos al sexo.

Nivel socioeconómico

Otra de las variables que tienen mayor repercusión en la incidencia de patologías cardiovasculares es el nivel socioeconómico, definido por Kooner, (2007) como la ocupación del individuo, los recursos económicos, el nivel social, y la educación, considerando el nivel socioeconómico bajo, como el predictor significativo de la salud cardiovascular, por tanto un nivel más elevado se relaciona a un factor que evita su inicio, pudiendo referirse a un mejor acceso a los servicios de

salud (Williams, Kooner, Steptoe y Kooner, 2007; Jeemon y Reddy, 2010; Franks, Winters, Tancredi y Fiscella, 2011).

Por su parte, existen investigaciones que muestran una relación directa entre el bajo nivel socioeconómico y eventos cardiovasculares, debido a que éstos están asociados en gran medida a hábitos inadecuados, que elevan la frecuencia de factores de riesgo (Oliván, 2010).

De acuerdo a ello, Rosvall, Engstrom, Berglund y Hegblad (2008), elaboran una investigación con el objetivo de estimar la incidencia de algunos factores de riesgos tales como consumo de tabaco, HTA, y la proteína C reactiva, según el estatus socioeconómicos, sobre la ECV; resultando que las personas con bajo nivel 22 socioeconómico tenían un mayor riesgo de futuras ECV, es decir el ajuste de los factores de riesgo dependen del nivel socioeconómico relativo ($r= 0.6$; $p0.05$).

Así Pérez (2003) enfatiza:

“El incremento del nivel económico conlleva la aplicación de mejores medidas higiénico sanitarias, nuevas formas de alimentación y cambios en el estilo de vida, con lo que disminuyen, e incluso desaparecen, algunas enfermedades, mientras que aumentan otras relacionadas con la nueva situación” (p.12).

En vista de ello, se estima que: en primer lugar, a menor edad, mayor es la salud cardiovascular, y menor el nivel de riesgo a enfermar; en segundo lugar, la mujer percibe más su estado de salud, y al mismo tiempo mantiene cuidados más altos respecto a ella, además de tener más factores fisiológicos que la protegen; y, en tercer lugar, el estatus socioeconómico se ha relacionado directa e indirectamente como un factor que protege la salud, de manera que cuanto más altos son los niveles de salario, escolaridad y ocupación, mejor será la salud cardiovascular (Faleiros y Geraldo, 2007).

Factores modificables

Los factores de riesgo modificables, están asociados al comportamiento, relacionados con: el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo, la obesidad, la dieta y el estrés. Para Gauntlett y Myers (2008), “los factores modificables, son los relacionados con el estilo de vida y la interacción del individuo con su entorno” (p. 679).

La práctica de un comportamiento y estilo de vida saludable, contribuyen a disminuir la presencia de enfermedades, evitando muertes prematuras, mejorando las condiciones físicas, promoviendo la salud y la relación del individuo con su ambiente.

Los factores modificables, son definidos como las características que pueden transformarse con la intervención adecuada, tales como diabetes Mellitus (DM), obesidad, tabaquismo, consumo de café, consumo de alcohol, sedentarismo, hipercolesterolemia, patrón de conducta tipo A, emociones negativas, apoyo social deficiente, ansiedad, depresión, estrés, baja resiliencia, Proteína C-Reactiva (Díaz y Cols. 2007; Hernández y García, 2007; O'Donnell y Cols 2008; Vegas, y Cols. Vegas, 2011, Blanco, 2011), apnea de sueño (Romero, 2010), e hipertensión arterial (HTA) (Ferrera, Moine y Yañez, 2010). Sin embargo, para efecto de esta investigación se trabajará en base al principal factor de riesgo como es la HTA, sin dejar a un lado el resto de los factores.

Inactividad física.

Beunza J. (2010), manifiesta que las personas inactivas o sedentarias tienen mayor riesgo de padecer enfermedades del corazón que las personas que realizan una actividad física regular. El ejercicio físico quema calorías, ayuda a controlar el colesterol, la diabetes y la presión arterial. Pero también fortalece al corazón y hace más flexible las arterias. Las personas que queman entre 500 y 3500 calorías por

semana, ya sea trabajando o haciendo actividad física, tienen una expectativa de vida muy superior a las personas sedentarias.

Por otro lado el Sedentarismo, Evidenciado por la incapacidad del individuo para satisfacer las exigencias impuestas por el entorno y la vida cotidiana, mediante las condiciones físicas y considerado como un estado alterado del cuerpo y de la mente que limita el desarrollo de una vida dinámica y positiva, afecta a casi todas las fases de la existencia humana y ocasiona sobre el sistema cardiovascular debilidad, cansancio al caminar, subir escaleras, agotamiento del músculo cardíaco, disminución de la oxigenación, de la circulación periférica, fatiga e incremento de la hipertensión arterial.

Para Gonzáles, A. (2013), un estilo de vida sedentario y la adopción de hábitos nocivos, facilitan la presencia de hipertensión arterial” (p.40). La inactividad física interactúa como otro factor de riesgo cardiovascular. Un programa de ejercicio aeróbico ayuda a fortalecer el corazón, a bajar la presión arterial pero se debe realizar un ejercicio adecuado a cada edad y a cada persona, por ello la realización de media hora de carrera suave 2 o 3 días por semana es suficiente para la mayoría de las personas.

Por lo que es importante caminar todos los días, donde el ejercicio moderado tiene un efecto hipotensor, acentúa la pérdida de peso con cualquier nivel de restricción calórica y disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad global. Por ello, consideramos al sedentarismo como factor de riesgo cardiovascular entendiéndolo por tal, si el paciente no realiza ningún tipo de ejercicio o camina menos de 30 minutos diarios. Hay una actividad física para cada edad y circunstancia. El sedentarismo es un factor de riesgo cardiovascular y una de las causas de aparición y desarrollo de las enfermedades crónicas más frecuentes. Está ligado además a enfermedades cardiovasculares, coronarias e hipertensión. Gonzáles, A. (2013).

Obesidad y sobrepeso.

En la Gaceta de orientación alimentaria (2014) plantea: La obesidad en todas sus categorías y el sobre peso, son causantes de muchos males en la sociedad actual, el conformismo, la baja estima que muchas personas manifiestan, son factores que aumentan cada vez más el nivel de riesgo cardiovascular, enfatizados en problemas como la hipertensión arterial, diabetes y estrés, inducido por el nivel de peso en el cuerpo (p.4)

La definición de la OMS (2012) es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

Así mismo la OMS (2012) manifiesta que un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2012 fueron la causa principal de defunción;
- La diabetes;
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y
- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon).

La obesidad es una consecuencia del consumo de alimentos en cantidades excesivas y en horas desordenadas, generando anormalidades metabólicas asociadas que pueden ser responsables del incremento del riesgo cardiovascular con énfasis en la hipertensión arterial (HTA), sumando mayor carga en el corazón y acumulo de placas de grasas en las paredes arteriales. Gonzáles, A. (2013).

Blanco, 2011. Es por ello que La Nutrición, está asociado a los niveles de consumo de grasas, carbohidratos, proteínas, alcohol, vitaminas y, está asociado a la aparición de la obesidad como una resultante del escaso control de peso. Aunado a ello, están los factores psicológicos y socioculturales. Los primeros, reflejados en los hábitos, emociones, autoestima, percepción del control de peso, inseguridad, frustraciones. En cuanto a los segundos, enfatiza las creencias, valores y tradición familiar.

Tabaquismo.

Para Gauntlett y Mayers (2008). “los fumadores pueden mostrar aumento de hipertensión arterial a causa de la vasoconstricción producida por la nicotina” (p.682). La supresión del tabaquismo reduce en forma significativa la presión arterial. Dejar de fumar es un compromiso de la persona consigo misma, al reducir el consumo de cigarrillos, surge la necesidad de implementar un buen asesoramiento y una educación que los ayude a dejar el hábito de fumar, haciendo un ambiente libre de humo.

Todos sabemos que el hábito de fumar cigarrillos y tabaco aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, pero lo que no todos saben es que también aumenta considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardíacas y especialmente afecciones vasculares periféricas (derrames, enfermedades cerebro vasculares, etc.). Si bien la nicotina es el agente activo principal del humo del tabaco, hay también otras sustancias como el alquitrán y el monóxido de carbono que son perjudiciales para el corazón y los vasos sanguíneos. Gauntlett y Mayers (2008)

No obstante el Tabaquismo, es un hábito que perjudica seriamente la salud, siendo un factor para las enfermedades coronarias asociadas con la hipertensión arterial, ocasionando afecciones vasculares del corazón. El fumar o inhalar y exhalar los humos producidos al quemar las hojas de la planta del tabaco a través de una pipa, en puro o el cigarrillo, conduce por medio de su abuso excesivo al tabaquismo. Fumar eleva en forma aguda la presión sanguínea, motivo por el cual se recomienda no fumar antes de medir la presión arterial basal. Gauntlett y Mayers (2008)

El índice de mortalidad es dos veces más alto en hombres fumadores de mediana edad que en los que no fuman y más alto aún en los que fuman más cigarrillos al día o han fumado por más tiempo y multiplican por tres las bajas laborales y en un 15% representan bajas por enfermedad. El tabaquismo quintuplica el riesgo de muerte por enfermedades coronarias y del corazón. El consumo diario de un paquete de cigarrillos acorta 6 años la expectativa de vida Fragachan (2010), refiere “los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, el de mayor importancia es el tabaquismo que representa un 33,2%” (p.100).

Es por ello que para Fiorentini (2012) distintos tipos de variables determinan las conductas de salud. La clase y el entorno social pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona. Por ejemplo, el grupo de pares puede ejercer gran influencia para que los adolescentes comiencen a fumar. La percepción del síntoma influye para que las personas decidan realizar un cambio en sus conductas de salud (una persona decide cambiar sus hábitos alimenticios luego de haber tenido hipertensión), aunque estas modificaciones suelen ser transitorias, cuando dichos síntomas se repiten las personas implementan estrategias de modificación definitivas. El síntoma cumple la función de señal de un problema de salud y los cambios que se implementan tienden a reducir el riesgo a sufrir una determinada enfermedad; los estados emocionales (ansiedad, aburrimiento) suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud (comer en exceso, beber excesivamente alcohol, fumar, sedentarismo); las creencias que sobre la salud sostienen las personas influyen marcadamente sobre sus hábitos.

Factores de Riesgo Contribuyentes.**Estrés.**

Se cree que el estrés es un factor que contribuye al riesgo cardiovascular, pero aún no se sabe mucho sobre sus efectos. Cómo y cuánto nos afecta el estrés depende de cada persona. Hay razones por las cuales el estrés puede afectar al corazón, el pulso se acelera, la presión arterial aumenta y esto puede desencadenar en una angina de pecho. El estrés libera adrenalina y ésta aumenta la presión arterial, la cual puede dañar las paredes de las arterias. El estrés tratado y superado disminuye este riesgo.

El estrés, de acuerdo a Pender (1996), es un término popular en la sociedad moderna y, es difundido en varios estudios como una no específica respuesta del cuerpo a cualquier demanda hecha sobre el mismo. El cuerpo responde al estrés involucrando al sistema nervioso, endocrino e inmunológico, afectando a los demás organismos.

Pender (1996), sostiene que el plan para el manejo del estrés y la salud del profesional de enfermería, debe tomarse en consideración el sistema neuroendocrino, creyendo en la mediación del estrés, siendo los principales puntos para el manejo del estrés:

- Minimizar la frecuencia de situaciones.
- Estresantes Preparación psicológica para incrementar la resistencia del estrés.
- Condicionamiento psicológico sobre los resultados que pueden ser causados por el estrés.

Alcohol.

Según la Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. (2014) Hay estudios actuales que defienden la postura de que las personas que beben cantidades moderadas de alcohol presentan menor riesgo de padecer enfermedades

cardiovasculares que las que no beben nada. Para nosotros el consumo moderado de alcohol es 50 ml. de una bebida destilada (whisky, Vodka, Ginebra), o una copa de vino tinto o un porrón de cerveza diariamente. Pero el excederse en el consumo moderado de alcohol aumenta el riesgo de padecer hipertensión, accidentes cerebrovasculares y enfermedades al corazón. Este aspecto también hay que tenerlo bien presente.

El consumo de etanol, incide en la integridad del individuo como unidad biopsicosocial, por considerarse un tipo de droga dependencia, produciendo deterioro en el rendimiento ocupacional y en las habilidades cognitivas, manifestado por síntomas como: cefalea, malestar general, diarrea, anorexia, temblores, fatiga y nauseas aunado a deshidratación, alteraciones hormonales e incremento del trabajo cardiaco. Según la Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. (2014)

El excesivo consumo de alcohol asociado a un aumento de la presión arterial puede causar resistencia al efecto de los fármacos. Los mecanismos implicados incluyen: a) efecto presor del alcohol sobre las paredes vasculares, b) aumento de la sensibilidad de la pared vascular, c) estimulación del sistema nervioso simpático, d) aumento de producción de hormonas cortico adrenales. Es recomendable no exceder los 30 ml de etanol por día, equivalente a 300 ml de vino o 1-2 copas de licor. Para las mujeres, que absorben el etanol más que los hombres y para las personas delgadas, más susceptibles a los efectos del etanol, la recomendación es no exceder de 15 ml de etanol / día. Estas cantidades parecen no afectar los niveles de presión sanguínea. Según la Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. (2014)

En este sentido, Canedo (2011), “El alcoholismo es una patología con grave repercusión en diversos ámbitos (familiar, social, económico), y en cuya atención se implican habitualmente múltiples especialidades médicas (Atención Primaria, Psiquiatría, Medicina Interna, Digestivo, Neurología, Salud Pública,). Habitualmente hay descoordinación entre los distintos niveles asistenciales, por lo que no se

obtienen los resultados posibles y deseables. Uno de los motivos suele ser la comunicación precaria entre los distintos dispositivos. La utilización de términos o vocabulario no bien definido puede llevar a equívocos. Y una llamada a la colaboración interdisciplinar para que pacientes y profesionales consigan una mayor satisfacción con los procesos terapéuticos. Utiliza el término abuso del alcohol para definir aquella situación caracterizada por un patrón de consumo exagerado durante un periodo mayor de doce meses, que impide cumplir con los roles sociales, laborales o escolares de manera adecuada” (p.1). El consumo sistemático y exagerado de alcohol guarda relación con el riesgo de hipertensión, respecto al volumen consumido y a la frecuencia de consumo y no con el tipo de licor ingerido.

Trabajo social.

Este consiste en aquel grupo de personas con quienes se puede mantener contacto y tiene alguna forma de trabajo social, generalmente está asociado o constituido por familiares, vecinos, amigos, compañeros de trabajo y otras personas con las que puede interactuar a través del trabajo, organización de actividades de descanso y recreación.

El trabajo social, a juicio de Pender (1996), sirve como interface entre el individuo y su medio ambiente, esto implica como piensa y como actúa o reacciona. En consecuencia, su objetivo es encontrarse y sentir por lo que uno puede hacer por los demás. Considera que las respuestas afectivas son clasificadas cognoscitivamente, almacenadas en la memoria, y asociadas a pensamientos subsecuentes de la conducta. Las repuestas afectivas a una conducta, consisten en tres componentes: el despertamiento emocional del acto en si, la autorrealización y el medio ambiente con el cual tiene lugar la acción.

Las influencias interpersonales son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actividades de otros. Las fuentes principales son la familia, los grupos de iguales, los proveedores de atención de salud. Pender (1996)

Factores circunstanciales sobre la conducta promotora de la salud incluye las percepciones de las opciones disponibles, las características de demanda y las características estéticas del medio ambiente en el cual se tenga una conducta dada por las enfermeras. Pender (1996)

Para cambiar la conducta hay que trabajar con sus motivaciones e intereses. Hay que tener en cuenta el ambiente que nos rodea y la situación en que estamos inmersos muchas conductas no saludables son resultado de vivencias aprendidas, experiencias de aprendizaje. Para Diris, V. (2010) no es suficiente si no se cuenta con el apoyo de un medio ambiente que favorezca los hábitos saludables para poder entender y comprender las conductas, se debe analizar todos los elementos que intervienen en la aparición de dichas conductas. Por buena nutrición se entiende, a la alimentación saludable. Por lo tanto, la conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades.

Entre un estímulo y la respuesta que genera, en este caso la conducta alimentaria, existen vínculos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y morales. A nivel fisiológico se encuentran los nutrientes, a nivel psicológico, los alimentos con sus propiedades organolépticas de color, sabor y textura, a nivel sociocultural, la comida, constituida por diferentes tipos de alimentos. En la vertiente sociocultural, se contemplan, además, otros importantes factores, como son los ambientales, que determinan el tipo de dieta a nivel local, por su relación con la temperatura, la altitud y la humedad de una zona geográfica determinada, que marcan a su vez la disponibilidad de alimentos. La vertiente moral delimita la aceptación o el rechazo de algunos alimentos o la forma como deben prepararse y consumirse. Diris, V. (2010)

2.2.3 Conducta de la Enfermera(o)

Según A.L Velandia (2012): “su foco principal es el paciente como individuo, con una personalidad y necesidades específicas

...“Surgen otras formas contradictorias en la imagen de la enfermera: Aquella que la califica en el papel de ‘ser útil’ y aquella que la ubica en el papel ‘de compromiso’.

La primera se motiva en términos de metas que no trascienden sus necesidades particulares. El rol de su trabajo se inicia con el día y termina al entregar el turno. Esta imagen surge del conocimiento vago y simplista de la enfermera(o) del pasado para realizar estrictamente un trabajo y se libra de los componentes que relacionan su propia actividad con elementos mayores y de más trascendencia personal y profesional. A.L Velandia (2012)

Es interesante observar cómo, en contraposición a esta imagen ancestral de la enfermera (o) surge un profesional, con deseos de adquirir conocimientos, de avanzar en su preparación académica, de alcanzar niveles de especialización, maestría y doctorado. Retomando a Velandia (2012):

“El papel de compromiso’ une a dos metas de la educación profesional: la educación para el crecimiento personal y la educación para la responsabilidad de hoy y de mañana, para la verdadera contribución social de la profesión, la educación tanto para la propia realización del individuo como para prestar servicios de alta calidad”.

La enfermera en los diferentes campos de desempeño (por ejemplo, A.L. Velandia (2012) plantea tres: Su ejercicio, profesional como enfermera(o), su condición de trabajador en de la salud y sus deberes y derecho como ciudadanos).en este sentido debe el todas sus acciones en el bienestar colectivo y propio que se representen esa conducta responsable que sea el faro que guíe su actuar personal y su desempeño profesional.

En este sentido las conductas promotoras de salud son aquellas que inicia el ser humano en cualquier etapa de la vida, para conservar o incrementar el nivel de

bienestar, entre las que destaca el ejercicio, el reposo, la nutrición, las actividades reductoras de estrés y el desarrollo de sistemas de apoyo social. Pender (1990-1996)

El modelo de promoción de salud de Nola Pender (1990-1996) considera que los factores cognitivos perceptuales en relación con los factores modificadores son la base para explicar el por qué algunas personas llevan estilos de vida saludables, siendo estas conductas aprendidas desde la infancia y adolescencia para ejercitarse durante la vida adulta.

En este sentido se evidencia la importancia de que las enfermeras puedan promover un estado de salud óptimo para estar en condiciones de ofrecer un cuidado de salud al paciente que así lo necesite. Pender (1990-1996)

2.3. Definición de Términos.

Actividad física: Se la define como cualquier movimiento producido por el músculo esquelético que resulta en un gasto energético, es un factor que demuestra ser un excelente protector y promotor de la salud. En medicina humana, la actividad física comprende un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal.

Alimentación saludable: En cuanto a una alimentación saludable, comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida. Contiene una amplia variedad de alimentos densos en nutrientes seleccionados de los 5 grupos básicos: Almidones - Verduras y Frutas - Proteínas: carnes, quesos, huevos - Lácteos: leches y yogures - Sustancias grasas.

Ambiente libre de humo de tabaco: Reconocer el uso del tabaco como una adicción es necesaria para comprender las razones por las cuales las personas lo consumen a pesar de tener información acerca de los riesgos para su salud.

Arteriosclerosis: Denominación genética de cierto grupo de enfermedades en las que se produce el engrosamiento y la pérdida de la elasticidad de la pared arterial. Ateroesclerosis: obstrucción de la circulación de la sangre a través de la luz arterial por placas de ateromas.

Ateroma: Masa anormal de grasa o lípidos como la que se observa en los depósitos de las paredes arteriales.

Barreras Percibidas Para la Acción: En relación a las conductas promotoras de salud, las barreras pueden ser imaginadas o reales. Consisten en percepciones respecto a la no disponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o tiempo consumido en una acción particular. Las barreras con frecuencia son consideradas como bloques, obstáculos, costos personales para comprender una acción dada. La autoeficacia percibida: Tal como lo define Bandura (1977) es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de la acción. Se refiere no a la capacidad que uno tiene, sino a los juicios que uno puede hacer con cualquier habilidad que uno posea.

Beneficio Percibido Para la Acción: Son representaciones mentales de las consecuencias positivas o reforzadoras de una conducta. Los beneficios para la realización de la conducta pueden ser intrínsecos o extrínsecos.

Beneficios Extrínsecos: De la conducta de la salud pueden ser de alta importancia motivacional

Beneficios Intrínsecos: Pueden ser más poderosos para motivar la continuación de las conductas de salud.

Buena Nutrición: Se entiende, a la alimentación saludable. Por lo tanto, la conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades.

Conducta Orientada hacia la Salud: Cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.

Conducta Promotora de Salud: Las cogniciones y afecto específicos de las conductas son consideradas variables de mayor significancia motivacional porque constituyen el núcleo crítico para la intervención y son las que están sujetas a modificaciones a través de las acciones de enfermería.

Deletéreo: Situación o efecto que puede ser mortal.

Dislipidemias: Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.

Enfermedad de Takayasu: Es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida que afecta a la aorta y a sus ramificaciones, incluyendo la arteria carótida

El Afecto Relacionado a la Actividad: Se refiere a los estados de sentimientos subjetivos que ocurren antes, durante y después de una conducta. Estas respuestas afectivas son clasificadas cognoscitivamente, almacenadas en la memoria, y asociadas a pensamientos subsecuentes de la conducta. Las repuestas afectivas a una conducta, consisten en tres componentes: el despertamiento emocional del acto en sí, la autorrealización y el medio ambiente con el cual tiene lugar la acción.

El Estilo de Vida: Es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Estrés: Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer.

Etiología: Estudio de todos los factores implicados en el desarrollo de una enfermedad, incluyendo la susceptibilidad del enfermo y la naturaleza de la enfermedad.

Factor de riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones

Factores de riesgo: Es cualquier situación o circunstancia que se presenta en los individuos y que incrementa la posibilidad de desarrollar una enfermedad crónica.

Factores de riesgo cardiovascular no modificables: Son todos aquellos que obedecen a características, por lo general de carácter hereditario que en la actualidad no cuenta con métodos y técnicas adecuadas para modificar sus consecuencias.

Factores de riesgo cardiovascular modificables: Son aquellos que permiten, a través de métodos y/o técnicas comprobadas y documentadas en el campo científico, la modificación de sus efectos deletéreos.

La prevención de la enfermedad: Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Peso: El peso corporal de una persona que realiza una actividad física tiene una influencia sobre la cantidad de calorías quemadas.

Presión: Es la fuerza o tensión aplicada a cualquier área corporal (pared vascular) ejercida por cualquier fluido (sangre).

Presión arterial diastólica (PAD): Es el nivel de presión que presenta la escala del esfigmomanómetro, cuando desaparecen todos los ruidos y es el equivalente a la 60 fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias, cuando los ventrículos se encuentran en diástole.

Presión arterial sistólica (PAS): Es el nivel de presión que presenta la escala del esfigmomanómetro cuando aparecen los primeros ruidos brillantes y es equivalente a la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias, cuando los ventrículos están en sístole.

Resiliencia: Es la capacidad de los seres vivos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas. Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por estos.

Resultados de Salud: Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud.

Ritmo: el ritmo al que una persona realiza la actividad física influye en la cantidad de calorías gastadas. Por ejemplo, caminar a 5 kilómetros por hora consume más calorías que caminar a 2 kilómetros por hora.

Salud: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Tiempo: La cantidad de tiempo que se dedica a la actividad física afecta a la cantidad de calorías que se consumen.

2.4 SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General.

Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **cognitivo-perceptivo y modificantes** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factores **estilo de vida y la interacción con el entorno** de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital José A. Vargas la Owallera Maracay Estado Aragua

2.4.2 Hipótesis Específicas.

- 1.- Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **cognitivo-perceptivo** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor **estilo de vida**
- 2.- Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **cognitivo-perceptivo** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor **interacción con el entorno**
- 3.- Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **modificantes** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor **estilo de vida**

4.- Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **modificantes** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su en su factor **interacción con el entorno**

2.5 Sistema de Variables

Conductas promotoras de salud (V1)

Se refiere a las respuestas dadas por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “José A. Vargas”, La Owallera, Maracay, Estado Aragua, sobre las conductas promotoras para mantener estilos de vida saludables en su factor cognitivo – perceptivo y factor modificante.

Factores de riesgo modificables de Hipertensión Arterial

Se refiere a las respuestas dadas por las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “José A. Vargas”, La Owallera, Maracay, Estado Aragua, en cuanto a aquellos factores vulnerables a la aparición de cifras tensionales altas, representados en el estilo de vida y su interacción con el entorno.

VARIABLE 1. Conductas promotoras de salud: se refiere a la opinión emitida por el deber ser de las enfermeras de la UCI del Hospital José A. Vargas la Owallera Palo Negro Maracay, para mantener Conductas Promotoras de Salud en su factor Cognitivo-Perceptivo y Factor Modificante.

Factor	Indicador	Sub. indicador	Ítems
Cognoscitivo-Perceptivo: Se refiere a la opinión emitida por el deber ser de las enfermeras de la UCI sobre las actividades relacionadas con la promoción de la salud a través de los mecanismos motivacionales primarios.	Mecanismos Motivacionales Primarios: Opinión emitida por las enfermeras acerca de las actividades de promoción de la salud referida a: Características Personales Características Situacionales	Características Personales. Importancia de la salud Control percibido de la salud Asistencia médica Tratamiento oportuno Auto eficacia percibida Estado de salud percibido Promoción de charlas Promoción de Bioseguridad	1 2 3 4 5 6 7 8
		Características Situacionales. Beneficio percibido Conductas favorecedoras Barreras percibidas para las conductas que favorecen la salud	9 10 11 12
Factores Modificantes: Referidos a la opinión emitida por las enfermeras de la UCI sobre los factores que tienen influencia indirecta sobre las conductas promotoras de salud	Factores de Influencia Indirecta. Se refiere a la opinión emitida por las enfermeras de la UCI sobre los factores que influyen sobre las conductas referida a: Factores Psicológicos Factores Socioculturales	Factores Psicológicos Percepción de si mismo Opinión de otras personas sobre usted Alcance de metas personales Aspiraciones personales Imagen Corporal	13 14 15 16 17
		Factores socioculturales Interacción comunicacional con la familia Influencia de las relaciones interpersonales Actividades recreativas y esparcimiento Influencia del área de trabajo Jornada de trabajo Transporte que utiliza Consumo de cigarrillo Consumo de cafeína	18 19 20 21 22 23 24 25

VARIABLE 2: Factor de riesgo modificable de la HTA: Se refiere a las respuestas emitidas por el deber ser de las enfermeras de la UCI del Hospital José A. Vargas, La Owallera, Palo Negro, Maracay, en cuanto a aquellos factores vulnerables a la aparición de cifras tensionales altas, representadas en su factor estilo de vida y la interacción del Individuo con su entorno

Factor	Indicador	Sub. Indicador	Ítems
Estilo de Vida: Se refiere a las respuestas emitidas por las enfermeras de la UCI sobre el comportamiento cotidiano de las acciones para mantener la salud.	Acciones para mantener la salud: Se refiere a las respuestas emitidas por las enfermeras acerca de las actividades que realiza para el cuidado de su salud referente a: Nutrición Manejo del Estrés Práctica de Ejercicio	Nutrición Consumo de grasas Consumo de proteínas Consumo de azúcar Consumo de productos lácteos Manejo del Estrés Práctica de Ejercicio Frecuencia de Ejercicio Tiempo	26 27 28 29 30 31 32 33
Interacción del individuo con su entorno: Se refiere a las respuestas emitidas por las enfermeras de la UCI sobre la relación con el grupo de personas con quienes se pueden mantener en contacto y tiene alguna forma de trabajo social.	Trabajo Social: Se refiere a las respuestas emitidas por las enfermeras a cerca de las actividades realizadas referidas a Interacción Social	Interacción Social Rol Interpersonal Organización de actividades de descanso y sueño Horas de sueño	34 35 36 37

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

El marco metodológico es el procedimiento de trabajo que dará el giro a la investigación, donde se expone la manera como se va a realizar el estudio, los pasos para realizarlo; en cuanto al método está compuesto por una serie de pasos para alcanzar una meta, estos métodos o pasos determinaran como se recogen los datos y como se analizan, lo cual llevará a las conclusiones. En el mismo, se describen el diseño y tipo de investigación, la selección de la población y la muestra, la técnica y el instrumento para la recolección de la información, el procedimiento de recolección y las técnicas de tabulación y análisis de los datos.

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

Tipo de investigación

De acuerdo a Kelinger y Lee (2002) esta investigación se considera dentro de las no experimentales, ya que “no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos”, es decir, se observa el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para después analizarlo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p.205).

Se enmarca como una investigación de tipo correlacional, definida como un tipo de estudio que tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más variables (Hernández, y Cols. 2006).

Además, el presente estudio es de campo, ya que busca de manera sistemática la prueba de hipótesis sin la aleatorización ni la manipulación experimental de las variables en estudio (Kerlinger, y Cols. 2002), así mismo, precede a la recolección de

datos a través de aplicaciones de los instrumentos de medidas referentes a Autoeficacia Generalizada, Resiliencia, Apoyo social percibido, edad, sexo, nivel socioeconómico y estilos de vida saludables.

En el mismo orden de ideas la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 2010), “en el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia” (p. 5). Este tipo de investigación permitirá la obtención de los datos directamente desde la realidad sociocultural objeto de estudio.

Según el nivel de elaboración de conocimiento es explicativo, ya que se medirá la incidencia de unas variables sobre otras, tratando de establecer las relaciones entre variables como Conducta Promotora de Salud (N. Pender 1987-1996; A. Bandura 1992) en sus Factores Cognitivo-Perceptivo (N. Pender 1987-1996) y Factores Modificantes. Y su relación con los Factores de Riesgos de la HTA en sus Factores Estilos de Vida (Arnau, 1995) e Interacción con su Entorno.

Es por eso que la presente investigación se realizó mediante un tipo de estudio Descriptivo y Transversal. Fue Descriptivo porque permitió describir las conductas promotoras de salud en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital “José A. Vargas” La Owallera, Maracay Estado Aragua, en los meses de agosto a septiembre de 2006. Y transversal, puesto que la recolección de los datos se efectuó una sola vez y en un tiempo único. La variable “Conductas promotoras de salud” se operacionalizó en las siguientes dimensiones e indicadores: *Características Personales: Importancia de la salud, Control percibido de la salud, Asistencia médica, Tratamiento oportuno, Auto eficacia percibida, Estado de salud percibido, Promoción de charlas, Promoción de Bioseguridad. * Características Situacionales: Beneficio percibido, Conductas favorecedoras, Barreras percibidas para las conductas que favorecen la salud. *Factores Psicológicos: Percepción de si mismo, Opinión de otras personas sobre usted, Alcance de metas personales, Aspiraciones personales, Imagen

Corporal. *Factores socioculturales: Interacción comunicacional con la familia, Influencia de las relaciones interpersonales, Actividades recreativas y esparcimiento, Influencia del área de trabajo, Jornada de trabajo, Transporte que utiliza, Consumo de cigarrillo, Consumo de cafeína. * Nutrición: Consumo de grasas, Consumo de proteínas, Consumo de azúcar, Consumo de productos lácteos. * Manejo del Estrés: Uso de técnicas de relajación. * Práctica de Ejercicio: Tipos de Ejercicios, Frecuencia, Tiempo.

Diseño de investigación

En relación a las características temporales, este estudio se enmarca en primer lugar dentro de un diseño de corte transversal, ya que la medición se realizará en un corte puntual del tiempo, es decir, los datos se recolectarán en un sólo momento, en un tiempo único, y cuyo propósito será describir variables y analizar su influencia e interrelación en un momento dado (Arnau, 1995; Hernández y Cols. 2006). En segundo lugar, para relacionar las variables se utilizará un diseño causal, a través de un modelo de análisis de ruta, el cual constituye una estrategia multivariada, en la cual se estiman relaciones directa e indirecta entre las variables, con el fin de encontrar que los datos son consistentes con las inferencias propuestas, cuyas bases radican en hallazgos válidos de investigaciones anteriores (Kerlinger, y Cols. 2002). Este diseño, expresa formal y explícitamente una teoría mediante un modelo que se puede representar en palabras, por ecuaciones matemáticas y habitualmente por un diagrama de ruta, constituyéndose de esa manera en un sistema de hipótesis, procedente de una teoría, el cual versa sobre los coeficientes de ruta (Angelucci, 2009). Además, se distinguen los efectos directos en relación con los indirectos, mediante la utilización de correlación y regresión, con lo cual una variable X puede tener un efecto directo sobre Y, pero un efecto indirecto sobre Z (Kerlinger, y Cols. 2002). Dichas influencias o efectos se reflejan en los llamados coeficientes de ruta, que en realidad son coeficientes de regresión (β beta) (Grimm y Yarnold, 1995).

3.2. Población y Muestra

Población

La población está determinada por sus características definitivas, por consiguiente; el conjunto de elementos que posean estas características se denomina población o universo. Por lo tanto, es un conjunto de unidades cuyos rasgos comunes apartan datos de gran relevancia para el desarrollo de la investigación. Al respecto, Arias (2006), indica que la población: “es el conjunto de elementos con características comunes que son objeto de análisis y para los cuales serán válidas las conclusiones de la investigación” (p. 98). Es decir el conjunto de personas que integraran el estudio.

De acuerdo a lo antes expuesto, se pone en evidencia que la población debe tener características similares para que el investigador los pueda identificar en un momento determinado, dependiendo de estos rasgos se pueden analizar los datos que se consideran apropiados para desarrollarlos y aplicarlos al que se está realizando.

En este sentido, el universo estuvo conformado por 17 enfermeras (os), de distintas edades, profesionales de enfermería, del servicio de UCI del Hospital “José A. Vargas” la Owallera de la Ciudad de Maracay Estado Aragua. Se consideró una población cuantificable y limitada de tipo finita por lo que no se trabajó con la muestra. Como criterios de inclusión, se consideró a todos los enfermeros, de ambos sexos, que trabajan en el Servicio de UCI del Hospital “José A. Vargas” la Owallera de la Ciudad de Maracay Estado Aragua.

Muestra

La muestra tal como lo reporta Palella y Martins, (2004) como “la porción, parte o subconjunto que representa a toda una población”. (p. 120). Es un subgrupo de la población que debe ser representativo de la misma, y que se extrae cuando no es

posible medir la totalidad de la población. Su tamaño debe garantizar la representatividad del resto de la población en estudio.

En este sentido la muestra del estudio estuvo conformada por 17 enfermeras adscritas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “José Antonio Vargas”, La Owallera, Maracay, Estado Aragua, representando el 100 por ciento de la población; quienes fueron seleccionadas de manera aleatoria.

3.3. Métodos y técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se empleó una fuente primaria ya que la información se obtuvo mediante el contacto directo de las investigadoras con los enfermeros. A través de un cuestionario, sobre la base del sustento teórico relacionado con las variables: conductas promotoras de salud de las enfermeras y factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial.

El cuestionario consta de tres partes: la primera, referida a los datos demográficos (sexo, edad, estado civil, grado de instrucción). La segunda, orientada a indagar aspectos relacionados con la variable conductas promotoras de salud de las enfermeras en sus factores: Cognitivo-Perceptivo y Factor Modificante con 25 ítems. La tercera parte, indaga lo relacionado con la segunda variables: y factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial en su factores: Estilo de Vida y la Interacción del Individuo con su Entorno con 12 ítems.

La técnica empleada para la aplicación del cuestionario fue la encuesta, la cual según Hurtado de Barrera (2008), consiste "en obtener información a través de preguntas formuladas a otras personas, sin establecer diálogo con el encuestado y el grado de interacción es menor" (p. 42). La utilización de esta técnica fue relevante para la obtención de los datos de forma cuantitativa.

El instrumento para recolectar los datos fue una cedula de entrevista. Para su construcción se tuvieron en cuenta los objetivos y la variable en estudio (Ver Anexo).

Este instrumento permitió recolectar los datos identificatorios y la información que demandó el estudio. A los fines de demostrar si el instrumento de recolección de datos (cuestionario) cumplía con las premisas de confiabilidad y validez.

3.4. Validez del cuestionario

Una vez diseñado el cuestionario, se procedió a determinar su validez, la cual "se refiere al grado en que el instrumento refleja dominio específico de lo que mide" (Hernández y Cols. 2006, p. 123). El tipo de validez empleado fue la de contenido que se refiere "Al grado en que el instrumento abarca realmente todos o una parte de los contenidos a los contextos donde se manifiesta el evento que se pretende medir, en lugar de explorar sólo una parte de estos" (Fernández de Silva, 2000, p. 133).

La validez del cuestionario se realizó a través del juicio de tres (3) expertos en el área de la salud e investigación; a quienes se les suministró una versión del instrumento diseñado, para su revisión y evaluación. Dichos expertos revisaron y emitieron su juicio con respecto al contenido de los ítems.

Luego, se procedió a cotejar las observaciones hechas, en los puntos divergentes, permitiendo el rediseño de la versión definitiva del cuestionario.

3.5. Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento, se refiere "al grado en que la aplicación repetida del instrumento a las mismas unidades de estudio, en idénticas condiciones, produce iguales resultados, dando por hecho que el evento medido no ha cambiado" (Hernández y otros, 2006, p. 124). La misma se determinó mediante la aplicación de una prueba piloto a una muestra aleatoria conformada por diez (10) enfermeras con características similares a la población en estudio. Se aplicó el estadístico ALFA DE CROMBACH, dando como resultado en el Instrumento I, conformado por 25 ítems un resultado de 0,79 lo cual indica BUENO y por lo tanto el instrumento es confiable para la recolección de la información. En el Instrumento II, conformado por 12 ítems se aplicó el estadístico ALFA DE CRONBACH (Alfa), cuyo obteniendo una

confiabilidad de 0,76 cuyo valor es ACEPTABLE y puede utilizar el instrumento para la recolección de la información.

3.6. Procedimiento

La recolección de los datos se llevó a cabo a través de una serie de pasos que se detallan a continuación:

- 1.- Se entrego una comunicación a la Dirección del Hospital y al Departamento de Enfermería, con el fin de dar a conocer los objetivos planteados en esta investigación y de esa forma conseguir la autorización y colaboración para el desarrollo del estudio y la aplicación del cuestionario.
- 2.-Se solicitó consentimiento informado a las enfermeras como elementos muestrales
- 3.- Se llevo a cabo la recolección de la información, realizando una visita previa para concretar el día, hora y lugar para aplicar el cuestionario.
- 4.-El día indicado se aplicó el cuestionario, procedimiento que duró aproximadamente 45 minutos en los diferentes turnos.
- 5.- La información se recolectó de manera individual para cada sujeto, los resultados se hicieron del conocimiento de este en forma verbal y por escrito, se preservó la confidencialidad de los datos.

3.7. Técnica de Análisis de Datos

Entre las formas más idóneas para procesar los datos se encuentra la tabulación, la cual consiste en agrupar un cierto número de datos, a partir de los cuales será posible llegar a las conclusiones generales que apunten a esclarecer el problema formulado en la investigación y operarlos como datos cuantitativos. Se realizó el análisis mediante el uso del método de estadística descriptiva utilizando un sistema computarizado Microsoft en ambiente Windows y Excel La información aportada y recabada fue procesada en SPSS 11.0 (paquete estadístico para las ciencias sociales). Posteriormente se elaboraron tablas estadísticas sectoriales y gráficos para ilustrar los resultados correspondientes obtenidos en cifras absolutas y porcentuales y

la correlación de las variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (P). La presentación de la información recolectada se realizó mediante cuadros y gráficos.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y SU DISCUSION

Se presenta a continuación el capítulo que contiene los resultados estadísticos de la investigación, sobre las dos variables en estudio. Seguidamente se describe el análisis e interpretación de los resultados estadísticos que permitieron la comprobación de las hipótesis planteadas.

4.1.- Presentación de los Resultados.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cuadros y gráficos, sobre conductas promotoras de salud y factores de riesgos modificables de la hipertensión arterial.

Para ello se estableció como hipótesis general la existencia relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **cognitivo-perceptivo y modificantes** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en sus factores **estilo de vida y la interacción con el entorno** de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivo.

La información analizada se encuentra en tablas de frecuencias y asociación, donde se muestra la distribución de los miembros del personal de enfermería investigado según características socio demográficas y académicas, y de las respuestas a los ítems interrogados en los instrumentos aplicados categorizadas en niveles BAJO, INTERMEDIO y ALTO, donde se procedió a clasificarlo en una escala para su comprensión de la siguiente manera: Bajo entre 0,0% y 33%, MEDIO entre 34% y 66% y ALTO entre 67% y 100% en ambas variables.

Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes. Además se utilizó para conocer el nivel de asociación el coeficiente de correlación de Pearson, utilizando los valores medios (sin consolidarlos en las categorías mencionadas) calculados en base a la ponderación de las respuestas a los ítems. El nivel de significación empleado para la prueba estadística aplicada fue de 5% o menos ($P \leq 0,05$).

La información tabulada se muestra en gráficas estadísticas adecuadas al tipo de información mostrada en las tablas respectivas.

A continuación se presentan los datos de acuerdo a la misma estructura del cuestionario, respondido por la población seleccionada, en este caso diez y siete (17) enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “José María Vargas” en La Owallera.

TABLA 1

**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS**

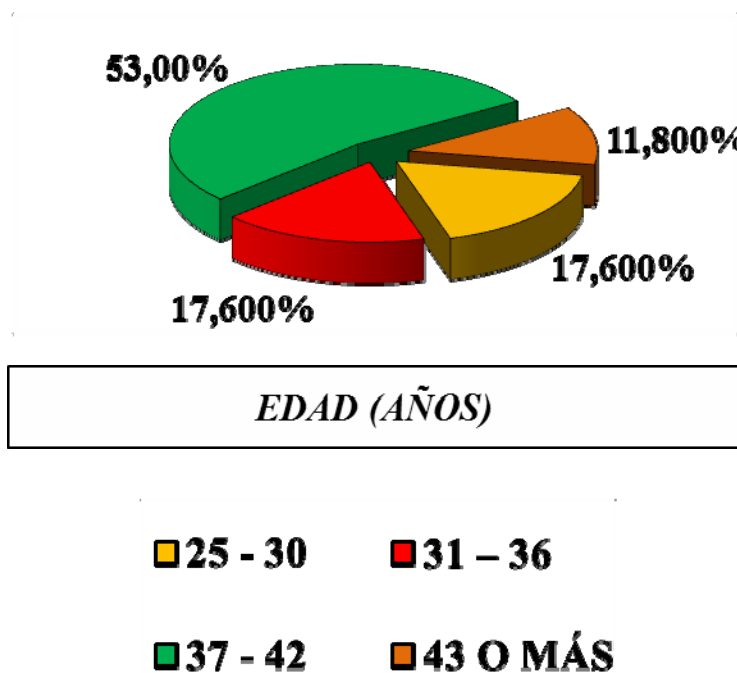
**UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
LA OVALERA. PALO NEGRO. MAYO 2015**

CARACTERÍSTICAS EDAD (AÑOS)	F (%)*
25 – 30	3 (17,6%)
31–36	3 (17,6%)
37 -42	9 (53,0%)
43 O MÁS	2 (11,8%)
TOTAL	17 (100%)

**PORCENTAJE EN BASE A DIECISIETES MIEMBROS
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

GRÁFICO No. 1
CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA INVESTIGADO SEGÚN EDAD



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

Análisis: La edad predominante en el grupo fue la comprendida entre 37 y 42 años al ser representada por el 53,0% del personal investigado, siguen las edades entre 25 y 30 al igual que 31 a 36 años con porcentaje de 17,6% y, por último, la de 43 años o más con 11,8%. De acuerdo a lo anterior expuesto se observa que el mayor número de enfermeras (OS) se encuentra en edad productiva y el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino como característica propia de la profesión.

TABLA 2

**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS**

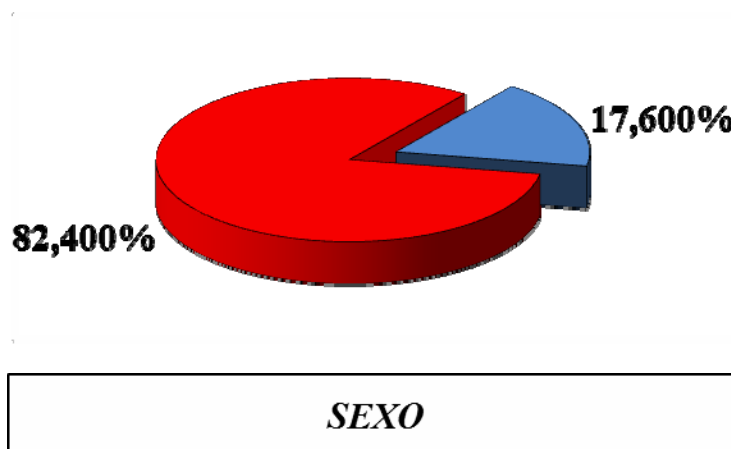
**UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
LA OVALLERA. PALO NEGRO. MAYO 2015**

CARACTERÍSTICAS SEXO	F (%)*
FEMENINO	14 (82,4%)
MASCULINO	3 (17,6%)
TOTAL	17 (100%)

**PORCENTAJE EN BASE A DIECISIETES MIEMBROS
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

GRÁFICO No. 2
CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA INVESTIGADO SEGÚN SEXO



■ **FEMENINO**

■ **MASCULINO**

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

Análisis: Con respecto al sexo predomina ampliamente el femenino con un 82,4%, dejando ser al masculino el restante 17,6%. Se observa que el mayor número de enfermeras correspondían al sexo femenino, lo que es característico de la profesión de enfermería. Lo cual concuerda con los resultados obtenidos. Según Bandura (1890) sobre el Desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable, señala en sus conclusiones que no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres relacionadas con las conductas saludables.

CUADRO 3

**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS**

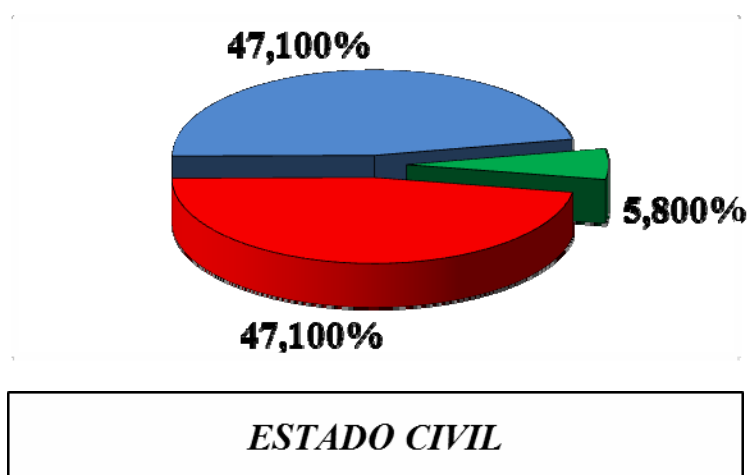
**UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
LA OVALLERA. PALO NEGRO. MAYO 2015**

CARACTERÍSTICAS	F (%)*
ESTADO CIVIL	
SOLTERO (A)	8 (47,1%)
CASADO (A)	8 (47,1%)
CONCUBINATO (A)	1 (5,8%)
TOTAL	17 (100%)

**PORCENTAJE EN BASE A DIECISIETES MIEMBROS
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

GRÁFICO No. 3
CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
INVESTIGADO SEGÚN ESTADO CIVIL



- **SOLTERO (A)**
- **CASADO (A)**
- **CONCUBINATO (A)**

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

Análisis: Un 47,1% del grupo estaba casado o soltero, y sólo una persona (5,8%) estaba en condición e concubinato. Se evidencia que un número elevado de enfermeras que tienen otras responsabilidades ya que son casadas además de las responsabilidades inherentes a la profesión.

CUADRO 4

**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS**

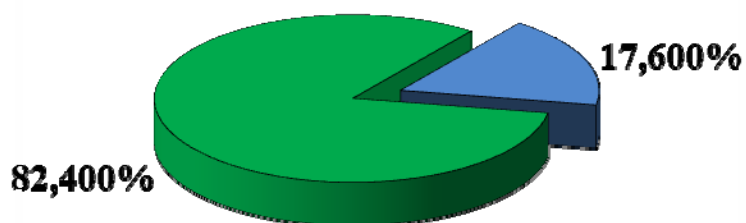
**UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
LA OVALLERA. PALO NEGRO. MAYO 2015**

CARACTERÍSTICAS NIVEL ACADÉMICO	F (%)*
LICENCIATURA	14 (82,4%)
TÉCNICO SUPERIOR	3 (17,6%)
TOTAL	17 (100%)

**PORCENTAJE EN BASE A DIECISIETES MIEMBROS
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

GRÁFICO No. 4
CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
INVESTIGADO SEGÚN NIVEL ACADÉMICO



NIVEL ACADÉMICO

■ **LICENCIATURA**

■ **TÉCNICO**
SUPERIOR

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

Análisis: El 82,4% poseía un nivel de instrucción de licenciatura y el resto (17,6%) de técnico superior en enfermería. Se considera que el mayor número de enfermeras son licenciadas lo que permite ofrecer una mejor calidad del cuidado al enfermo.

CUADRO 5

**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS**

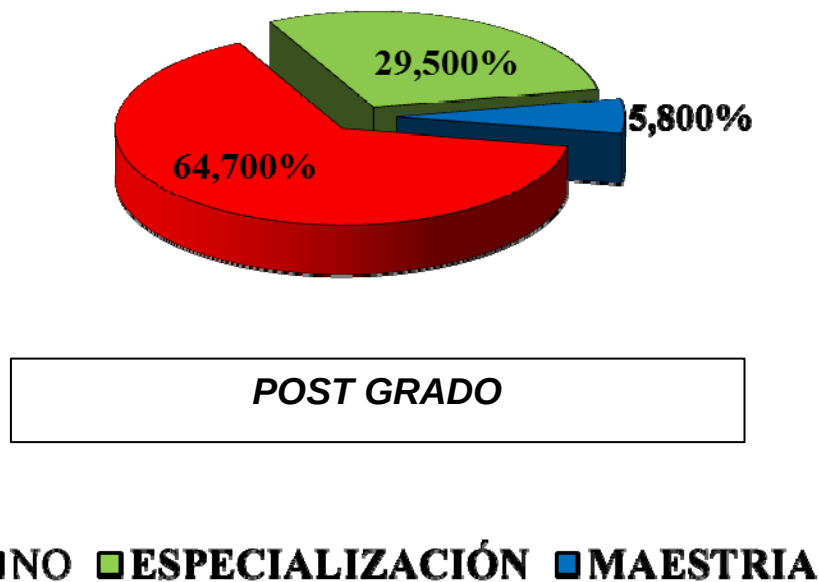
**UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
LA OVALLERA. PALO NEGRO. MAYO 2015**

CARACTERÍSTICAS POST GRADO	F (%)*
NO	11 (64,7%)
ESPECIALIZACIÓN	5 (29,5%)
MAESTRIA	1 (5,8%)
TOTAL	17 (100%)

**PORCENTAJE EN BASE A DIECISIETES MIEMBROS
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DEL PROSESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN POSTGRADO.UCL. HOSPITAL "DR JOSE A. VARGAS." LA OVALLERA.PALO NEGRO.MAYO 2015



Fuente: Instrumento Aplicado (Barrios, 2015)

Análisis: La mayoría del personal de enfermería no tenía estudios de postgrado, pues era el 64,7% del grupo, 29,5% había realizado algún tipo de especialización y tan sólo hubo un miembro del grupo que había obtenido el título de maestría en enfermería, de los resultados obtenidos se infiere que a mayor grado académico se ofrecería mejor cuidado pues tendrían un conocimiento específico en el área, además se infiere que a mayor nivel de conocimientos es mayor la disposición para promover conductas saludables en pro se la salud.

TABLA No. 6

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN RELACIÓN DE RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES
DE LOS FACTORES COGNOSCITIVO -PERCEPTIVO Y ESTILO DE VIDA

UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
LA OVALERA. PALO NEGRO. MAYO 2015

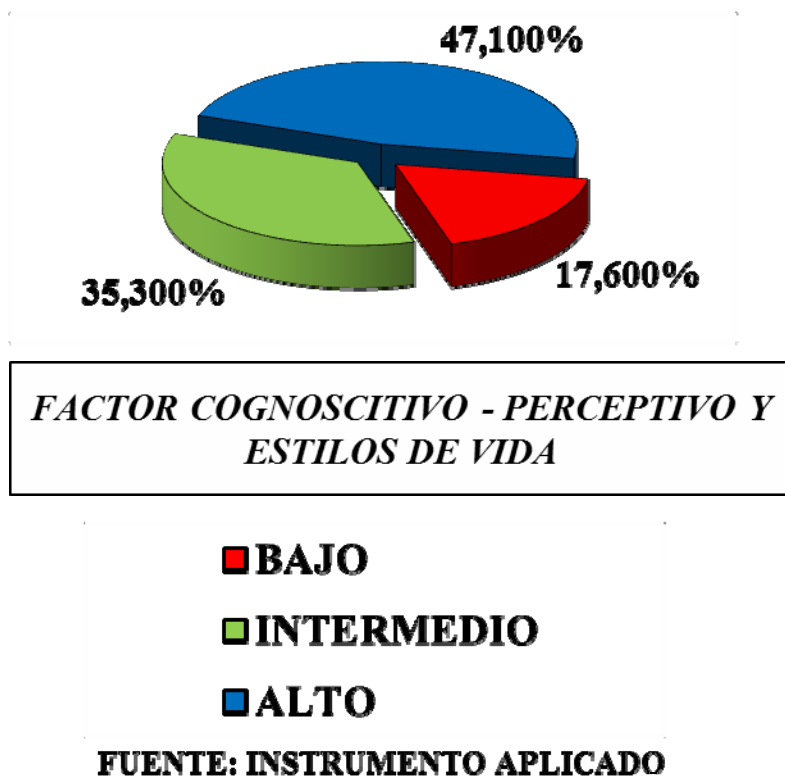
ESTILOS DE VIDA				
COGNOSCITIVO- PERCEPTIVO	BAJO F (%)*	INTERMEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	TOTAL (%)
BAJO	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (17,6)
INTERMEDIO	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	6 (35,3)
ALTO	0 (0,0)	2 (25,0)	6 (75,0)	8 (47,1)
TOTAL	3 (17,6)	5 (29,5)	9 (52,9)	17 (100)

** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN (PEARSON) = + 0,672 (P < 0,05) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

GRÁFICO No. 6
CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES
DEL FACTOR COGNOSCITIVO - PERCEPTIVO



Análisis: El 47,1% del personal de enfermería participante en la investigación, se ubicó en la categoría de ALTO nivel del factor COGNOSCITIVO – PERCEPTIVO, mientras que del grupo un 35,3% se encuentra en el nivel INTERMEDIO y el 17,6% en el nivel BAJO.

Con respecto al factor ESTILO DE VIDA, también el nivel ALTO se destaca con el mayor porcentaje 52,9%, seguido del nivel INTERMEDIO con 29,5% y el nivel BAJO con 17,6% de representación.

En el nivel BAJO del factor COGOSCITIVO – PERCEPTIVO, las tres categorías del factor ESTILO DE VIDA presentan igual participación del 33,3%.

Para el nivel INTERMEDIO factor COGOSCITIVO – PERCEPTIVO, sucede igual que en el nivel BAJO, 33,3% para categoría del factor ESTILO DE VIDA.

Se puede apreciar que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de los dos factores COGOSCITIVO – PERCEPTIVO y ESTILO DE VIDA, un incremento porcentual de la primera y segunda categoría con relación a la tercera que define la diagonal de izquierda a derecha de la tabla No. 2, pues se presentan los porcentajes de 33,3%, 33,3% y 75,0%. A su vez, al calcular el coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de los dos factores sin clasificarlos, se obtiene una cifra de positiva de 0,672, que resulta significativa a $P < 0,05$.

Por lo tanto, se puede concluir que hay una relación significativa, entre los dos factores COGOSCITIVO – PERCEPTIVO y ESTILO DE VIDA, pues al darse un incremento en los niveles del primer factor citado va a ocurrir un incremento correspondiente en los niveles del factor ESTILO DE VIDA.

Es por ello que el desarrollo del factor cognoscitivo perceptivo promueven el bienestar y desarrollo de la persona y por lo tanto disminuyen la aparición de enfermedades que comprometen el bienestar y por ende la vida, tales como las enfermedades crónicas no transmisibles en este caso la hipertensión, el factor cognoscitivo favorece el desarrollo de las conductas promotoras en salud, mientras estas se adquieran mas tempranamente, se evitara la aparición de enfermedades crónicas, que podrían poner en riesgo la salud.

En el mismo orden de idea, el modelo de Pender identifica en el individuo factores cognitivo perceptuales, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y son entendidos como aquellas concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud. Esto las lleva o induce a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

Así tenemos que la percepción y el conocimiento que tengan las enfermeras sobre su condición de salud, favorecerán el desarrollo de conductas promotoras de salud y por ende conllevará a un estilo de vida saludable.

De los hallazgos observados se encuentra que hay un nivel de estilo alto con un nivel de factores modificantes alto de acuerdo a lo planteado refiere Singer, P (1982) que el estilo de vida es una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día, mientras que Ardell, D (1979) lo concibe como aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud.

De acuerdo a los datos aportados en la investigación, se encontró que el estilo de vida destacó el nivel alto, sin embargo de acuerdo a lo observado por la investigadora se encontró que las enfermeras tenían un estilo de vida poco saludable en este sentido, algunos autores entre ellos Ardell ha propuesto la idea de dos estilos de vida: a). Estilo de vida saludable el cual implica no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc. y b) Estilo de vida no saludable o libre caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y no preocupación por la apariencia física.

TABLA No. 7

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
 RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)
 DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO SEGÚN
 RELACIÓN DE RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES DE
 LOS FACTORES COGNOSCITIVO-PERCEPTIVO E INTERACCIÓN DEL
 INDIVIDUO CON SU ENTORNO
 UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
 LA OVALLE. PALO NEGRO. MAYO 2015

INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO				
COGNOSCITIVO- PERCEPTIVO	BAJO F (%)*	INTERMEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	TOTAL (%)
BAJO	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (17,6)
INTERMEDIO	0 (0,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (35,3)
ALTO	1 (12,5)	2 (25,0)	5 (67,5)	8 (47,1)
TOTAL	1 (5,8)	6(35,3)	10 (58,9)	17 (100)

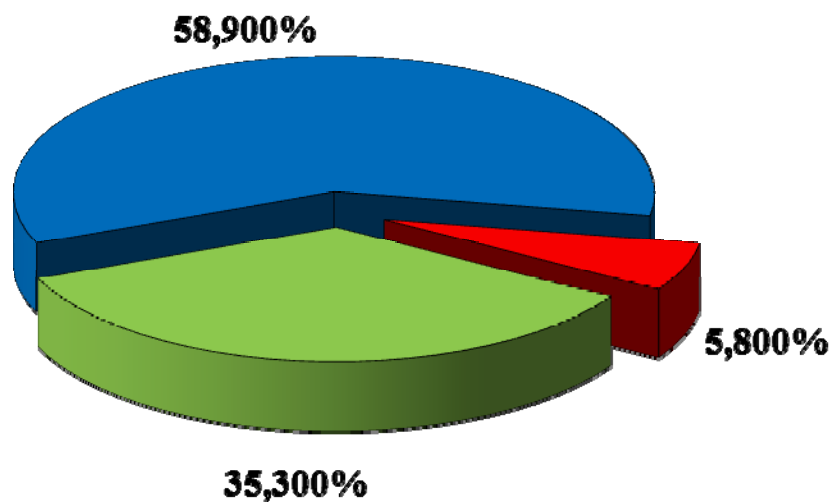
** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN (PEARSON) = + 0,684 (P < 0,05) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

GRÁFICO 7

**DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.SEGÚN
RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES DEL FACTOR
INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO.UCL. HOSPITAL**



*FACTOR COGNITIVO-PERCEPTIVO Y SU
INTERACCION DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO*

■BAJO ■INTERMEDIO ■ALTO

Fuente: Instrumento Aplicado (Barrios, 2015)

Análisis: En el factor INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO el 58,9% del personal de enfermería investigado corresponde al nivel ALTO, 35,3% se ubicó en el nivel INTERMEDIO y sólo el 5,8% en el nivel BAJO.

En el nivel BAJO del factor COGOSCITIVO – PERCEPTIVO, predomina la categoría de nivel INTERMEDIO del factor INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO

al presentar un 66,7% y completa con 33,3% el nivel ALTO de este factor. Para el nivel INTERMEDIO factor COGOSCITIVO – PERCEPTIVO, la distribución porcentual de las categorías de su factor asociado sucede lo opuesto, es decir el 33,3% para el nivel INTERMEDIO y un 66,7% para el nivel ALTO del factor INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO.

En cuanto al nivel ALTO del factor COGOSCITIVO – PERCEPTIVO, la mayor parte de los que estaban en esta categoría, se posicionaron con relación al factor INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO en igual nivel al ser 67,5% de este grupo, seguidos por el nivel INTERMEDIO de este factor con 25,0% y el restante 12,5% para el nivel BAJO. Al observar la relación de forma global entre los dos factores COGOSCITIVO – PERCEPTIVO e INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO, es posible apreciar un incremento porcentual de la primera a la segunda categoría, y de ésta a la tercera en la diagonal de izquierda a derecha de la tabla No. 3, al ser los porcentajes de 0,0%, 33,3% y 67,5%. En consecuencia, cuando se obtiene el coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de los dos factores sin categorizarlos, se obtiene una cifra de positiva de 0,684, de carácter significativo ($P < 0,05$).

Se puede concluir dado el análisis anterior que hay una relación significativa, entre los dos factores COGOSCITIVO – PERCEPTIVO e INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO ESTILO DE VIDA, pues como se produce un incremento en los niveles del factor COGOSCITIVO – PERCEPTIVO va a incidir en que se dé un incremento que corresponde a los niveles del factor INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO.

De acuerdo a los resultados obtenidos del coeficiente de correlación de Pearson (0,684.) se confirma que existe una relación significativa entre las conductas promotoras de salud en su factor cognoscitivo perceptivo y la interacción con el entorno del personal de enfermería objeto de estudio. Es decir, a medida que se incrementa el valor del factor cognoscitivo perceptivo, aumenta la interacción con el entorno en el indicador trabajo social, pero en términos globales, las actividades relacionadas con la práctica de la salud a través de mecanismos motivacionales es

superior a aquellas acciones ejercidas por el personal de enfermería para la interacción social.

Estos resultados confirman lo planteado por Pender, al considerar que el trabajo social es el enlace entre la enfermera y el medio ambiente, el cual generalmente está constituido por familiares, amigos, compañeros de trabajo, organización de actividades de descanso y recreación. En líneas generales con aquellas personas con quienes pueda mantener contacto. Razón por la cual, es fundamental la capacidad para reconocer los diversos comportamientos que asumen las personas en un momento determinado y, por ende, su influencia en la condición personal y profesional, tomando en consideración que en ciertos momentos, estas situaciones adversas podrían convertirse en un factor de riesgo modificable de hipertensión arterial.

En este sentido es importante tomar en cuenta la definición de salud, la cual incorpora el factor social que tiene que ver con la interacción de las enfermeras con su entorno como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores, físico y mental, que deben ser considerados. La interacción social es además un elemento determinante del estilo de vida y el bienestar de las personas que pasa a depender, no sólo del mundo de la salud, sino también del mundo social. En este sentido, la prevención de las enfermedades, la curación y la rehabilitación se convierten en las actividades más idóneas para proporcionar salud a los ciudadanos. Se puede decir que la salud es algo más que una dimensión biológica y no sólo depende de tener o no tener una enfermedad. Hablar de salud es hacerlo de un equilibrio entre la dimensión biológica, psicológica y social de la persona, con o sin enfermedad.

Se puede concluir dado el análisis anterior que hay una relación significativa, entre los dos factores cognoscitivo – perceptivo e interacción del individuo con su entorno, pues como se produce un incremento en los niveles del factor cognoscitivo – perceptivo va a incidir en que se dé un incremento que corresponde a los niveles del factor interacción del individuo con su entorno.

Las situaciones que mayor estrés les genera a los enfermeros es la sobrecarga laboral; en menor medida, la sobredemanda de pacientes y los problemas personales. Investigaciones como la de Rodríguez Juan (2010) refieren que en el personal de enfermería, además de situaciones de riesgos conocidas como pinchaduras y cortes, condiciones de contaminación, problemas musculo-esqueléticos vinculados a la movilización de los pacientes, prevalecen también situaciones de carácter psíquico y social relacionados con la presión por la insuficiencia de personal, que hace que frecuentemente las demandas superen las posibilidades en términos de recursos humanos y con la fuerte presión por parte de los familiares de los pacientes que exigen niveles de calidad de atención que con frecuencia son difíciles de satisfacer, sumado a ello, las responsabilidades personales y de la organización, generando altos niveles de estrés que tienen impactos indeseados en su salud.

TABLA No. 8

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN RELACIÓN DE RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS
NIVELES DE LOS FACTORES MODIFICANTES Y ESTILO DE VIDA
UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
LA OVALERA. PALO NEGRO. MAYO 2015

ESTILO DE VIDA				
FACTORES MODIFICANTES	BAJO F (%)*	INTERMEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	TOTAL (%)
BAJO	0 (0,0)	2 (100)	0 (0,0)	2 (11,7)
INTERMEDIO	3 (37,5)	1 (12,5)	4 (50,0)	8 (47,0)
ALTO	0 (0,0)	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (41,3)
TOTAL	3 (17,6)	5 (29,5)	9 (52,9)	17 (100)

** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN (PEARSON) = + 0,623 (P < 0,05) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

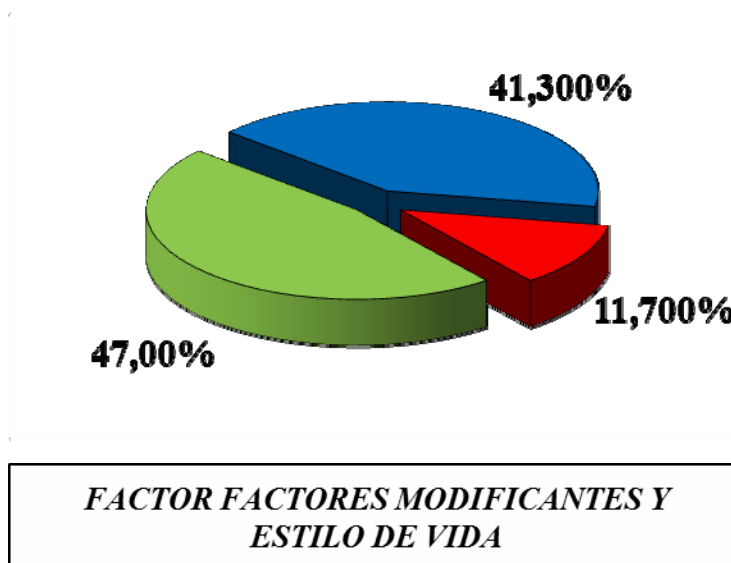
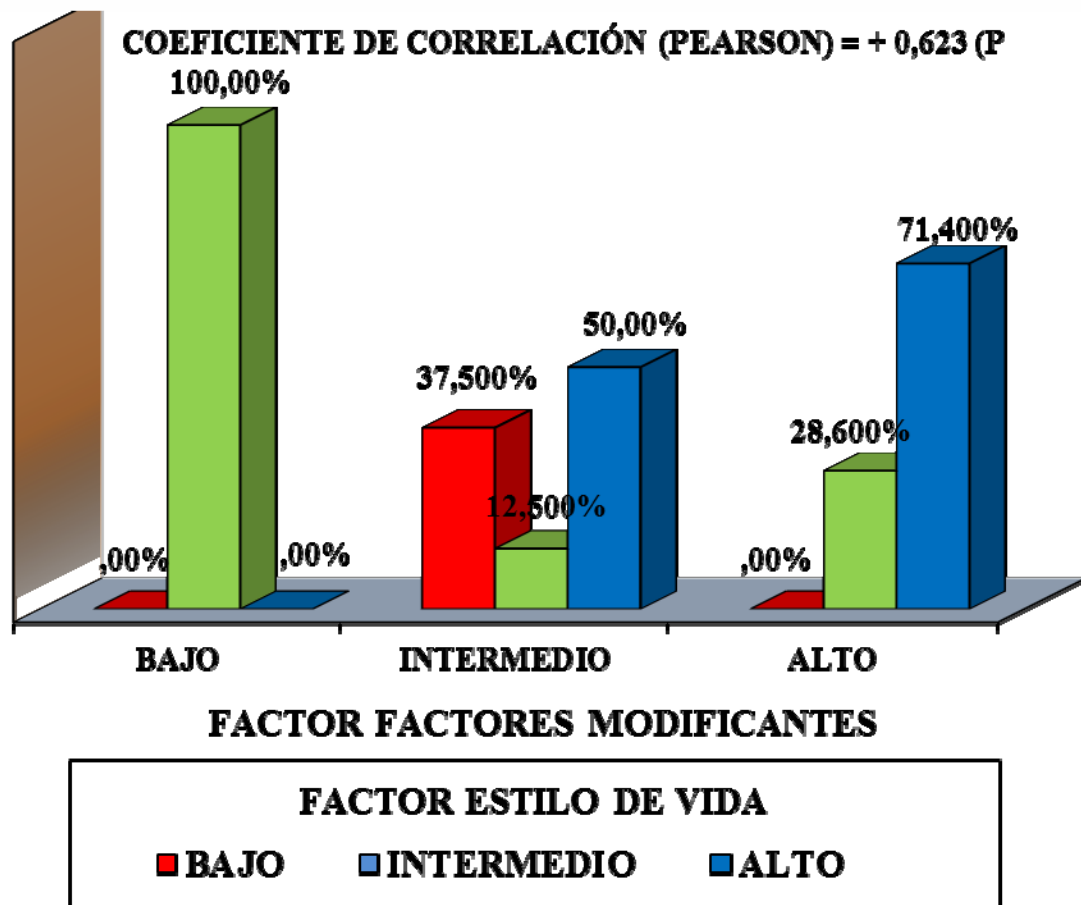
GRÁFICO No. 8 A**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL****DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES DEL
FACTOR FACTORES MODIFICANTES****UCL. HOSPITAL "DR. JOSÉ A. VARGAS".****■ BAJO****■ INTERMEDIO****■ ALTO****FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO**

GRÁFICO No. 8B**CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO SEGÚN RELACIÓN DE RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES DE LOS FACTORES MODIFICANTES Y ESTILO DE VIDA

UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
LA OVALERA. PALO NEGRO. MAYO 2015



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

Análisis: Para el factor FACTORES MODIFICANTES, la mayoría de los investigados se ubicaron en el nivel INTERMEDIO a representar el 47,0% del personal de enfermería, en el nivel ALTO aparecen el 41,3% y en el BAJO el restante 11,7% del grupo.

En el nivel BAJO del factor FACTORES MODIFICANTES, todos se ubicaron en el nivel INTERMEDIO (100%) del factor ESTILO DE VIDA.

Para el nivel INTERMEDIO del factor FACTORES MODIFICANTES, la mayoría se corresponde con un 50,0% al nivel ALTO del factor ESTILO DE VIDA, luego en orden decreciente de representación aparece el nivel BAJO de ESTILO DE VIDA con 37,5% y finaliza con 12,5% los que se ubican en el nivel INTERMEDIO.

En el nivel ALTO del factor FACTORES MODIFICANTES, hay una mayoría de estos trabajadores que se encuentran en el nivel ALTO del factor ESTILO DE VIDA, pues son el 71,4% y el restante 28,6% en el nivel INTERMEDIO.

La asociación entre los niveles de los FACTORES MODIFICANTES y ESTILO DE VIDA, muestra que se da un incremento porcentual de la primera a la segunda categoría, y de ésta a la tercera en la diagonal de izquierda a derecha de la tabla No. 4, al pasar de 0,0%, a 12,5%, y de éste a 71,4%. Por otra parte, el coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de los dos factores sin categorizarlos, se obtiene una cifra de positiva de 0,623 que resulta a un nivel de significación estadística del $P < 0,05$.

Por lo que existe una relación significativa entre estos dos factores establecidos como FACTORES MODIFICANTES y ESTILO DE VIDA, como una función directa expresada porque al incrementarse el primero factor se incrementará el segundo.

De acuerdo a lo anterior, el Estilo de Vida Saludable se puede entender como los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente en lo biológico, social y laboral.

Así tenemos que es una forma de vida y lo ideal sería, con un mínimo de, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de las enfermeras en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelve. El estilo de vida saludable ideal es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las conductas promotoras de salud, que contrarresten

los factores nocivos y permitan hacer cambios favorables en este caso tomar en cuenta las medidas que permitan cambiar aspectos dentro de los factores modificantes para tener un estilo de vida saludable el cual está sujeto a las modificaciones del comportamiento. Que facilita el cambio de la persona hacia un modo de vida más saludable; esto incluye razones para un cambio, disponibilidad de conocimiento y habilidad para iniciar y sustentar una transformación positiva y por ende mas saludable. Al preguntarse sobre la utilización del tiempo libre, un grupo considerable de enfermeros refirieron si utilizarlo en diversas actividades. De este total que usan el tiempo libre, refirieron realizar actividades como reuniones, salidas familiares y visitas a lugares de esparcimiento. En cuanto a la utilización del tiempo libre y el insuficiente descanso, La OMS (2012) resaltan cómo el descanso es esencial en la vida del ser humano y se relaciona directamente con el estado de salud física, mental y psicológica.

En este sentido tenemos que el comportamiento que tenga la enfermera, da lugar a patrones de conductas que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para su salud, determinando un estilo de vida al que puede denominarse saludable en la medida de la elección que realicen entre las alternativas a su alcance y que fomenten su estado de salud. Así, los Estilos de Vida que se practiquen determinaran en cierta medida el grado de salud que se tiene y se tendrá en el futuro. La forma en que las enfermeras trabajan y la modificación de factores de riesgo que hagan conjuntamente con el contexto en que se desenvuelven, determinaran en gran medida el proceso de salud y la aparición de enfermedades en este caso la hipertensión arterial.

TABLA No. 9

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN RELACIÓN DE RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES
DE LOS FACTORES MODIFICANTES E INTERACCIÓN DEL
INDIVIDUO CON SU ENTORNO
UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
LA OVALERA. PALO NEGRO. MAYO 2015

INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO				
FACTORES MODIFICANTES	BAJO F (%)*	INTERMEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	TOTAL (%)
BAJO	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (11,7)
INTERMEDIO	1 (12,5)	2 (25,0)	5 (67,5)	8 (47,0)
ALTO	0 (0,0)	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (41,3)
TOTAL	1 (5,8)	6 (35,3)	10 (58,9)	17 (100)

** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN (PEARSON) = + 0,593 (P < 0,05) SIGNIFICATIVO

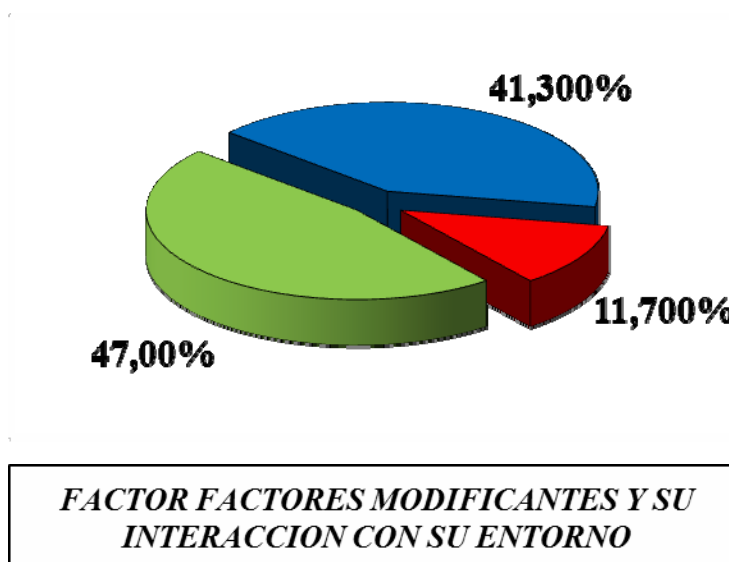
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

GRÁFICO No 9

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES DEL FACTOR FACTORES MODIFICANTES

UCL. HOSPITAL "DR. JOSÉ A. VARGAS".



■ BAJO

■ INTERMEDIO

■ ALTO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

Análisis: En el nivel BAJO del factor FACTORES MODIFICANTES, tanto en las categorías de nivel INTERMEDIO como en el ALTO, se ubicaron por igual (50,0%) del factor INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO.

Para el nivel INTERMEDIO del factor FACTORES MODIFICANTES, la mayoría del factor INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO se encuentra en el nivel ALTO, y el resto 25,0% en el nivel INTERMEDIO y 12,5% en el BAJO.

Para el nivel ALTO del FACTORES MODIFICANTES, se destaca el nivel ALTO del factor INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO con 57,1%, siendo el 42,9% para el nivel INTERMEDIO.

Al evaluar la relación de FACTORES MODIFICANTES eINTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU ENTORNO, aparece como en las tablas anteriores, un incremento porcentual de la primera a la segunda categoría, y de ésta a la tercera en la diagonal de izquierda a derecha, al pasar de 0,0%, a 25,0%, y de este valor a 57,1%. Confirmando esta tendencia, el valor del coeficiente de correlación de Pearson da, como aporta a la relación de estos factores, una cifra positiva de 0,593 que tiene significación estadística a $P < 0,05$.

Al presentarse esta relación con un nivel significativa menor al 5%, se puede asegurar que existe una relación no casual entre estos factores.

TABLA No. 10

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
 RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
 SEGÚN RELACIÓN DE RESPUESTAS CONSOLIDADAS DE LOS
 NIVELES DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO
 UCI. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.
 LA OVALERA. PALO NEGRO. MAYO 2015

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLE DE HTA				
CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD	BAJO F (%)*	INTERMEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	TOTAL (%)
BAJO	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (17,6)
INTERMEDIO	1 (25,0)	0 (0,0)	3 (75,0)	4 (23,6)
ALTO	0 (0,0)	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (58,8)
TOTAL	1 (5,8)	4 (23,5)	12 (70,6)	17 (100)

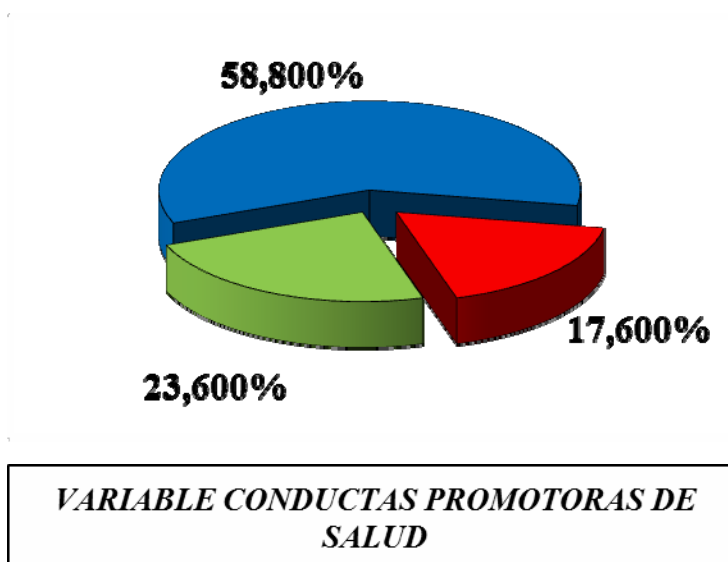
** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN (PEARSON) = + 0,701 (P < 0,001) SIGNIFICATIVO
 FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (BARRIOS, 2015)

GRÁFICO No. 10 A

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES DE LA VARIABLE CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD

UCL. HOSPITAL "DR. JOSÉ A. VARGAS".



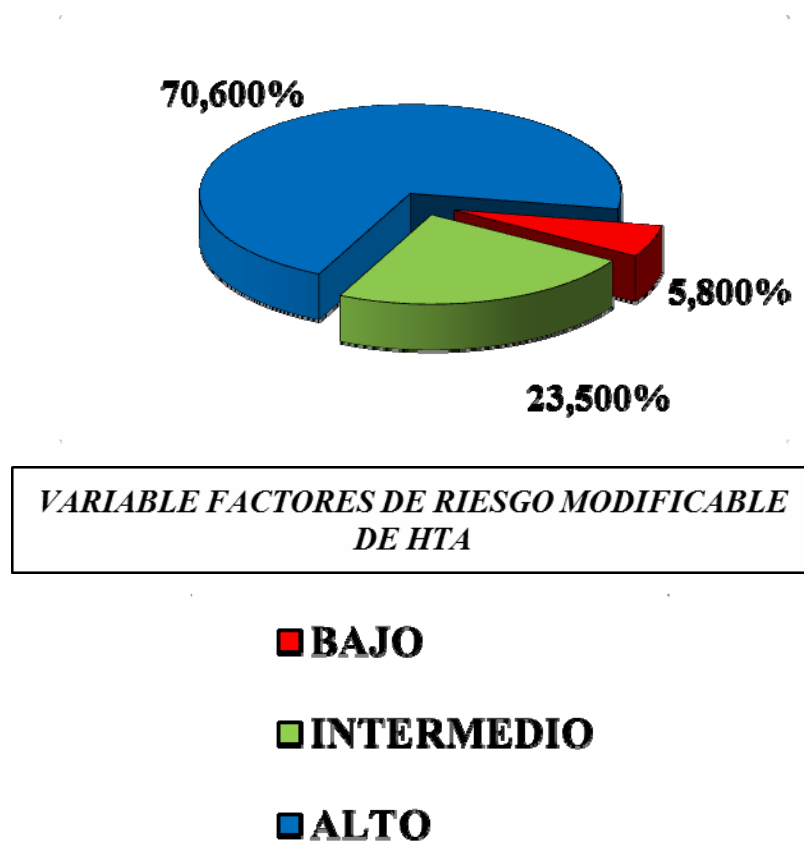
■ **BAJO**

■ **INTERMEDIO**

■ **ALTO**

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

GRÁFICO No. 10B
CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INVESTIGADO
SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS EN LOS NIVELES DE LA
VARIABLE FACTORES DE RIESGO MODIFICABLE DE HTA
UCL. HOSPITAL “DR. JOSÉ A. VARGAS”.



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

Análisis: La distribución de los miembros del personal investigado, para la variable CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD, presenta como nivel predominante el ALTO

con un 58,8%, luego sigue el nivel INTERMEDIO y finaliza con el nivel BAJO con un 17,6%.

Para la variable FACTORES RIESGO MODIFICABLE DE HTA, la mayoría de los investigados se posicionaron en la categoría ALTO al representar el 70,6% del grupo, sigue el nivel INTERMEDIO con 23,5% y sólo un 5,8% para el nivel BAJO.

En el nivel BAJO de la variable CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD, predominó el nivel INTERMEDIO de FACTORES RIESGO MODIFICABLE DE HTA al tener un 66,7% del grupo que respondió para el nivel BAJO, estableciendo el resto 33,3% en el nivel ALTO.

En el nivel INTERMEDIO de CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD, 25.0% está como respuesta consolidada en el nivel BAJO de FACTORES RIESGO MODIFICABLE DE HTA y el 75,0% restante en el nivel ALTO.

Por último, en el nivel ALTO de la variable CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD, predomina altamente el nivel ALTO de la variable FACTORES RIESGO MODIFICABLE DE HTA con un 80,0% y el restante 20,0% en el nivel INTERMEDIO.

Al evaluar la relación entre las dos variables, CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD y FACTORES RIESGO MODIFICABLE DE HTA, se aprecia que el nivel BAJO e INTERMEDIO que conjuga las unión de estas categorías de ambas variables, a ver en la diagonal de izquierda a derecha de la tabla No. 6, pasan de 0,0% a 80,0%, lo que lleva a expresar que a un aumento de las categorías de la primera variable corresponde a un aumento de la segunda, sobre todo en las categorías de nivel ALTO. Lo anterior, se confirma por un valor del coeficiente de correlación positivo igual a 0,701, significativo menor a 0,05 de error de azar.

En función de lo anteriormente explicado, se puede asegurar que existe una relación significativa entre las dos variables en estudio, por lo que a una mayor nivel de las CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD se producirá un incremento significativo de los FACTORES RIESGO MODIFICABLE DE HTA que adopte e personal de enfermería investigado.

McAlister (1981) considera que las conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias

físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. Dentro de estos comportamientos relacionados con la salud, apresados a través de la investigación epidemiológica. Tenemos: La Practicar ejercicio físico, La Nutrición adecuada, El Adoptar comportamientos de seguridad, El Evitar el consumo de Cigarrillo y Cafeína.

Desarrollando un estilo de vida minimizador de emociones negativas. En este sentido tenemos que el comportamiento que tenga la enfermera, da lugar a patrones de conductas que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para su salud, determinando un estilo de vida al que puede denominarse saludable en la medida de la elección que realicen, entre las alternativas a su alcance y que fomenten su estado de salud. Así, los Estilos de Vida que se practiquen determinaran en cierta medida el grado de salud que se tiene y se tendrá en el futuro. La forma en que las enfermeras trabajan y la modificación de factores de riesgo que hagan conjuntamente con el contexto en que se desenvuelven, determinaran en gran medida el proceso de salud y la aparición de enfermedades en este caso la hipertensión arterial.

En resumen, dentro de las conductas protectoras de salud que llevan a cabo los enfermeros del Servicio de UCI del Hospital “José A. Vargas”, prevalecen las relacionadas a la responsabilidad sobre la salud, siguiéndole las conductas sobre el manejo del estrés y la nutrición.

4.2.- Análisis e Interpretación de los Resultados.

Se interpretaron los resultados en cuanto a las características socio demográfico de la muestra en estudio: Edad, sexo, estudios realizados, Además de los resultados estadísticos con las hipótesis específicas y la general.

4.2.1. Características de la muestra

En relación con las características de la muestra según edad, sexo, estudios realizados, se encontró que La edad predominante en el grupo fue la comprendida

entre 37 y 42 años al ser representada por el 53,0% del personal investigado, siguen las edades entre 25 y 30 al igual que 31 a 36 años con porcentaje de 17,6% y, por último, la de 43 años o más con 11,8%. Con respecto al sexo predomina ampliamente el femenino con un 82,4%, dejando ser al masculino el restante 17,6%.

Un 47,1% del grupo estaba casado o soltero, y sólo una persona (5,8%) estaba en condición de concubinato. Se observa que el mayor número de enfermeras (os) se encuentra en edad productiva y en función de los resultados y, en coherencia con los objetivos e hipótesis de investigación, se formulan las siguientes conclusiones

4.2.2.1 Hipótesis Específica N 1

1.-Se puede apreciar que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de los dos factores cognoscitivo – perceptivo y estilo de vida, A su vez, al calcular el coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de los dos factores, se obtiene una cifra de positiva de 0,672, que resulta significativa a $P < 0,05$.

Por lo tanto, se puede concluir que hay una relación significativa, entre los dos factores cognoscitivo – perceptivo y estilo de vida, pues al darse un incremento en los niveles del primer factor citado va a ocurrir un incremento correspondiente en los niveles del factor estilo de vida puesto que los conocimientos o nivel cognitivo y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, hacia el cuidado, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad, pues se espera que las personas al tener mayor conocimientos aplicara mejores estrategias para cuidar su salud

En este sentido las conductas saludables que tengan los individuos van a estar determinadas por la vulnerabilidad que percibe respecto a lo amenazada que se encuentre su salud

Al respecto el Modelo de Aprendizaje Social Bandura (1980) menciona que las variables cognitivas son fundamentales en la explicación de la adquisición de los

aprendizajes y la modificación de la conducta. Por lo que las personas son consideradas como agentes que procesan información y toman decisiones propias con respecto a su estado de salud.

Por lo anteriormente planteado se acepta la hipótesis específica número uno que dice: “Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **cognitivo-perceptivo** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor **estilo de vida**”

4.2.2.2. Hipótesis Específica N 2

2.-Al observar la relación de forma global entre los dos factores cognoscitivo perceptivo e interacción del individuo con su entorno, es posible apreciar un incremento porcentual de la primera a la segunda categoría, En consecuencia, cuando se obtiene el coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de los dos factores sin categorizarlos, se obtiene una cifra de positiva de 0,684, de carácter significativo ($P < 0,05$).

Se puede concluir dado el análisis anterior que hay una relación significativa, entre los dos factores cognoscitivo – perceptivo e interacción del individuo con su entorno, por lo tanto se aprueba la hipótesis pues como se produce un incremento en los niveles del factor cognoscitivo – perceptivo va a incidir en que se dé un incremento que corresponde a los niveles del factor interacción del individuo con su entorno.

De acuerdo a los resultados obtenidos del coeficiente de correlación de Pearson (0,684.) se confirma que existe una relación significativa entre las conductas promotoras de salud en su factor cognoscitivo perceptivo y la interacción con el entorno del personal de enfermería objeto de estudio

De acuerdo con Fiorentini (2002) distintos tipos de variables determinan las conductas de salud. La clase y el entorno social pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona. La percepción del síntoma influye para que las personas decidan realizar un cambio en sus conductas de salud (una persona decide cambiar sus hábitos alimenticios luego de haber tenido hipertensión), aunque

estas modificaciones suelen ser transitorias, cuando dichos síntomas se repiten las personas implementan estrategias de modificación definitivas.

El síntoma cumple la función de señal de un problema de salud y los cambios que se implementan tienden a reducir el riesgo a sufrir una determinada enfermedad; los estados emocionales (ansiedad, aburrimiento) suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud (comer en exceso, beber excesivamente alcohol, fumar, sedentarismo); las creencias que sobre la salud sostienen las personas influyen marcadamente sobre sus hábitos.

Cada persona construye un modelo explicativo acerca de la salud, de las causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma. . Por lo anteriormente planteado se acepta la hipótesis específica número dos que dice: “Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **cognitivo-perceptivo** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor **interacción con el entorno**”

4.2.2.3. Hipótesis Específica N 3

3.-La asociación entre los niveles de los factores modificantes y estilo de vida, muestra que se da un incremento porcentual de la primera a la segunda categoría. Por otra parte, el coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de los dos factores sin categorizarlos, se obtiene una cifra de positiva de 0,623 que resulta a un nivel de significación estadística del $P < 0,05$. Por lo que existe una relación significativa entre estos dos factores establecidos como factores modificantes y estilo de vida, como una función directa expresada porque al incrementarse el primero factor se incrementará el segundo.

El tercer concepto es la autoeficacia percibida, constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo de Pender que podría funcionar como factor modificante en el estilo de vida porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la

conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

Por lo anteriormente planteado se acepta la hipótesis específica número tres que dice: “Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **modificantes** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factor **estilo de vida**”.

4.2.2.4 Hipótesis Específica N 4

4.-Al evaluar la relación de factores modificantes e interacción del individuo con su entorno, aparece como en las tablas anteriores, un incremento porcentual de la primera a la segunda categoría, y de ésta a la tercera. Confirmando esta tendencia, el valor del coeficiente de correlación de Pearson da, como aporta a la relación de estos factores, una cifra positiva de 0,593 que tiene significación estadística a $P < 0,05$.

Al presentarse esta relación con un nivel significativa menor al 5%, se puede asegurar que existe una relación no casual entre estos factores.

En el comportamiento de una persona, se da lugar a patrones de conducta que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para la salud, estructurando un estilo de vida al que puede denominarse saludable en la medida que la elección que realizan los individuos y comunidades entre las alternativas a su alcance, fomenten su salud. Así, los Estilos de Vida que se practiquen determinan en cierta medida el grado de salud que se tiene y se tendrá en el futuro. La forma en que el hombre trabaja y descansa, sus hábitos nocivos, si los tiene, su relación con el medio ambiente y con el contexto en que se desenvuelve, determina en gran medida el proceso salud-enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, el Estilo de Vida Saludable se entiende como “Los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral”. Además, es concebido como: Una forma de vida,

con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelve. Dicho estilo de vida saludable ideal es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de autocuidado, que contrarrestan los factores nocivos.

En este sentido la promoción de hábitos de salud ayudaría al individuo a establecer relaciones armónicas con su ambiente y a evitar enfermedades tales, como la hipertensión arterial, así como las consecuencias derivadas de un mal manejo de esta enfermedad al observar una conducta adecuada que le permitan al hombre adaptarse al medio ambiente; y así, minimizar las posibles alteraciones que puedan afectar su equilibrio

Por lo anteriormente planteado se acepta la hipótesis específica número cuatro que dice: “Existe relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores **modificantes** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su en su factor **interacción con el entorno**”

4.2.2.5 Hipótesis General

5.-Al evaluar la relación entre las dos variables, conductas promotoras de salud y factores riesgo modificable de HTA. Se confirma por un valor del coeficiente de correlación positivo igual a 0,701, significativo menor a 0,05 de error de azar.

En función de lo anteriormente explicado, se puede asegurar que existe una relación significativa entre las dos variables en estudio, por lo que a una mayor nivel de las conductas promotoras de salud se producirá un incremento significativo de los factores riesgo modificable de HTA que adopte el personal de enfermería investigado.

El bienestar de los enfermeros esta relacionado con la forma de enfrentar los acontecimientos de la vida, de afrontar las dificultades, de utilizar los recursos y las

capacidades adquiridas. Sentirse una persona valiosa es una condición indispensable para estimarse, cuidarse, es decir, todo esto es necesario para poder lograr y mantener una salud integral. Por ello es necesario que las personas que se encargan del cuidado de la salud se encuentren en condiciones óptimas, para brindar los cuidados y atención holística a cada persona que lo requiera.

Se observa que el estado de salud no depende únicamente de factores biológicos, sino que es un producto de un proceso sujeto a determinantes dados por la relación del individuo con el medio ambiente del cual se apropia y se transforma. El objetivo de los enfermeros es trabajar en un clima organizacional óptimo, donde el personal trabaje lo necesario para poder atender su familia y poder cuidar su propia salud una salud integral”. Por ello es necesario que las personas que se encargan del cuidado de la salud se encuentren en condiciones óptimas, para brindar los cuidados y atención holística a cada persona que lo requiera.

Para cambiar la conducta hay que trabajar con las motivaciones e intereses. Hay que tener en cuenta el ambiente que nos rodea y la situación en que estamos inmersos muchas conductas no saludables son resultado de vivencias aprendidas, experiencias de aprendizaje. Para Diris, V. (2006) no es suficiente si no se cuenta con el apoyo de un medio ambiente que favorezca los hábitos saludables para poder entender y comprender las conductas, se debe analizar todos los elementos que intervienen en la aparición de dichas conductas.

Por lo anteriormente planteado se acepta la hipótesis general que plantea la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las conductas promotoras de salud en sus factores: **Cognitivo-perceptivo y modificantes** y su relación con los factores de riesgo modificable de la Hipertensión Arterial en su factores **estilo de vida y la interacción con el entorno** de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivo del Hospital José A. Vargas la Owallera Maracay Estado Aragua.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El modelo de promoción de la salud por Nola J. Pender mantiene su actualidad ,pues integra las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud, constituye una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud, ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con el medio ambiente en busca de su salud, considera a la salud un estado positivo de alto nivel, y lo asume como objetivo hacia el cual se esfuerza el individuo. Identifico la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de las enfermedades lo fue del siglo XX.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) engloban diversos trastornos generalmente crónicos, muchos de los cuales se desarrollan de forma asintomática con el paso de los años. Esto provoca que se encuentren ya avanzadas una vez que aparecen los síntomas, a pesar de que la cifra de mortalidad se ha reducido en los últimos tiempos, sigue siendo una de las principales causas de muerte prematura en países desarrollados, llegando estos a recoger el 80% de los fallecimientos producidos por ECV en todo el mundo, además, se sabe que producen un gran número de discapacidades, lo cual provoca que esta patología sea la causa somática más importante en cuanto a pérdida de productividad en el individuo. Todo ello, indica que está estrechamente relacionada con el estilo de vida, principalmente con el hábito tabáquico, las dietas poco saludables, el sedentarismo y el estrés psicosocial.

En función de los resultados y, en coherencia con los objetivos e hipótesis de investigación, se formulan las siguientes conclusiones:

1.- La edad predominante en el grupo fue la comprendida entre 37 y 42 años, en su mayoría del sexo femenino, de estado civil casados, con un nivel académico de licenciatura y sin estudios de postgrado.

2.- Al aumentar el factor cognoscitivo perceptivo de las enfermeras sobre conductas promotoras de salud relacionadas con las características personales que tiene este grupo humano sobre el cuidado de sí mismo y los beneficios percibidos, se fortalecen los estilos de vida saludables relacionados con la Nutrición, Manejo del Estrés y la Práctica de Ejercicio. Es por ello que el desarrollo del factor cognoscitivo perceptivo promueven el bienestar y desarrollo de la persona y por lo tanto disminuyen la aparición de enfermedades que comprometen el bienestar y por ende la vida, tales como las enfermedades crónicas no transmisibles en este caso la hipertensión, el factor cognoscitivo favorece el desarrollo de las conductas promotoras en salud, mientras estas se adquieran mas tempranamente, se evitara la aparición de enfermedades crónicas , que podrían poner en riesgo la salud.

3.- A medida que se incrementa el valor del factor cognoscitivo perceptivo, aumenta la interacción con el entorno en el indicador trabajo social, pero en términos globales, las actividades relacionadas con la práctica de la salud a través de mecanismos motivacionales es superior a aquellas acciones ejercidas por el personal de enfermería para la interacción social. Lo que considera que el trabajo social, es el enlace entre la enfermera y el medio ambiente, el cual generalmente está constituido por familiares, amigos, compañeros de trabajo, organización de actividades de descanso y recreación. En líneas generales con aquellas personas con quienes pueda mantener contacto. Razón por la cual, es fundamental la capacidad para reconocer los diversos comportamientos que asumen las personas en un momento determinado y, por ende, su influencia en la condición personal y profesional, tomando en consideración que

en ciertos momentos, estas situaciones adversas podrían convertirse en un factor de riesgo modificable de hipertensión arterial.

4.- El Estilo de Vida Saludable puede ser modificado, si se puede entiende como los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente en lo biológico, social y laboral.

5.- El entorno incide de manera determinante en el estilo de vida, para lo cual es necesario que para que sea saludable e ideal se tome en cuenta una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de promoción, que contrarrestan los factores que inciden negativamente en la salud. Logrando así la modificación de algunas conductas como, estrés, y factores nocivos para la salud favoreciendo el bienestar de cada enfermera en todas sus dimensiones, sería lo ideal.

6.- El comportamiento que tenga la enfermera, da lugar a patrones de conductas que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para su salud, determinando un estilo de vida al que puede denominarse saludable en la medida de la elección que realicen, entre las alternativas a su alcance y que fomenten su estado de salud. Así, los Estilos de Vida que se practiquen determinaran en cierta medida el grado de salud que se tiene y se tendrá en el futuro. La forma en que las enfermeras trabajan y la modificación de factores de riesgo que hagan conjuntamente con el contexto en que se desenvuelven, determinaran en gran medida el proceso de salud y la aparición de enfermedades en este caso la hipertensión arterial.

5.2 Recomendaciones

En función de este trabajo de investigación se llegó a las siguientes recomendaciones.

- Informar los resultados de este estudio a las autoridades del Hospital J A Vargas acerca de la investigación de las enfermeras sobre las conductas promotoras de salud.
- Informar Los resultados de la investigación al personal de enfermería que participo en el estudio
- Utilizar los resultados de la presente investigación como antecedentes para estudios similares.
- Presentar los resultados de la investigación en eventos científicos nacionales e internacionales de enfermería así como la publicación en revistas.
- Proponer el estudio en otros centros cuyas características de variables y población sean similares a la propuesta en esta investigación.
- Realizar el abordaje de esta situación desde el punto de vista cualitativo buscando el significado que tiene las conductas promotoras de salud y el estilo de vida de las enfermeras.
- Se debe apoyar el desarrollo de este tipo de investigaciones para disponer de una base confiable de datos, considerando las diferentes condiciones de la población en general que se estudia.
- Con esos resultados se debe desarrollar campañas de promoción, prevención y tratamiento de la salud tomando en cuenta el sexo, la edad, herencia, riesgos

cardiovasculares y el estado nutricional; para evitar que la prevalencia de la hipertensión arterial aumente notablemente en la población de enfermeras.

- Fortalecer las unidades de salud con personal idóneo de enfermeras (os) especializadas (os) para desarrollar estrategias de participación y toma de decisiones en relación a la detección oportuna de estas patologías y desarrollar campañas de promoción, prevención y tratamiento; con el fin de mejorar los estilos de vida de las enfermeras.
- Rescatar y fortalecer las buenas prácticas de comportamiento relacionadas con los estilos de vida, para insertar en los planes y proyectos que busquen garantizar el buen vivir de las enfermeras.
- Propender a desarrollar en los profesionales, todo lo relacionados con el aspecto social, biológico y humano; aspectos que contribuirán al desarrollo de conductas promotoras de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, I. y Sánchez Y. (2009). **Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados. Psicología Iberoamericana.** 17 (2), 24-32.
- Aguilar, J., y Garabito, R. (2008). Infarto agudo de miocardio. Revista Papeña de Medicina Familiar, 5(8), 102-114.
- Angelucci, L. (2007). **Análisis de ruta: Conceptos Básicos. Analogías del comportamiento,** 9 (1), 31-59.
- Ardell, DB (1979). **Alto nivel de bienestar: una alternativa a los médicos, drogas y a la enfermedad.** Emmaus, PA: Rodale Press
- Arellano Ana y Cols (2011), **Intervención educativa dirigido a usuarios del Ambulatorio Montaña Alta, Carrizal, Estado Bolivariano de Miranda.** Venezuela.(http://www.revistahipertension.com/rh_7_3_2012/intervencion_educativa.pdf)
- Arias, Fidias (2006), **El proyecto de investigación.** Introducción a la metodología científica. 5ta. Edición. Caracas. Venezuela.
- Arnau, J. (1978). Psicología Experimental: **Un enfoque metodológico.** México: Trillas.
- Arnau, J. (1995). **Diseños longitudinales aplicados a las ciencias del comportamiento.** México: Limusa.
- Bandura, A. (1980). **Teoría del aprendizaje social.** Barcelona. Madrid.
- Bandura, A. (1988- 1990). **Pensamiento y acción.** Barcelona. Madrid.
- Barrera; Cerón, N. y Ariza, M. (2000). **Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de Hipertensión Arterial.** Colombia Médica, 31 (1), 20-22.
- Bautista, L., Vera, L., Villamil, L., Silva, S., Peña, I. y Luna, L. (2002). **Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia.** Salud Publica de México, 44 (5), 399-405. Barrera, E.

- Blanco (2011). Emociones “Positivas” y Salud Cardiovascular. En Cañoto, Y., Peña, G. y Yaber, G. (eds.), *Tópicos en Psicología de la Salud*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Becona, E. (2006). **Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto.** *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125-146.
- Becona, E., Vásquez, F. y Oblitas, L. (2004). **Promoción de los estilos de vida saludables. En Investigación en Detalle Número 5.** [En línea]. ALAPSA. Bogotá. <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>>
- Beunza Juan J. (2010), **El sedentarismo puede duplicar el riesgo de hipertensión arterial**, según un estudio de la Universidad de Navarra: España.
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. febrero. (2015), **Trastorno por consumo de alcohol.** <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>
- Canedo Celia (2011) **Alcoholismo: perspectiva psiquiátrica para clínicos.** Servicio de Psiquiatría. Hospital Lucus Augusti. Lugo. SERGAS
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetalcoholismoPerspectivaPsiquiatrica
- Cerecero, P., Hernández, B., Aguirre, D., Valdez, R. y Huitron, G. (2009). **Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México.** *Salud Publica de México*, 51 (6), 465-473.
- Cuevas, S. (2008). **Análisis de los factores de riesgo cardiovascular en el proceso de envejecimiento y su relación con el estrés oxidativo. Estudio piloto observacional.** Trabajo de Grado de Doctorado no publicado. Universidad de Murcia, España.
- Costa, M., Benito, A., González J.L. y López, E. (1998) (b). **La Educación Para la Salud: Aportaciones de la Psicología de la Salud.** Centro de Promoción de la Salud de Tetuán-Madrid.
- Díaz, J., Muñoz, J. y Sierra, C. (2007). **Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud,** Colombia. *Revista Salud Pública*, 9 (1), 64-75.
- Diris, V. (2010) **Conductas y salud.**

- Faleiros, L. y Geraldo, A. (2007). **¿Puede el nivel socioeconómico influenciar las características de un grupo de hipertensos?** Revista. Latinoamericana de Enfermagem, 15 (5), 929-935.
- Feather NT. (1982). **Expectativas y acciones: modelos de valor de la expectativa en psicología.** Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ferrera, N., Moine, D. y Yañez, D. (2010). **Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná.** Revista Fed Argentina de Cardiología, 39(3), 194-203.
- Fernández, E., Díaz, M. y Domínguez, F. (2003). **Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares.** Psicothema, 15 (4), 615- 630.
- Fishbein y Ajzen, (1981). **La Teoría de Acción Razonada.** file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet/laTeoriaDeLaAccionRazonadaImplicacionesParaElEstud-2358919.pdf
- Fiorentino, María. (2012). **Conductas de la salud.** México D.F.
- Franks, P., Winters, P., Tancredi, D. y Fiscella, K. (2011). **¿Cambios en factores de riesgo de cardiopatía coronaria tradicionales con el tiempo explicar la asociación entre estatus socio-económico y las enfermedades coronarias?** Trastornos cardiovasculares de BMC, Cardiovascular Disorders, 1, 11-28.
- Fuste, Adela. (2012). **Comportamiento y salud.** México D.F.
- Gaceta de Orientación Alimentaria, febrero (2014), **Sección Nutrición clínica.** Instituto Nacional de Nutrición (INN) Caracas, Venezuela.
- Gamboa A., Raúl (2008), **Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial Acta Médica Peruana**, vol. 23, núm. 2, mayo-agosto, pp. 76-82 Colegio Médico del Perú Lima, Perú.
- García, L. (2011). **Conflicto sexo-género. Trabajo de Grado de Máster no publicado. Universidad de Salamanca,** España. García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V. y Oblitas, L. (2008). **Panorama de la Psicología de la Salud.** Revista CES Psicología, 1 (1), 70-93.

- Garin (2011). **Magnitud y Prevalencia de la Hipertensión Arterial**. México: McGraw Hill Interamericana. México. D.F
- Gauntlett, Patricia y Myers, J (2008), **Enfermería, Principios y Práctica**; Editorial Médica Panamericana. Madrid. España.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno, J., Taborda, M., Ruíz, N. y Francis, L. (2009). Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Diversitas*, 5 (1), 37-46.
- Georgieva, R. (2007). **Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento hipolipemiante en la enfermedad cerebrovascular, cardíacas y periféricas**. Trabajo de Grado de Doctorado no publicado. Universidad de Granada, España.
- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A. y Palacio, S. (2010). **La Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables**. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (1), 128-143.
- González, Ángel (2013) **Estudio de nutrición y obesidad para tratamiento de la hipertensión y riesgos cardiovasculares**. Editor Lancet. México.
<http://www.lancet.mx/FASCICULOS/Monografias/Estudios%20de%20nutrici%C3%B3n%20y%20obesidad.pdf>
- Grotberg (1997): **“La resiliencia en acción”**, trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre Aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales, Universidad Nacional de Lanús, Fundación Van Leer.
- Gorrochotegui, M., Mendoza, L., Escudero, A., Vincens, A. y Romero, E. (2008). **Evaluación de factores protectores y de riesgo cardiovascular en el municipio Macarao**, Distrito Capital. Venezuela. *Informe Médico*, 10 (4), 179-193.
- Grimm, L. y Yarnold, P. (1995). **Lectura y comprensión de análisis multivariante**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hernández, M. y García, H. (2007). **Factores de riesgo y protección de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria**. *Revista de la Facultad de Medicina*, 30 (2), 119-123.

- Hernández, Fernández y Baptista (2006), **Metodología de la Investigación**. 4ta Edición, Editorial Mc Gran Hill Interamericana. México D.F.
- Hernández, R. Velazco M. (2010). **Hipertensión y Salud Cardiovascular en Venezuela y Pises Latinoamericanos**. Editores. Manual de Hipertensión Arterial al día. 3ª edición. Venezuela: McGraw-Hill Interamericana de Venezuela.
- <http://pcvc.smintr.com.ar/faces/p...revista/99v28n4.htm>.
- Hurtado de Barrera Jacqueline (2008), **El Proyecto de la Investigación. Metodología de la Investigación Holística**. 2da Edición. Ediciones Quirón - Sypal. Caracas. Venezuela.
- Jeemon, P. y Reddy, K. (2010). **Determinantes sociales de los resultados de las enfermedades cardiovasculares en los indios**. Indian J Med Res, 132, 617-622.
- Kerlinger, F y Lee, H. (2002). **Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales**. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Korp, P. (2008). **El poder simbólico de estilos de vida saludables**. Salud sociología informe, 17, 18–26.
- Martínez, Carlos A y Cols. (2010), **Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en jóvenes adultos**. Mariano Moreno. Argentina
- McAlister, A.L. (1981). **Influencias sociales y ambientales de la conducta de salud**. Educación de salud trimestral, 8, 25-31.
- http://www.ametep.com.mx/aportaciones_noviembre_estilosvida12.htm
- Medrano, M., Cerrato, E., Boix, R. y Delgado, M. (2005). **Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales**. Medicina Clínica Barcelona, 124 (16), 606-612.
- Melillo, A., y Suarez O., E. (comps.) (2001): **Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas**. Paidós, Buenos Aires.
- Ministerio del Poder Popular Para la Salud (2010), **Tasas de Mortalidad en Venezuela por enfermedades cardiovasculares y políticas públicas**

http://www.tecnologiahechapalabra.com/salud/salud_instante/articulo.asp?i=5887

Ministerio del Poder Popular Para la Salud (2010). **Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más.** 1st Ed. Santiago: Minsal. Chile.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011), **Los principales Desafíos Actuales en Salud en Venezuela Publicado por Maiqui Flores**

Montenegro (2012), **Tesis de Maestría de Gerontología “Estilo de vida y los niveles de presión arterial en un grupo de adultos mayores jubilados”.** Valencia, Estado Carabobo. Venezuela

Morales, Enrique y Cols (2011), **Hipertensión y riesgo vascular.** Editorial; Elsevier doyma. Madrid. España

Nordmark-Rohweder (1997). **Bases Científicas de la Enfermería.** 3ra Edición. Mexico.

Oblitas, L. (2008). **Psicología de la Salud: una ciencia del bienestar y la felicidad.** AV Psicología, 16 (1), 9-38.

O'Donnell, Ch. y Elosua, R. (2008). **Factores de riesgo cardiovascular.** Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Revista Española de Cardiología, 61 (3), 299-310.

Olivan, S. (2010). **Influencia de la personalidad y factores psicosociales en la insuficiencia cardiaca.** Trabajo de Grado de Doctorado no publicado. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.

Olivari, C. y Urra, E. (2007). **Autoeficacia y conductas de salud.** Ciencia y Enfermería, 13 (1), 9-15.

Organización Mundial de la Salud (OMS 2011). **Los objetivos de la salud para todos.** Madrid: Ministerio de Sanidad.

Organización Mundial De La Salud (OMS). (2012), **Las 10 causas principales de defunción en el mundo.**

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>.

Organización Panamericana de Salud (OPS 2013). **La hipertensión arterial como problema de salud comunitario.** Washington, DC: OPS/OMS.

- Pallella, S. y Martins, F. (2004), **Metodología de la Investigación Cuantitativa**. 1era Edición. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDUPEL). Caracas. Venezuela.
- Prada, E. (2005). **Psicología Positiva y Emociones Positivas**. Manuscrito enviado para publicación.
- Pelegrín, A.; García, F. y Garcés, E. (2009). **Prevención de los trastornos cardiovasculares: Una propuesta de actuación desde la actividad física y el entrenamiento psicológico**. *Psicología y Salud*, 19 (2), 261-269.
- Pender, Nola (1996), **Un Modelo Conceptual de Conducta Para la Salud preventiva** 2da Edición.
- Peña, G. (2011). **Psicología de la salud: noción general y términos relacionados**. En Cañoto, Y., Peña, G. & Yaber, G. (eds.), *Tópicos en Psicología de la Salud*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Pérez, K. (2003). **Factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular en zona urbana municipio de Moyuta, departamento de Jutiapa agosto – octubre 2003**. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Querales, Marvin. Ruiz, N. Rojas, S. Espinoza, M (2011). **Nivel de conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular asociados con alteraciones de los marcadores clínicos, antropométricos y bioquímicos de riesgo cardiovascular en una comunidad del municipio Naganagua. Instituto de Salud pública, Facultad de medicina**. Universidad Nacional de Colombia. <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/19276/37893>
- Ríos, M., Sánchez, J. y Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22 (4), 600-605.
- Rodríguez, Juan. (2010). **Desarrollo de Conductas Y Motivación Relacionadas con la Salud**. http://healthcoach.salusline.com/files/mod_1702_1.pdf

- Romero, C. (2010). **La apnea del sueño como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular**. Revista Uruguaya de Cardiología, 25 (1), 90-98.
- Rosvall, M., Engström, G., Berglund, G. y Hedblad, B. (2008). **Proteína C reactiva, factores de riesgo establecidos y las desigualdades sociales en la enfermedad cardiovascular – la importancia de la absoluta versus medidas relativa de la enfermedad**. BMC Public Health, , 8, 1456-1466.
- Sánchez, M., Moreno, G., Marín, M., y García, L. (2009). **Factores de Riesgo Cardiovascular en Poblaciones Jóvenes**. Revista Salud Pública, 11 (1), 110-122.
- Sanabria María (2009), **Alteraciones fisiológicas de la hipertensión arterial**. Editorial, S o Paulo: MASP, 1999. S o Paulo. Brasil.
- Santin, J. (1999). **Hipertensión Arterial: Factores de riesgo (síndrome plurimetabólico, tabaco alcohol y menopausia)**. (Trabajo de Grado de Doctorado no publicado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Segura, L., Agustí, R. y Parodi, J. (2006). **Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú** (Estudio TORNASOL). Revista Peruana de Cardiología, 32 (2), 82-128.
- Singer, Peter (1982) **Ética de la práctica**. Cambridge: Cambridge Universidad de Oxford Press. Segunda edición. EEUU
- <https://sites.google.com/site/saludybienestar68/customization>
- Triviño Vargas Zaidier Gloria. (2012), **Conductas Promotoras de Salud Según Modelo de Enfermería Pender en Estudiantes de una Institución de Educación Superior de Cali**, Colombia.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 2010), **Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales 2002**, Universidad Pedagógica Experimental Libertador Vicerrectorado de Investigación y Postgrado Parque del Oeste, Catia. Caracas, Venezuela

- Vegas, J., Guimarães, M. y Vegas, L. (2011). **Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.** Revista Cubana de Medicina Integral, 27 (1), 91-97.
- Velandia, Ana Luisa, (2010), **Conducta de la enfermera.** Colombia Bogotá.
- Vives, A. (2007). **Estilos de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria.** En [http:// www.psicologiacientifica.com /bv/psicologiapdf-307-estilode-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.pdf](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-307-estilode-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.pdf).
- Williams, E., Kooner, I., Steptoe, A. y Kooner, J. (2007). **Factores psicosociales relacionados con el riesgo de enfermedad cardiovascular en los hombres de Reino Unido del sur de Asia: un estudio preliminar.** British Journal of Health Psychology, 12, 559–570.

A N E X O S

ANEXO 1: Carta de Autorización al Director

Maracay, 02 Agosto 2006

Al Señor Director
Del Hospital “José A. Vargas” La Owallera Palo Negro
Dr.
Su Despacho.
Presente.

Reciba un cordial y caluroso saludo, la presente es para solicitar permiso y poder aplicar un instrumento de investigación a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, como requisito exigido por la Universidad de Carabobo para el Proyecto de Grado y poder optar al título de Magister en enfermería Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo, cuyo título es: “CONDUCTYAS PROMOTORAS DE SALUD Y SU RELACION CON FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL”.

Por todo lo antes expuesto solicito de sus buenos oficios, para que me otorgue el permiso solicitado.

Sin mas y en espera de una respuesta oportuna por esta vía queda de usted.

Lcida. Lucimar Barrios

V- 8.998.063

ANEXO 2: Carta de Autorización a la A la Jefa Del Departamento de Enfermería

Maracay, 02 Agosto 2006

A la Jefa
Del Departamento de Enfermería
Del Hospital “José A. Vargas” La Owallera
Licda.
Su Despacho.
Presente.

Reciba un cordial y caluroso saludo, la presente es para solicitar permiso y poder aplicar un instrumento de investigación a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, como requisito exigido por la Universidad de Carabobo para el Proyecto de Grado y poder optar al título de Magister en enfermería Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo, cuyo título es: “CONDUCTYAS PROMOTORAS DE SALUD Y SU RELACION CON FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL”.

Por todo lo antes expuesto solicito de sus buenos oficios, para que me otorgue el permiso solicitado.

Sin mas y en espera de una respuesta oportuna por esta vía queda de usted.

Lcida. Lucimar Barrios

V- 8.998.063

ANEXO 3: Hoja de Consentimiento Informado

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y SU RELACION CON LOS FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Hola mi nombre es Lucimar Barrios y trabajo en el Departamento de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “José A. Vargas Maracay Estado Aragua. Actualmente el presente estudio se está realizando con la finalidad de conocer acerca de las conductas promotoras de salud y su relación con los factores de riesgos modificables de la hipertensión arterial y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en responder un cuestionario, el cual será de manera individual.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que me proporcionas/ las mediciones que realicemos me ayudarán a realizar la investigación que estoy realizando.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diré a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar”.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓).

☐ Sí quiero participar

ANEXO 4: Cuestionario

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
AREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA DEL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO

INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE
SALUD Y SU RELACION CON LOS FACTORES DE RIESGOS
MODIFICABLES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Licda. Lucimar Barrios.

Valencia, septiembre 2006.

PRESENTACION

La finalidad del presente cuestionario, es recibir información que servirá para la elaborar un trabajo de grado sobre las conductas promotoras de salud y sus factores de riesgos modificables de la hipertensión arterial, requisito para optar al título de Magister en Enfermería del Adulto Críticamente Enfermo.

A tal efecto, se requiere de tu ayuda para que contestes unas preguntas que no te llevara mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales.

Los datos que tú aportes serán de gran valor para los efectos de este estudio.

Por su sinceridad y colaboración.

MIL GRACIAS.

Licda. Lucimar Barrios

INSTRUCCIONES

1. Este instrumento consta de tres partes: la primera corresponde a los datos de identidad; la segunda parte, está orientada a indagar las conductas promotoras de salud y, la tercera parte, refiere a factores de riesgo modificables de la Hipertensión Arterial.
2. Marque con una equis (X) la alternativa que considere, según la alternativa que mejor exprese su opinión.
3. Lee cuidadosamente con sinceridad las preguntas formuladas.
4. No firmes este cuestionario, es anónimo.
5. Gracias por su valiosa colaboración.

PARTE I

Datos Demográficos:

Marque con una equis (X) la respuesta en atención a su situación personal.

a. Sexo

() Femenino

() Masculino

b. Edad

() 25 - 30 años

() 31 - 36 años

() 37 - 42 años

() 43 años o más

c. Estado civil

() Soltero (a)

() Casado (a)

() Divorciado (a)

() Viudo (a)

() Concubino (a)

d. Grado de Instrucción

() Bachiller

() TSU en Enfermería

() Lcda. En Enfermería

e. Estudios de Postgrado

() Especialización

() Maestría

() Doctorado

() Femenino

() Masculino

PARTE II

A continuación se presenta una serie de situaciones, las cuales debe responder en base a su opinión. Marque con una equis (X) la alternativa que considere utilizando la siguiente escala:

Sumamente Importante	5
Importante	4
Medianamente Importante	3
Poco Importante	2
No es Importante	1

ITEMS	1	2	3	4	5
1.- ¿La salud es para usted?					
2.- ¿La percepción de la salud es para usted?					
3.- ¿La asistencia permanente al médico es para usted?					
4.- ¿El tratamiento oportuno para la salud es para usted?					
5.- ¿La convicción de asumir una conducta para la salud es para usted?					
6.- ¿El adoptar conductas favorecedoras de la salud es para usted?					
7.- ¿La promoción a través de charla es para usted?					
8.- ¿La aplicación de las medidas de bioseguridad para promover su estado de salud es para usted?					
9.- ¿Los beneficios que puedan obtenerse de la salud es para usted?					
10.- ¿La realización de actividades para la promoción de la salud con carteleros es para usted?					
11.- ¿La influencia del área de trabajo en el estado de salud es para usted?					

ITEMS	1	2	3	4	5
12.- ¿La influencia en el estado de salud de más de una jornada diaria de trabajo es para usted					
13.- ¿La percepción que tenga de tu estado de salud es para usted?					
14.- ¿La opinión de otras personas sobre su salud es para usted?					
15.- ¿El trazarse metas de promoción de la salud es para usted?					
16.- ¿La satisfacción de sus propias aspiraciones es para usted?					
17.- ¿La imagen corporal que refleja es para usted?					
18.- ¿La comunicación con su familia es para usted?					
19.- ¿La influencia de las relaciones interpersonales en su trabajo es para Ud.?					
20.- ¿Las actividades recreativas y de esparcimiento es para usted?					
21.- ¿La influencia del área de trabajo en el estado de salud es para usted?					
22.- ¿La influencia en el estado de salud de más de una jornada diaria de trabajo es para usted?					
23.- ¿La influencia en el estado de salud del tipo de transporte que utiliza es para usted?					
24.- ¿La influencia en el estado de salud del tipo de transporte que utiliza es para usted?					
25.- ¿El consumir cigarrillo es para usted?					
26.- ¿El tomar más de una taza de café diario es para usted?					

PARTE III

A continuación se formulan una serie de proposiciones: Marque con una equis (X) la alternativa que mejor exprese su respuesta.

27. En los alimentos q consume diariamente acostumbra a incluir:

- ☐ Carnes rojas con grasa
- ☐ Carne de cerdo con grasa
- ☐ Embutidos, salchichas, Mayonesa
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Todas las Anteriores

28. En tu alimentación diaria acostumbras a incluir:

- ☐ Huevos
- ☐ Pollo, pescado
- ☐ Legumbres
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Todas las anteriores

29. En tu alimentación diaria consume azúcares en forma:

- ☐ Refrescos
- ☐ Golosinas, Dulces caseros
- ☐ Jugos
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Todas las anteriores

30. En tu dieta diaria acostumbras a incluir:

- ☐ Queso Blanco, Leche Completa
- ☐ Leche descremada
- ☐ Yogur
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Todas las anteriores

31. Cuando se presenta situaciones de gran tensión q haces para calmarte:

- ☐ Respiras Profundo, Te aísla
- ☐ Relajas los músculos progresivamente
- ☐ Hablas del Problema
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Todas las anteriores

32. El ejercicio físico que practicas es:

- ☐ Bicicleta
- ☐ Trotar, Caminata
- ☐ Aerobics
- ☐ No Practico
- ☐ Todas las anteriores

33. La frecuencia con la cual practicas el ejercicio físico es:

- ☐ Diario
- ☐ Interdiario
- ☐ 3 veces a la semana
- ☐ 1 vez a la semana
- ☐ Ninguna de las anteriores

34. El tiempo que le dedicas a las practica del ejercicio físico es:

- ☐ 1 hora
- ☐ 45 minutos
- ☐ 30 minutos
- ☐ 20 minutos
- ☐ Ninguna de las anteriores

35. Dentro de la interacción social de los roles que desempeña relacionado con el rol familiar son:

- ☐ Rol de Madre
- ☐ Rol de Esposa
- ☐ Rol de Ama de casa
- ☐ Rol de Hijo
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Todas las anteriores

36. Las relaciones Interpersonales consideras que son importante las relaciones con:

- ☐ Amigos
- ☐ Laborales
- ☐ Compañeros de Trabajo (
-) Ninguna de las anteriores (
-) Todas las anteriores

37. Después de tu jornada de trabajo duermes la siesta durante:

- ☐ 3 horas
- ☐ 2 horas
- ☐ 1 hora
- ☐ -1 hora
- ☐ No hago siesta

38. Las horas que le dedicas al sueño son:

- ☐ 7 horas o más
- ☐ 5 a 6 horas
- ☐ 3 a 4 horas
- ☐ 1 a 2 horas
- ☐ -1 hora

ANEXO 5: INFORME DE CONFIABILIDAD

**INFORME DEL ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LOS
INSTRUMENTOS ELABORADOS POR LA LIC. LUCIMAR ABARRIOS
PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN SOBRE “CONDUCTAS
PROMOTORAS DE SALUD (INSTRUMENTO I) Y FACTORES DE
RIESGOS MODIFICABLES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
(INSTRUMENTO II)”**

INSTRUMENTO I.-

El instrumento 1 está conformado por 25 ítems en escala Likert, por lo que se le aplicó la prueba del ALFA DE CRONBACH (Alfa) que tiene la siguiente fórmula.

$$ALFA = (n / n-1) * (1 - (\text{suma varianza ítems} / \text{varianza test}))$$

$$ALFA = (25 / 24) * (1 - (34,59 / 145,88)) = 0,79$$

Como se observa al sustituir los valores (según anexo al presente informe), se obtiene que la confiabilidad es igual a 0,79, cuyo valor es BUENO y puede por lo tanto, utilizar el instrumento para la recolección de la información al grupo de estudio.

INSTRUMENTO II.-

El instrumento 2 está conformado por 12 ítems en escala Likert, por lo que se le aplicó la prueba del ALFA DE CRONBACH (Alfa) que tiene la siguiente fórmula.

$$ALFA = (n / n-1) * (1 - (\text{suma varianza ítems} / \text{varianza test}))$$

$$ALFA = (12 / 11) * (1 - (17,98 / 58,49)) = 0,76$$

Como se observa al sustituir los valores (según anexo al presente informe), se obtiene que la confiabilidad es igual a 0,76 cuyo valor es ACEPTABLE y puede por lo tanto, utilizar el instrumento para la recolección de la información al grupo de estudio.

Prof. José A. García A.

C. I. N° 3.518.248

Profesor Titular Jubilado del Departamento de Salud Pública
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo

Valencia, 07 de Julio del 2006

ANALISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ANALISIS DE CONFIABILIDAD (ALFA DE CRONBACH) VARIABLE I

Enf.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	24	25	TESS
1																										110
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	4	5	5	4	4	5	4	1	1	125
3																										115
4	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	1	2	116
5																										46
6	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	5	4	103
7	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	1	1	1	113
8																										117
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	1	2	105
10	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	1	1	116
11	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	3	102
12	5	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	5	4	1	1	114
13	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	110
14	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	4	3	4	5	4	5	5	103
15	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	4	4	3	5	4	5	4	4	5	4	4	1	1	97
17	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	108
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	3	4	5	5	5	4	3	5	5	4	1	2	101
Val. Items	3	0.16	0.36	2	1.2	1,2 9	4.61	1.61	1.61	1.29	2.21	1.41	1.49	1.24	0.81	1.44	1.36	1.41	1.2	1.05	1.2	1.4	1.08	0.35	0.43	

34,59	SUMA VARIANZA ITEMS
145,88	VARIANZA TEST

CALCULO
COEFICIENTE DE CONVALIDACION ALFA DE CRONBACH
$ALFA = (n/n-1) * (1 - (34,59/145,88)) = 0,79$
BUEN RESULTADO
PUEDA CONTINUAR CON LA APLICACIÓN

ANALISIS DE CONFIABILIDAD (ALFA DE CRONBACH)
VARIABLE II

Enf.	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	TEST
1	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	55
2	4	2	1	1	1	4	5	5	4	2	5	37
3	4	5	5	5	4	1	3	3	5	5	4	48
4	1	5	5	5	1	2	3	2	3	3	2	37
5	1	2	3	1	1	2	2	1	5	5	5	35
6	1	5	5	5	1	4	5	5	5	5	2	51
7	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	63
8	4	5	4	5	3	3	1	1	5	5	1	46
9	4	5	4	2	3	2	1	1	4	3	2	41
10	4	5	3	2	5	5	3	1	5	5	5	54
11	4	5	5	3	3	2	4	1	3	3	1	46
12	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	2	65
13	5	3	4	2	3	4	5	5	3	4	5	57
14	5	3	4	2	1	2	3	1	5	5	5	51
15	5	2	2	1	2	2	1	3	3	2	1	40
16	5	2	3	2	1	4	5	5	5	4	1	39
17	1	3	3	2	1	2	3	3	5	4	4	49
Val. Ítems	0,97	1,07	1,05	0,84	0,72	0,81	0,94	0,83	1,2	1,12	0,88	

17,98	SUMA VARIANZA ITEMS
58,49	VARIANZA TEST

CALCULO
COEFICIENTTE DE CONVALIDACION ALFA DE CRONBACH
$ALFA = (n/n-1) * (1 - (17,98/58,49)) = 0,76$
ACEPTABLE RESULTADO
PUEDE CONTINUAR CON LA APLICACIÓN

GLOSARIO DE TERMINOS

APP.- Antecedentes Patológicos Personales.

APF.- Antecedentes Patológicos Familiares.

AVAD.- Años de Vida Ajustados por Discapacidad.

DM2.- Diabetes Mellitus tipo 2.

ECV.- Enfermedad Cardiovascular.

FC.- Frecuencia Cardiaca.

FR.- Factor de Riesgo.

HTA.- Hipertensión Arterial.

IMC.- Índice de Masa Corporal.

INEC.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

MPS.- Modelo de Promoción Salud.

OMS.- Organización Mundial de la Salud.

PA.- Presión Arterial.

PAD.- Presión Arterial Diastólica.

PAS.- Presión Arterial Sistólica.

RCV.- Riesgo Cardiovascular.

SIH.- Sociedad Internacional de la Hipertensión.

TA. Tensión Arterial.